



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞUNU TERCİH NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

EMİNE YARADILMIŞ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

AĞUSTOS 2019



**ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK
KURULUŞUNU TERCİH NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**

Emine YARADILMIŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

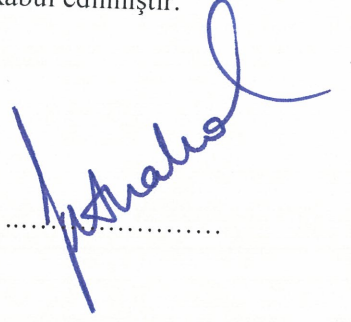
AĞUSTOS 2019

Emine YARADILMIŞ tarafından hazırlanan “Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ /~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı/ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

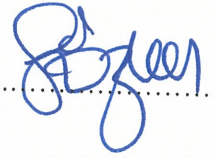
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı/ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

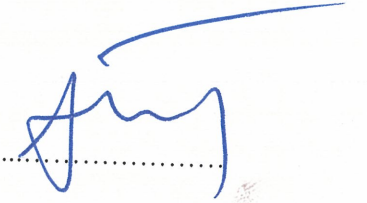


Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hülya ŞİRİN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Sağlık Bilimleri

Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 26/08/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Emine YARADILMIŞ

26/08/2019

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNU
TERCİH NEDENLERİN İNCELENMESİ
(Yüksek Lisans)

Emine YARADILMIŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ağustos 2019

ÖZET

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği kliniğine başvuran hastaların kayıtlı oldukları aile hekimleri yerine, üçüncü basamak hastanedeki aile hekimliği polikliniğine başvurma nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Sevk sisteminin uygulanmadığı ülkemizde hastaların sağlık hizmetlerini kullanma özellikleri, sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanan bu çalışma Aile Hekimliği Kliniğine 2017 Mayıs-Haziran aylarında başvuran 18 yaş üstü 353 hasta ile yürütülmüştür. Anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en büyük, en küçük değer) ile sunulmuştur. Grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'den küçük olması "istatistiksel olarak anlamlı" şeklinde değerlendirilmiştir. Bulgular: Çalışmaya katılan 353 kişiden %68,0'ı kadın, %32,0'ı erkek, %58,4'ü evli, yaş ortalaması 44,4 $\pm$ 17,6, ortancası 46 (18,86) 'dır. Düzenli ilaç kullananların %55,2'si ilaçların reçete edilmesi için üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %64,9'u herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak üçüncü basamak sağlık kuruluşuna, %24,5'i aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların yalnız %2,0'ı aile hekimi tarafından hastaneye yönlendirilmiştir. Aile sağlığı merkezi yerine üçüncü basamak hastaneye başvuru nedeni olarak %50 ulaşım kolaylığı, %20 tetkiklerin yetersiz olacağı yanıtı alınmıştır. Hastaneye başvuru durumunda katkı payı alındığını bilenlerin sıklığının %48,7, aile hekimliğinde katkı payı alınmadığını bilenlerin sıklığının ise %30,0 olduğu görülmüştür. Çalışmamız sonucunda birinci basamakta çözülebilecek sorunlar nedeniyle, aile hekimine başvurmaksızın üçüncü basamağa başvurunun sık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güçlü bir birinci basamağın hedeflenmesi, aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusun düşürülmesi ile birlikte sevk zincirinin uygulanmaya başlanması, üçüncü basamağın gereksiz kullanımını azaltacaktır. Böylece sağlık hizmetlerinin kalitesi artarken, maliyetlerin düşeceği düşünülmektedir.

Bilim Kodu : 1029

Anahtar Kelimeler : Aile hekimliği, üçüncü basamak sağlık kuruluşu, tercih

Sayfa Adedi : 72

Danışman : Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

EXAMINING THE REASONS FOR PREFERENCE OF TERTIARY LEVEL HEALTH
CARE INSTITUTION AMONG ATTENDEES OF ANKARA RESEARCH AND
TRAINING HOSPITAL FAMILY MEDICINE CLINICS

(M. Sc. Thesis)

Emine YARADILMIŞ

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

August 2019

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the reasons why attendees of Ankara Research And Training Hospital Family Medicine Clinic prefer family medicine outpatient clinic at a tertiary level hospital over family physicians they are registered to. It examines the ways patients in Turkey, where there is no hospital-referral system in place, receive healthcare services, frequency of their visits to healthcare institutions and influencing factors. Materials and Methods: Designed as a descriptive cross-sectional research, this study was conducted with 353 patients over the age of 18 who visited the Family Healthcare Clinic between May and June 2017. A survey questionnaire was admitted to participants using face-to-face interview method, and the statistical analyses were performed with SPSS 15.0 statistical software package. In the Descriptive Findings section, categorical variables are presented as numbers while percentage variables and continuous variables are presented as mean $\pm$ standard deviation and median (minimum, maximum). Chi-square test was used to compare the groups. P-value of less than 0,05 was accepted as statistically significant. Results: Of the 353 respondents 68.0% were women, 32.0% men, 58.4% married, and average and median age were 44.4 ± 17.6 and 46(18,86) respectively. 55.2% of the patients with regular drug use reported that they visit tertiary level hospital for drug prescription. 64.9% of the respondents reported they visit a tertiary hospital when faced any health problem while 24.5% visit family physicians. Only 2.0% of the patients told that they were referred to hospital by a family physician. As the reasons for preferring tertiary hospital over family physician they suggested easy access (50%) and inadequacy of tests in the latter (20%). It was observed that the proportion of those who knew that tertiary hospitals charge contribution fee was 48.7% while the respondents who knew that family medicine clinics do not charge them any contribution fee was 30.0%. Our study concluded that visits to tertiary hospitals instead of family medicine clinics in the case of health problems that can be treated at family clinics are frequent. Aiming at a strong primary level healthcare, reducing the population registered to family physicians and putting referral chain in effect would reduce unnecessary use of the tertiary level. It is suggested that, in this way, quality of the healthcare services will improve while the costs will be reduced.

Science Code : 1029

Key Words : Family medicine, tertiary health care institution, preference

Page Number : 72

Advisor : Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

TEŞEKKÜR

Üniversite ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda görev yapan başta tez danışmanım Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL'a, Prof. Dr. Sefer AYCAN'a, Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a, Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN'a, Öğr. Gör. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e,

Araştırmanın analizinde desteğini esirgemeyen Uz.Dr. Tuğba ÖZDEMİRKAN'a, Çalışmanın planlanması ve yürütülmesi sırasında tecrübelerinden istifade ettiğim hocalarım Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e ve Uz.Dr. İsmail ARSLAN'a,

Destekleri için eşime, aileme,

Ve sabrı için biricik oğlum İSHAK EMRE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri	3
2.2. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	3
2.2.1. Tedavi edici sağlık hizmetleri	4
2.2.2. Rehabilitasyon hizmetleri	4
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması	5
2.3.1. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması	6
2.3.2. Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	7
2.3.3. İkinci basamak sağlık hizmetleri	8
2.3.4. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri	9
2.4. Aile Hekimliği	9
2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi	10
2.4.2. Aile hekimliği disiplini	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	13
3.2. Araştırmanın Tipi.....	13
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı.....	13

Sayfa

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	13
3.4.1. Bağımlı değişkenler	13
3.4.2. Bağımsız değişkenler	14
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Aracı	14
3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	14
3.7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	14
3.8. Veri Analizi – İstatistiksel Yöntemler	15
3.9. Etik Konular.....	15
3.10. Araştırma Sınırlılıkları	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	63
EK-1 Anket Formu	64
EK-2 Araştırma İzin Talebi	68
EK-3 Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kararı	69
EK-4 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Komisyon Kararı	71
ÖZGEÇMİŞ	72

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı, ankara, 2019.....	17
Çizelge 4.2. İncelenenlerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarının dağılımı, Ankara, 2019.	19
Çizelge 4.3. İncelenenlerin aile hekimine kayıtlı olma ve başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı, Ankara, 2019.	20
Çizelge 4.4. İncelenenlerin son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.	21
Çizelge 4.5 İncelenenlerin şu anda başvurulanan sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019	23
Çizelge 4.6. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimini bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	26
Çizelge 4.7. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	29
Çizelge 4.8. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019...	32
Çizelge 4.9. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	35
Çizelge 4.10. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hastaneye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	38
Çizelge 4.11. İncelenenlerin kayıtlı olduğu aile hekiminin ünvan durumuna göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvuru durumunun Dağılımı, Ankara, 2019.	40
Çizelge 4.12. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvuru sıklığının dağılımı, Ankara, 2019	41
Çizelge 4.13. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	44

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.14. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu aile hekimine bildirmeyi düşünme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.	46
çizelge 4.15. İncelenenlerin kayıtlı olduğu aile hekiminin ünvanı, kendisi dışında Haneden birisinin başvurma durumu, başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumuna göre kayıtlı olduğu aile hekimini bilme ve başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.....	49

SİMGELER ve KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan kısaltmalar aşağıda açıklamaları ile sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AH	Aile Hekimi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BB	Birinci Basamak
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
İB	İkinci Basamak
ÜB	Üçüncü basamak

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesi gibi faaliyetler sağlık politikası çalışmalarının tüm dünyada en önemli hedefleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri, belirli öncelikleri olması ile birlikte, her ülkenin kendi şartları çerçevesinde oluşturdukları çeşitli sistemler aracılığı ile vatandaşlara sunulmaktadır.

Ülkemizde Cumhuriyet dönemini kapsayan süreçte sağlık hizmetleri politikalarında pek çok değişim yaşandığı görülmektedir. Cumhuriyetin kurulması ile birlikte, ilk sağlık bakanı Refik Saydam'ın uygulamaya koyduğu politikalar sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılmasında önemli katkılar sağlamıştır. Bu dönemde uygulanan politikalar özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılmasında önemli bir rol oynamıştır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin mahalli idareler tarafından yürütülmesi tercih edilmiş ve bu kapsamda ülkenin çeşitli illerinde Sağlık Bakanlığına bağlı Numune Hastanelerinin kurulması sağlanmıştır [1]. Uygulamaya konulan bu politikalarla sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi/dikey örgütlenme, koruyucu ve tedavi edici hekimliklerin birbirinden ayrılması, tıp fakültelerinin kurulması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi gibi ilkeler çerçevesinde yürütülmesi hedeflenmiştir [2].

Ülke özelinde yürütülen politikaların yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1978 yılındaki Alma-Ata Konferansı'nda temeli atılan "Herkesin Sağlık Hedef ve Stratejileri"nin uygulanması ve 1998 yılında DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen "21. Yüzyılda 21 Hedef" belgeleri ile uyumlu politikaların ülke mevzuatına dahil edilmesi öncelikli hedef olarak kabul edilmiştir [3]. Bu amaçlar doğrultusunda 2001 yılında stratejik planlaması yapılarak 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulanmaya başlanmıştır. Bu program ile kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve mali açıdan sürdürülebilir bir sistem kurmanın temellerinin atılması amaçlanmıştır [4].

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın merkezinde insan yer almaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu sebeple "herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin sağlanması" bu programın ana fikridir. Bu hedef

çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla pek çok reform gerçekleştirilmekte ve bu süreçler değişen şartlara uyumlu bir şekilde devam ettirilmektedir [5].

Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan reformlar neticesinde önemli değişikliklere yol açan Sağlıkta Dönüşüm Programı temel hedeflerinden biri de topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliğinin tüm ülkede yaygınlaştırılmasıdır [6]. Bir ülkede yaşayan bireylerin kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlamak ülkelerin en önemli öncelikleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin artırılması bu açıdan büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde bireylere ulaştırılmasında dünya genelinde kabul gören anlayış, bu hizmetlerin uygun basamaklarda verilmesi gerekliliğini öngören yöntemdir [7]. 1978 Alma-Ata Sonuç Bildirgesi'nde ülkelerin temel sağlık hizmetlerini sunmada karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade ulaşılabilir bir sisteme yönelmeleri tavsiye edilmiştir. Çünkü, bu bildirmede sağlık sorunlarının %85-90'ının BB sağlık hizmetleri ile çözülebildiği ifade edilmektedir [8].

Ülkemizde kapı tutuculuk ve sevk zinciri aktif olarak uygulanmamaktadır. Bu durum üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının iş yükünü ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu çalışmada Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran 18 yaş üstü hastaların neden kayıtlı oldukları aile hekimlerine değil de ÜB hastaneye başvurduğunun ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. ÜB'de BB sağlık hizmeti alma nedenleri, katılımcıların şimdiki şikayetleri nedeni ile ilk başvuru noktaları, birinci basamağı kullanma durumları araştırılmıştır. Bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak şekilde üçüncü basamağın amacı dışında ve yanlış kullanımını ortaya koymanın, gelecekteki çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Tarihsel süreç içerisinde sağlık kavramı genellikle hastalığın olmayışı olarak değerlendirilmiş ve bu şekilde tanımlanmıştır. Bu durum yalnızca hastalık kavramının ön plana çıkmasına ve kişi ve toplum sağlığının bu kavram çerçevesinde anlaşılmasına yol açmıştır [2]. Günümüzde yaygın şekilde kabul gören sağlık kavramı ise, DSÖ tarafından 1946 yılında kabul edilen anayasasında belirtildiği üzere ‘bir kişide sadece rahatsızlık, bedensel ve zihinsel güçsüzlük durumunun olmaması değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali’ durumudur [9].

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip engelli olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan plan ve çalışmaların tümü ‘Sağlık Hizmetleri’ olarak tanımlanır [10].

Dünya genelinde uygulanan bütün sağlık sistemlerinden genel olarak iki temel amacı gerçekleştirmesi beklenmektedir. Ortaya konan bu hedeflerden birincisi, hastalıkların nedenleri, hastalık yönetimi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili eldeki veri ve bilgilerden hareketle halk sağlığını en iyi seviyeye getirmektir. İkinci hedef ise, toplumun alt grupları arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik eşitsizlikleri en alt seviyeye indirmektir [11]. Sağlık sistemleri incelendiğinde sağlık hizmetlerinin üç kategoride değerlendirildiği görülmektedir.

2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için yapılan düzenlemelerin tamamıdır. Çevreye yönelik ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki gruba ayrılır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişilerin etkilenmesini önleyerek çevreyi olumlu hale getiren hizmetleri kapsar. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; güvenli su kaynaklarının temini ve denetimi, katı atıklara yönelik denetimler, zararlı canlılar ile mücadele, besin sanitasyonu, hava kirliliğine yönelik

denetim ve gözetimler, radyolojik atık denetimi, iş sağlığı ve güvenliği başlıkları altında toplanabilir [12].

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde bağışıklama, beslenmenin düzenlenmesi, egzersiz, hastalığın erken tanı ve tedavisi, üreme sağlığı, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi yer alır.

2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, konusunda uzmanlaşmış hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyenleri gibi profesyonel sağlık personeli tarafından verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerini Ayaktan Tedavi Hizmetleri ve Yataklı Tedavi hizmetleri şeklinde iki ana başlık altında toplamak mümkündür [13].

Bu hizmetlerin amacı hastalığa yakalanmış kişileri tekrar sağlığına kavuşturmak için yapılan düzenlemeleri kapsar. Tedavi edici hizmetler; BB tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), İB tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve ÜB tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanan merkezler) olmak üzere üçe ayrılır [2]. Tedavi hizmetlerinin en önemli özelliği, yürütülen bu hizmetlerin örgütlenme ile ilgili olduğudur. BB hizmetlerinin kişilerin kolayca erişebilecekleri şekilde yerleşim yerlerine yayılmış olması beklenmektedir. Pek çok hastalığın bu aşamada tedavi edilebildiği dünya genelinde kabul edilmektedir. Bu basamakta görev yapan hekimler, hastanede muayene ve tedavi edilmesi gereken hastaları seçerek İB tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü birimlere sevk eder. Bu uygulama ile hastanelerde hasta yığılmaları yaşanmasının önüne geçerek hastane hizmet standartlarının yükseltilmesi hedeflenmektedir. Kalp cerrahisi, beyin cerrahisi vb. gibi yüksek teknoloji gerektiren uygulamalar ÜB kurumlarda yapılır [10].

2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Bedence ya da ruhça engelli olan kişilerin, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan çalışmaları kapsar. DSÖ rehabilitasyonu, bireylerdeki engelliliğin etkilerinin azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin toplumsal bütünleşmesini sağlamak için yaşadığı çevre ve toplumla ilgili düzenlemeler olarak tanımlamaktadır. DSÖ rehabilitasyon raporunda sakat ve engelli bireylerin birlikte

yaşadıkları aileleri ve toplumlarla birlikte rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi gerekliliğine yer verilmiştir [9]. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi gibi yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması gibi hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması gibi çalışmaları kapsar. Sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür [2].

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması gereksiniminin tarihsel süreç içerisinde tıbbi bilginin artması ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hekimlerin uzmanlaşma eğilimi göstermesi ile birlikte ortaya çıktığı görülmektedir. XIX. yüzyılda bireylerin sağlık hizmetleri genel itibari ile herhangi bir alanda uzmanlaşmamış genel uygulayıcı hekimler tarafından karşılandığı bilinmektedir. Tıp alanındaki bilgi birikiminin beraberinde getirdiği uzmanlaşma ile birlikte hekimlerin ilgi alanlarının giderek belirli bir alana yöneldiği ve bir konu üzerinde uzmanlaştığı bir dönem başlamıştır. Uzmanlaşmanın getirdiği bu yeni durum sağlık hizmetlerinin belirli sağlık merkezlerinde toplanmasının başlangıcı olmuştur. Ancak uzmanlaşmanın getirdiği bu yeni durumun, tekil hastalıklarda etkili bir yöntem olmasına rağmen, toplum sağlığını iyileştirecek önlemlerin geliştirilmesinde yetersiz kaldığı görülmüştür [14].

Sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde yürütülmesi ve yukarıda ifade edilen hedeflere ulaşmasını sağlamada bir örgütlenme modeli olarak basamaklandırılmış sağlık sisteminden ilk kez Dawson'ın Britanya Sağlık Bakanlığı için hazırladığı 1920 tarihli belgede söz edilmiştir (Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services; Sağlık ve İlgili Hizmetlerin Gelecekteki Sunumu Üzerine Geçici Rapor). Raporda, sağlık hizmetlerinin üç temel düzeyde ele alınması ve bu üç düzey arasındaki ilişkinin ne şekilde düzenleneceği incelenmiştir. Buna göre, sağlık sisteminin merkezinde BB sağlık

merkezleri yer almakta, bu hizmetleri destekleyecek özellikte genel uzman bakımı sağlayan İB hizmetleri ile nadir karşılaşılan ve karmaşık hastalıkların incelendiği eğitim hastaneleri bulunmaktadır [11].

Basamaklandırma, sağlık hizmetinin bölgeselleştirilmesinin temelini oluşturan, değişik düzeylerdeki tıbbi bakım gereksinimlerine yanıt verebilecek bir örgütlenme olarak önerilmiştir [14]. Dawson raporunda savunulan nüfusa dayalı yaklaşım ile BB ve İB bakım kavramları uzun yıllar ilgi görmedi. Bu görüşlerin yaşama geçirilmesi, ancak tıpta uzmanlaşmanın ve sağlık hizmetlerindeki parçalanmanın getirdiği sıkıntıların giderilmesine verilebilecek en iyi çözüm önerisinin sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması olduğu fikrinin hayata geçirilmesi ve kabul görmesi ancak 20. yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşebilmiştir [15]. 1978 yılında DSÖ sağlık hizmetlerinin sunumunda temel kavram olarak BB hizmetlerinin önemini açık bir şekilde vurgulamıştır [16].

Sağlık hizmetlerinin basamaklar şeklinde sunulmasının iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sağlık bakımını, sunulan sorunlar için uygun eğitim almış kişiler tarafından karşılanmasıdır. İkinci amaç ise uzman eğitimi almış kişilerin özel becerilerinin uzmanlık gerektirmeyen bir hizmette kullanılmasının önüne geçilmesidir [17]. Bu sayede bütüncül bir yapı kurularak kaynakların akılcı bir şekilde kullanılması amaçlanır.

2.2.1. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması

Dawson raporunda savunulan nüfusa dayalı yaklaşım ülkemizde ilk olarak 1945 yılından sonra gündeme gelmiştir. 1946 yılında Dr. Behçet Uz'un başkanlığı döneminde halkın tümüne sağlık hizmeti sunmak amacıyla özellikle kırsal nüfus esasına göre her 40 köye; yaklaşık 20.000 kişiye bir hizmet birimi; 10 yataklı sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bölgelerde sağlık merkezlerinin kurulmasını öngören sağlık örgütlenmesi planı basamaklandırma anlayışını belirginleştirmiştir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulacağı bu sağlık merkezleri tamamlandığında ise bölgeye bir tane tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Sonraki süreçte uygulama alanı bulamayan bu planlama, her ilçeye bir sağlık merkezi açılması haline dönmüştür [18]. Beklenen başarıyı gösteremeyen bu girişim 1960 sonrası tasarlanan ve uygulamaya konan 'sosyalleştirme' anlayışının öncüsü olarak görülebilir. Sağlık ocağı ve sağlık evi kavramları ilk kez 5 Ocak 1961'de

Prof. Dr. Nusret Hasan FİŞEK tarafından hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile gündeme gelmiştir [19]. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Nusret Fişek, esasen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde önemle durmuştur. Nusret Fişek'e göre hizmetlerin devletleştirilmesi ancak komünist ülkelerde mümkün olabilecek bir anlayıştır. Bireysel mülkiyet bilincinin bir nebze de olsa gelişmiş olduğu ülkelerde bu sistemin uygulanması sorunlar yaratacaktır. Aynı zamanda tüm hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz olarak sunulması da mümkün değildir [20]. Sosyalleştirme hareketi basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunma anlayışını benimsemiş ve birinci basamağı örgütleyerek ülkenin sağlık sisteminin merkezine koymayı amaçlamıştır. Dünyada 1980'lere doğru şekillenmeye başlayan topluma yönelik BB sağlık hizmeti kavramının temel ilkelerini içermesi bakımından büyük öneme sahiptir.

24.03.2013 tarihinde yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği gereği, sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığınca sağlık kuruluşları ve sağlık kurumları olarak ikiye ayrılmıştır. Sağlık kuruluşları BB resmi ve özel sağlık kuruluşları ile serbest eczaneleri içermektedir. Sağlık kurumları İB resmi ve özel sağlık kurumları ile ÜB resmi sağlık kurumlarıdır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak SGK tarafından belirlenir. Sağlık hizmetlerinin uygun basamaklarda sunulması ve üst basamaklardaki gereksiz yığılmanın önüne geçilmesi öncelikle sevk zincirinin varlığı ile sağlanabilir [21,22].

2.2.2. Birinci basamak sağlık hizmetleri

BB sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulandığı ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi karşılık verilebileceği, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve eşitlikçi bir ortamda erişim sağlanabileceği ve sağlık giderlerinin mali açıdan daha uygun karşılanabileceği değerlendirilmektedir [23]. 1978 Alma-Ata Konferansı sonucunda tüm

ülkelere temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade ulaşılabilir, yani daha ucuz ve rasyonel olan verimli bir sisteme yönelmeleri önerilmiştir. Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun %85-90'ı BB'ta çözülebilmektedir [24].

Ülkemizde 60'lı yıllardan bu yana BB sağlık hizmeti sağlık ocakları ve sağlık evleri üzerinden verildi. Özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında önemli kazanımlar sağlayan bu uygulama, bölge tabanlı bir uygulama şeklinde sürdürüldü. Zamanla yapılması gereken iyileştirmeler yapılamadığından artan hizmet ihtiyacına cevap veremez hale geldi. 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, vatandaş merkezli bir program olup BB sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, BB sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir [5].

BB sağlık hizmetleri karmaşık hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan ve bütünleştiren, örgütlenmiş bir sağlık bakımı işlevidir. AH bu işlevin en önemli uygulayıcısı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı BB sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin BB sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler BB sağlık hizmetlerini verirler [22].

5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile tüm BB sağlık hizmetleri 2007 yılı itibari ile ücretsiz hale getirilmiştir [5].

2.2.3. İkinci basamak sağlık hizmetleri

İB sağlık kuruluşları eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezlerinden oluşmaktadır [22].

2.2.4. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri ÜB sağlık kuruluşlarındandır [22].

ÜB sağlık hizmetleri veren sağlık kurumları, BB ve İB sağlık kurumlarında verilmesi olası olmayan yoğun bilgi ve teknolojik olanaklar gerektiren karmaşık, ağır vakalara hizmet sağlamaktadır [13].

2017 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 879'a ulaşmıştır. Üniversite hastane sayısı 68, özel hastane sayısı ise 571'dir. 2017 yılında hekime müracaatın %33'ü BB sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %67'si İB ve ÜB sağlık kurumlarına yapılmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı 8.9'dur. Kurum türlerine göre kişi başı hekime müracaat sayısı; aile hekimliği 2,8, BB toplamı 2,9, hastaneler 5,8, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler 4,4, üniversitelere bağlı hastaneler 0,5, özel sektöre bağlı hastaneler 0,9, 2. ve 3. basamak toplamı 6'dır [25].

2.3. Aile Hekimliği

Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına daha fazla mesleki doyum sağlayan motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır. AH, anne karnındaki bebekten ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır. Hastalık halinde tedavisini gerçekleştirir. Çözümü uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, dış hekimlerine veya İB-ÜB sağlık kurumlarına yönlendirerek koordinatör görevi üstlenir. AH kendisine kayıtlı kişilerin sağlık konularında onlara yol gösteren ve haklarını savunan sağlık danışmanı konumundadır. AH, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir.

Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, hayat şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. AH, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık şartları, psiko-sosyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir [5].

2.3.1. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi

20. Yüzyılın başlarında aile hekimliği kavramını ilk olarak uzmanlaşmaya giden yolun sonuna geldiğini ve sağlık hizmetleri sunumunun çok fazla parçalara ayrıldığı için yetersiz hale geldiğini vurgulayarak, kapsamlı ve kişisel bir sağlık hizmeti veren genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerekliliği savunan Dr. Francis Peabody gündeme getirmiştir. O dönemde çok ses getirmeyen bu görüş 1952 yılında İngiltere’de genel pratisyenliği geliştirmek ve standartlarını yükseltmek için kurulan Royal College of General Practitioners kurumunun kurulması ile yeniden gündeme gelmiştir. Ancak aile hekimliği ya da genel pratisyenliğin ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında gerçekleşmiştir. Bunun yanında, 1966 yılında Millis ve Willard Raporları olarak bilinen belge American Medical Association tarafından yayınlanmış, bunun sonucunda 1969 yılında BB sağlık hizmetlerinde çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği tanınarak Aile Hekimliği Kurulu (American Board of Family Physicians, ABFP) kurulmuştur [26].

Aile hekimliği ülkemizde 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimine başlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aile hekimliğinin öncelikli hedef olarak uygulamaya konulması hedeflenmiş, bu kapsamda BB sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşım ortaya konmuştur. Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliğinin tüm ülkede yaygınlaştırılmasının hedeflendiği çalışma neticesinde 2010 yılı sonu itibari ile ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir [23].

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Program, sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. 2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon TL'ye ulaşmıştır. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak 2002 yılının yaklaşık 2,7 katına çıkmıştır.

Aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına yol açacak yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptir. Bu sebeple sağlık harcamalarında israf önlenmekte, İB'de gereksiz yığılmalar ve hasta mağduriyetleri engellenmektedir. Böylece, ülkemizde BB sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi ve tüm bireyler tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması için bu çağdaş hizmetin özgün bir modeli oluşturulmuştur. Uygulama ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer görevler ise toplum sağlığı merkezlerinde toplanmıştır. Aile hekimliği öncesinde BB sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla 6.520 ASM'de 20.236 hekim, 957 toplum sağlığı merkezinde de 2.537 hekim olmak üzere toplam 22.773 hekim görev yapmaktadır. Böylece vatandaşlarımızın hekime daha kolay ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Türkiye'de 2011 sonu itibarıyla 3.696 kişiye bir AH hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığının 2023 yılı hedefi ortalamada 2.000 kişiye bir AH'nin hizmet vermesidir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kayıtları ikâmetlerine en yakın konumdaki bir ASM'ye yapılmakta, daha sonra kişiler zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın aile hekimlerini seçerek değiştirebilmektedirler [5].

2.3.2. Aile hekimliği disiplini

“Genel pratisyen ya da AH, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (World Organization of National Colleges,

Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 1991)

Aile hekimliğinin temel özellikleri şu şekilde belirtilebilir:

- a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar, bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, BB'ta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e) Sağlık hizmetlerinin hasta gereksinimlerine göre sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır [26].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalarla yapılmıştır. Bu hastane 1957 yılında Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi adıyla kurulmuştur. Sağlık kurulu ile beraber 31 ayrı branşta 46 klinik hizmet vermektedir. Her yıl 1 milyon civarında poliklinik yapılmaktadır. Hüseyingazi, Yenimahalle, Ulus ve Bahçelievler Semt Polikliniklerinde de poliklinik hizmeti verilmektedir. Bulunduğu bölgede ve Ankara'da Sağlık Bakanlığına bağlı yapılan en son hastane olduğu için poliklinik kapasitesi yüksektir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve semt polikliniklerinde aile hekimliği kliniğine 2016 şubat ayında başvuran 18 yaş üstü 3961 hasta oluşturmaktadır. Bu hastalardan %5 yanılma payı %50 sıklık alındığında %95 güven aralığında alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 351 olarak belirlenmiştir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, katılmayı kabul eden 353 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

- Katkı payı alınma durumu hakkındaki fikri
- AH'yi bilme, başvurma durumu, başvuru sayısı
- ÜB'ye başvuru sayısı
- Sağlık sorununda ilk başvurduğu sağlık kurumu

- Başvurduğu sağlık kuruluşu ve polikliniğe kimin tarafından yönlendirildiği
- Başvuru sonucunu AH'ye bildirmeyi düşünme

3.4.2. Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Meslek
- Aylık gelir
- Kronik hastalık
- Çocuk yaşları
- Katkı payı alınma durumu hakkındaki fikri

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan anket formu; 36 sorudan oluşmaktadır. Anket yaş, cinsiyet, kronik hastalık bulunma durumu, medeni durum, meslek, aylık haneye giren gelir, çocuk yaşları gibi tanımlayıcı sorular ve AH'yi tanıma, bilme, başvurma ve sağlık hizmetlerini kullanma özelliklerini, katkı payı hakkındaki fikri, AH yerine ÜB hastaneye başvuru nedenlerini araştırarak sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan anket formu ektedir. (Ek-1). Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Anket uygulamasında, araştırmanın amacına yönelik olarak, anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile tez öğrencisi tarafından uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 7-8 dakikadır.

3.7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma 2016 yılı ocak ayında literatür taramasıyla başlamıştır. 2016 yılında tez konusu önerilmiştir. 2017 yılı ocak ayında literatür taraması tamamlanmıştır. 2017 mart ayında

etik komisyona başvurulmuştur. 2017 yılı mayıs-haziran aylarında verilerin toplanması gerçekleştirilmiştir. 2018 kasım-aralık aylarında veri girişi yapılmış, 2019 ocak-şubat aylarında veri analizi yapılmıştır. 2019 mayıs ayında raporlama tamamlanmıştır.

3.8. Veri Analizi – İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analizler SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır.

İstatistiksel analiz olarak, tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en büyük, en küçük değer) ile sunulmuştur. Grupların karşılaştırılmasında χ^2 testi kullanılmıştır. p değerinin 0.05’den küçük olması “istatistiksel olarak anlamlı “ şeklinde değerlendirilmiştir.

Yaş değişkeni ‘18-28 yaş’, ‘29-40 yaş’, ‘41-52 yaş’, ‘53-64 yaş’, ‘65 yaş ve üstü’ şeklinde kategorize edilmiştir.

Aylık haneye giren net gelir ≤ 2000 , 2001-4000, ≥ 4001 şeklinde kategorize edilmiştir.

AH’ye son bir yılda başvuru sıklığı < 3 ve ≥ 3 şeklinde kategorize edilmiştir.

ÜB’ ye son bir yılda başvuru sıklığı < 4 ve ≥ 4 şeklinde kategorize edilmiştir.

İncelenen bazı tanımlayıcı özellikler ile AH’ye ve ÜB’ye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığı hakkında fikri olmayanlar analizden çıkarılmıştır.

Bazı tanımlayıcı özelliklerle mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH’ye bildirmeyi düşünme durumu karşılaştırılırken kararsız olanlar analizden çıkarılmıştır

3.9. Etik Konular

Araştırma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan 12/05/2017 tarihli ve 77082166-302.08.01- 70282 sayılı yazı (Ek-3) ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulundan (Ek-4) 22.07.2017 tarih 5676 sayılı kararla izin alınmıştır. Katılımcılar, araştırmanın amaçları konusunda bilgilendirilmiş ve anketler onay

alındıktan sonra uygulanmıştır. Toplanan veriler ile çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

3.10. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma için Ankara EAH aile hekimliği polikliniklerine herhangi nedenle başvuran 18 yaş üstü bireylerle görüşülmüştür. Anketler çoğunlukla poliklinik önünde uygulandığı için poliklinik sırasını takip etme, zaman harcamak istememe gibi nedenlerle katılmayı kabul etmeyen çok sayıda hasta olmuştur. ÜB hastaneye başvuranlar çalışmaya alındığı için toplumun genelini yansıtmıyor olabileceği düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında 353 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan 353 kişiden %68,0'ı kadın, %32,0'ı erkek, %58,4'ü evli, %35,7'si ev hanımı, %18,1'i emekli, %16,7'si öğrenci, %16,7'si işçi, %10,8'i memur, %2,0'ı işsizdir. Katılımcıların yaş ortalaması $44,4 \pm 17,6$, ortancası 46 (18,86)'dır. Katılımcıların %24,6'sı 18-28 yaş grubunda, %15,0'ı 65 yaş ve üzerinde, eşlerin %12,1'i 20-34 yaş grubunda, %16,5'i 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %39,0'ının aylık geliri 2000 TL ve altında, %40,6'sının 2001-4000 TL aralığında, %20,4'ünün 4001 TL ve üzerindedir. %34,6'sı Mamak olmak üzere %97,2'si Ankara'nın merkez ilçelerinde yaşamaktadır. 206 kişinin aynı evde yaşadığı çocuğu bulunmaktadır. Bunların 106'sı 18 yaş ve altındadır. 18 yaş ve altında çocuğu olanların %14,7'si 1, %11,0'ı 2 çocuğa sahiptir. 18 yaş ve altındaki 180 çocuğun %7,8'i 0-2 yaş grubunda, %13,9'u 3-5 yaş grubunda, %78,3'ü 6-18 yaş grubundadır. 18 yaş ve altındaki 180 çocuğun yaş ortalaması $9,9 \pm 4,9$, ortancası 10 (0,18)'dur. Katılımcıların %53,0'ı bir kronik hastalığı olduğunu, %50,7'si düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Düzenli ilaç kullananların %55,2'si 3. basamak sağlık kuruluşlarına, %33,8'i AH'ye başvuruda reçete edilmesi sureti ile ilaçlarını temin ettiğini ifade etmiştir. Çizelge 4.1'de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.1.İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)		
Kadın	240	68,0
Erkek	113	32,0
Yaş Grupları (n=353)		
18-28	87	24,6
29-40	60	17,0
41-52	79	22,4
53-64	74	21,0
≥65	53	15,0
Medeni Durum (n=353)		
Evli	206	58,4
Bekar	147	41,6
Eşin Yaş Grupları (n=206)		
20-34	25	12,1
35-49	75	36,4
50-64	72	35,0
≥65	34	16,5
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)		
≤2000	124	39,0
2001-4000	129	40,6
≥4001	65	20,4

Çizelge 4.1. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	(%)*
Meslek Durumu (n=353)		
Ev hanımı	126	35,7
Emekli	64	18,1
Öğrenci	59	16,7
İşçi	59	16,7
Memur	38	10,8
İşsiz	7	2,0
Yaşanılan İlçe (n=353)		
Mamak	122	34,6
Çankaya	70	19,8
Altındağ	68	19,3
Etimesgut	27	7,6
Keçiören	26	7,4
Yenimahalle	20	5,7
Pursaklar	6	1,7
Sincan	4	1,1
Perifer İlçe- İl Dışı	10	2,8
Yaşanılan İlçe (n=353)		
Merkez İlçe	343	97,2
Perifer İlçe-İl Dışı	10	2,8
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)		
Evet	206	58,4
Hayır	147	41,6
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)		
1	52	14,7
2	39	11,0
≥3	15	4,3
On Sekiz Yaş Altı Çocukların Yaş Grupları** (n=180)		
0-2	14	7,8
3-5	25	13,9
6-18	141	78,3
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)		
Var	187	53,0
Yok	166	47,0
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)		
Kullanıyor	179	50,7
Kullanmıyor	174	49,3
Düzenli Kullanılan İlaçların Nerede Reçete Edildiği (n=198)**		
3. Basamak Sağlık Kuruluşu	111	55,2
AH	68	33,8
Diğer***	22	11,0

*: Kolon yüzdesi

** :Birden fazla seçenek işaretlenmiş, yüzde verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

***:Parası ile eczaneden satın alma, 2. basamak sağlık kuruluşu, özel hastane, kurum hekimliği

Katılımcıların %64,9'u herhangi bir sağlık sorunu olduğunda genellikle ilk 3. basamak sağlık kuruluşuna, %24,5'i AH'ye başvurduğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.2’de katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda başvurduğu sağlık kuruluşunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.2. İncelenenlerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarının dağılımı, Ankara, 2019.

Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olduğunda Genellikle İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu** (n=353)	Sayı	(%)*
3. Basamak Sağlık Kuruluşu	244	64,9
Eğitim Araştırma Hastanesi	214	56,9
Üniversite Hastanesi	30	8,0
1. Basamak Sağlık Kuruluşu	95	25,2
AH	92	24,5
Kurum Doktoru	3	0,7
2. Basamak Sağlık Kuruluşu	37	9,9
Devlet Hastanesi	15	4,0
Özel Hastane	22	5,9

*: Kolon yüzdesi

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiş, yüzde verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların %92,9’u kayıtlı olduğu AH’yi bildiğini, bilenlerin %53,7’si AH’nin ünvanını bilmediğini belirtmiştir. %34,5’i kayıtlı olduğu AH’nin uzman, %11,9’u pratisyen hekim olduğunu ifade etmiştir.

Kayıtlı AH’ye başvuru nedenleri sorgulandığında verilen cevapların %47,7’si ilaç yazdırmak, %36,5’i muayene olmaktır. Kayıtlı olduğu AH’ye kendisi dışında haneden birisinin başvurma sıklığı %61,5’tir.

Son 1 yıl içerisinde %73,3’ü kayıtlı olduğu AH’ye başvurduğunu, bunların %26,3’ü 2 kez, %24,0’ı 3 kez başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların son bir yıl içerisinde kayıtlı olduğu AH’ ye başvuru ortancası 3 (1,15)’tür.

Katılımcılara kayıtlı olduğu AH’ ye başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmadığı bilgisi sorulduğunda; %28’i evet, %30’u hayır, %42’si fikri olmadığını belirtmiştir.

Çizelge 4.3’te katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.3. İncelenenlerin aile hekimine kayıtlı olma ve başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı, Ankara, 2019.

Kayıtlı Olduğu AH'yi Bilme Durumu (n=353)	Sayı	(%)*
Biliyor	328	92,9
Bilmiyor	25	7,1
Kayıtlı Olduğu AH'nin Unvan Durumu (n=328)		
Uzman	113	34,5
Pratisyen	39	11,9
Bilmiyor	176	53,7
Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvurma Durumu (n=328)		
Başvurmuş	292	89,0
Başvurmamış	36	11,0
Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvuru Nedenleri (n=292)**		
İlaç Yazdırmak	157	47,7
Muayene Olmak	120	36,5
Rutin Tetkik	29	8,8
Enjeksiyon-Pansuman vb.	13	4,0
Rapor Almak	10	3,0
Kayıtlı Olduğu AH'ye Kendisi Dışında Haneden Birisinin Başvurma Durumu (n=353)		
Başvurmuş	217	61,5
Başvurmamış	100	28,3
Bilmiyor	36	10,2
Kayıtlı Olduğu AH'ye Son Bir Yılda Başvurma Durumu (n=292)		
Başvurmuş	214	73,3
Başvurmamış	78	26,7
Kayıtlı Olduğu AH'ye Son Bir Yılda Başvuru Sıklığı (n=217)		
<3	91	42,0
≥3	126	58,0
Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvuru Durumunda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353)		
Alınıyor	99	28,0
Alınmıyor	106	30,0
Fikri yok	148	42,0

*: Yüzde: Kolon yüzdesi

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiş, yüzde verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların %94,6'sı son 1 yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %66,0'ı en sık 3. basamak sağlık kuruluşuna, %22,6'sı en sık AH'ye başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların son bir yıl içerisinde 3. basamak sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı sorgulandığında verilen cevapların %48,3'ü 5 ve üzeridir. Katılımcıların son bir yıl içerisinde 3. basamak sağlık kuruluşuna başvuru ortancası 4 (1,20)'tür. Katılımcıların son bir yıl içerisinde 3. basamak sağlık kuruluşunda başvurduğu poliklinikler sorgulandığında verilen cevapların %36,0'ı aile hekimliği, %17,1'i dahiliye şeklindedir. Çizelge 4.4'te katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.4. İncelenenlerin son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.

Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu (n=353)	Sayı	(%)*
Başvurmuş	334	94,6
Başvurmamış	19	5,4
En Sık Başvurulan Sağlık Kuruluşları** (n=334)		
3. Basamak Sağlık Kuruluşu	249	66,0
Eğitim Araştırma Hastanesi	226	59,9
Üniversite Hastanesi	23	6,1
1. Basamak Sağlık Kuruluşu	85	22,6
AH	85	22,6
2. Basamak Sağlık Kuruluşu	43	11,4
Özel Hastane	28	7,4
Devlet Hastanesi	15	4,0
3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı (n=217)		
<4	115	38,9
≥4	181	61,1
Başvurulan Poliklinikler** (n=298)		
Aile Hekimliği	201	36,0
Dahiliye	96	17,1
Kulak Burun Boğaz	44	7,9
Göz	43	7,7
Kardiyoloji-Kardiyovasküler Cerrahi	39	7,0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	30	5,4

Çizelge 4.4. (devam) İncelenenlerin son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.

Başvurulan Poliklinikler** (n=298)	Sayı	(%)*
Üroloji	20	3,6
Genel Cerrahi	17	3,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	16	2,9
Göğüs Hastalıkları	14	2,5
Diğer***	39	6,9

*: Yüzde: Kolon yüzdesi

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiş, yüzde verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

***: Dermatoloji, Nöroloji, Nöroşirürji, Psikiyatr, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Ağız ve Diş Sağlığı, Acil

Şu anda başvurulacak sağlık kuruluşuna katılımcıların %77,1'i yönlendirme olmadan, %15,0'ı akraba-arkadaş yönlendirmesi ile başvurduğunu ifade etmiştir.

Şu anda başvurulacak sağlık kuruluşunda aile hekimliği polikliniğine katılımcıların %44,0'ı yönlendirme olmadan, %26,2'si hasta kayıt biriminde çalışanların, %17,8'i başka bir poliklinikteki hekim yönlendirmesi ile başvurduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılar, şu anda başvurulacak sağlık kuruluşunda aile hekimliği polikliniğini tercih nedenleri sorgulandığında verilen yanıtların %32,1'i mevcut şikayet, %27,3'ü ilaç yazdırmak, %25,9'u rutin kan tetkiki yaptırmaktır. Şikayeti olduğunu belirtenlere şikayetin şiddeti sorgulandığında %36,0'ı hafif, %47,3'ü orta, %16,7'si çok olarak ifade etmiştir.

Katılımcıların %15,3'ü mevcut başvuru nedeni ile son bir ayda başka sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmiştir. Son bir ayda başka sağlık kuruluşuna başvuranların %50,0'ı (10 kişi) 1 hafta önce, %35,0'ı (7 kişi) 2 hafta önce, %15,0'ı 4 hafta önce başvurduğunu belirtmiştir. Başvurulan sağlık kuruluşlarının %40,4'ü Aile Hekimliği, %36,8'i 3. Basamak Sağlık Kuruluşudur. Mevcut başvuru nedeni ile şu anda başvurulacak sağlık kuruluşunda başka bir polikliniğe başvuru sıklığı %4,5'tir. Bunların %37,6'sı dahiliye, %25,0'ı nöroloji, %12,6'sı kardiyoloji, %12,5'i fizik tedavi ve rehabilitasyon, %12,5'i kulak burun boğaz, %6,3'ü kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurduğunu ifade etmiştir.

Kayıtlı olunan AH yerine 3. basamak sağlık kuruluşundaki aile hekimliği polikliniğini tercih etme nedenleri; %50,0 ulaşım kolaylığı/ASM'den daha yakın olması, %20,0 ASM'de yapılan tetkiklerin yetersiz olacağı düşüncesi şeklindedir.

Hastaneye başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmadığı sorgulandığında katılımcıların %34,3'ü bilmediğini, 17,0'ı alınmadığını ifade etmiştir.

Mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşünenlerin sıklığı %9,3, kararsızların sıklığı %6,5'tir.

Çizelge 4.5'te incelenenlerin şu anda başvurulanan sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.5. İncelenenlerin şu anda başvurulanan sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.

Şu Anda Başvurulanan Sağlık Kuruluşuna Kimin Tarafından Yönlendirildiği** (n=353)	Sayı	(%)*
Kendisi	273	77,1
Akraba-Arkadaş	53	15,0
Tanıdığı Sağlık Çalışanı	18	5,1
AH	7	2,0
Başka Bir Hekim	2	0,5
Eczane Çalışanı	1	0,3
Şu Anda Başvurulanan Sağlık Kuruluşunda Aile Hekimliği Polikliniğine Kimin Tarafından Yönlendirildiği** (n=353)		
Kendisi	176	44,0
Hasta Kayıt	105	26,2
Başka Bir Hekim/Poliklinik	71	17,8
Akraba-Arkadaş	27	6,8
Tanıdığı Sağlık Çalışanı	16	4,0
AH	5	1,2
Mevcut Başvuru Nedeni ile Son Bir Ayda Başka Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu (n=334)		
Başvurmuş	54	15,3
Başvurmamış	299	84,7

Çizelge 4.5. (devam) İncelenenlerin şu anda başvurulanan sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.

Şu Anda Başvurulan Sağlık Kuruluşunda Aile Hekimliği Polikliniğini Tercih Nedenleri** (n=353)	Sayı	(%)*
Şikayeti Sebebi İle	120	32,1
İlaç Yazdırmak İçin	102	27,3
Rutin Kan Tetkiki Yaptırmak İçin	97	25,9
İlaç Raporu İçin	24	6,4
Sağlık Raporu İçin	22	5,9
Mevcut Hastalık Kontrolü İçin	9	2,4
Mevcut Başvuru Nedeni ile Son Bir Ayda Başvurulan Sağlık Kuruluşu** (n=54)		
3. Basamak Sağlık Kuruluşu	21	36,8
Eğitim Araştırma Hastanesi	16	28,0
Üniversite Hastanesi	5	8,8
1. Basamak Sağlık Kuruluşu	23	40,4
AH	23	40,4
2. Basamak Sağlık Kuruluşu	13	22,8
Özel Hastane	8	14,0
Devlet Hastanesi	5	8,8
Kayıtlı Olunan AH Yerine 3. Basamak Sağlık Kuruluşundaki Aile Hekimliği Polikliniğini Tercih Etme Nedenleri** (n=327)		
Ulaşım Kolaylığı/ ASM'den Daha Yakın Olması	180	50,0
ASM'de Yapılan Tetkiklerin Yetersiz Olacağı Düşüncesi	72	20,0
Hastaneye Başvuru Alışkanlığı Olması	40	11,1
AH'nin Yeterince İlgilenmeyeceği Düşüncesi	17	4,7
Rahatsızlığım Konusunda AH Bilgisine Güvenmeme	14	4,0
Aile Hekiminin İlaç Raporu Çıkaramaması	12	3,3
Aile Hekiminin İzinli Olması	7	1,9
Aile Hekimi ile İlişkilerin İyi Olmaması	7	1,9
Diğer***	11	3,1

Çizelge 4.5. (devam) İncelenenlerin şu anda başvurulan sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı, Ankara, 2019.

Mevcut Başvuru Nedeni ile Başka Polikliniğe Başvuru Durumu (n=353)	Sayı	(%)*
Başvurmuş	16	4,5
Başvurmamış	337	95,5
Hastaneye Başvuru Durumunda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353)		
Alınmıyor	172	48,7
Alınmıyor	60	17,0
Fikri yok	121	34,3
Mevcut Başvuru Sonucunu Kayıtlı Olduğu AH'ye Bildirmeyi Düşünme Durumu (n=353)		
Düşünüyor	33	9,3
Düşünmüyor	297	84,1
Kararsız	23	6,5

*: Yüzde: Kolon yüzdesi

**: Birden fazla seçenek işaretlenmiş, yüzde verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

***: Şu anda başvurduğu sağlık kuruluşundan övgü ile bahsedilmesi, aile hekimliğinde reçete/katkı payı kesintisi olması, şikayetlerinden dolayı erkek hekimden çekinme

Çalışmaya katılan erkeklerin %8,8'i, kadınların %6,3'ü, 18-28 yaş grubundakilerin %5,7'si, 29-40 yaş grubundakilerin %8,3'ü, 41-52 yaş grubundakilerin %7,6'sı, 53-64 yaş grubundakilerin %4,1'i, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %11,3'ü, evlilerin %5,3'ü, bekarların %9,5'i, eşinin yaşı 35-49 yaş grubundakilerin %10,7'si, 50-64 yaş grubundakilerin %1,4'ü, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %5,9'u, ev hanımlarının %5,6'sı, emeklilerin %7,8'i, öğrencilerin %3,4'ü, işsizlerin %14,3'ü, işçilerin %10,2'si, memurların %10,5'i, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %4,8'i, 2001-4000 TL arası olanların %7,0'ı, 4001 TL ve üzeri olanların %7,7'si, merkez ilçelerde yaşayanların %7,0'ı, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %10,0'ı, Çankaya'da yaşayanların %10,0'ı, Yenimahalle'de yaşayanların %15,0'ı, aynı hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %8,8'i, olanların %5,8'i, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %1,9'u, 2 çocuk sahibi olanların %10,3'ü, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %6,7'si, kronik hastalığı olanların %8,6'sı, olmayanların %5,4'ü, düzenli ilaç kullananların %7,6'sı, kullanmayanların %6,5'i kayıtlı olduğu AH'yi bilmediğini belirtmiştir. Eşin yaş grupları ile kayıtlı olduğu AH'yi bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Eşinin yaşı 35-49 yaş grubundakilerin kayıtlı olduğu AH'yi bilmeme sıklığı fazladır.

Çizelge 4.6'da incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu AH'yi bilme durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.6. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimini bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Bilme Durumu (n=353)			
	Biliyor		Bilmiyor	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)				
Kadın	225	93,8	15	6,3
Erkek	103	91,2	10	8,8
	$\chi^2=***$ p=0,374			
Yaş Grupları (n=353)				
18-28	82	94,3	5	5,7
29-40	55	91,7	5	8,3
41-52	73	92,4	6	7,6
53-64	71	95,9	3	4,1
≥65	47	88,7	6	11,3
	$\chi^2=2,888$ p=0,577			
Medeni Durum (n=353)				
Evli	195	94,7	11	5,3
Bekar	133	90,5	14	9,5
	$\chi^2=2,282$ p=0,131			
Eşin Yaş Grupları (n=206)				
20-34	25	100,0	-	-
35-49	67	89,3	8	10,7
50-64	71	98,6	1	1,4
≥65	32	94,1	2	5,9
	$\chi^2=7,864$ p=0,049			
Meslek Durumu (n=353)				
Ev hanımı	119	94,4	7	5,6
Emekli	59	92,2	5	7,8
Öğrenci	57	96,6	2	3,4
İşçi	53	89,8	6	10,2
Memur	34	89,5	4	10,5
İşsiz	6	85,7	1	14,3
	$\chi^2=3,812$ p=0,577			
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)				
≤2000	118	95,2	6	4,8
2001-4000	120	93,0	9	7,0
≥4001	60	92,3	5	7,7
	$\chi^2=0,763$ p=0,683			
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Merkez İlçe	319	93,0	24	7,0
Perifer İlçe-İl Dışı	9	90,0	1	10,0
	$\chi^2=***$ p=0,525			

Çizelge 4.6. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimini bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimini Bilme Durumu (n=353)			
	Biliyor		Bilmiyor	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Mamak	114	93,4	8	6,6
Çankaya	63	90,0	7	10,0
Altındağ	63	92,6	5	7,4
Etimesgut	26	96,3	1	3,7
Keçiören	26	100,0	-	-
Yenimahalle	17	85,0	3	15,0
Pursaklar	6	100,0	-	-
Sincan	4	100,0	-	-
Perifer İlçe- İl Dışı	9	90,0	1	10,0
	$\chi^2=6,211$		p=0,624	
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)				
Evet	194	94,2	12	5,8
Hayır	134	91,2	13	8,8
	$\chi^2=**$		p=0,2276	
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)				
1	51	98,1	1	1,9
2	35	89,7	4	10,3
≥ 3	14	93,3	1	6,7
	$\chi^2=2,931$		p=0,231	
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)				
Var	171	91,4	16	8,6
Yok	157	94,6	9	5,4
	$\chi^2=**$		p=0,252	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)				
Kullanıyor	183	92,4	15	7,6
Kullanmıyor	145	93,5	10	6,5
	$\chi^2=**$		p=0,683	

*: Satır yüzdesi

**: Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi

***: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Çalışmaya katılan erkeklerin %11,7'si, kadınların %10,7'si, 18-28 yaş grubundakilerin %7,3'ü, 29-40 yaş grubundakilerin %20,0'ı, 41-52 yaş grubundakilerin %11,0'ı, 53-64 yaş grubundakilerin %8,5'i, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %10,6'sı, evlilerin %10,8'i, bekarların %11,3'ü, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %20,0'ı, 35-49 yaş grubundakilerin %11,9'u, 50-64 yaş grubundakilerin %8,5'i, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %6,3'ü, ev hanımlarının %11,8'i, emeklilerin %6,8'i, öğrencilerin %7,0'ı, işsizlerin %16,7'si, işçilerin %15,1'i, memurların %14,7'si, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin

altında olanların %11,0'ı, 2001-4000 TL arası olanların %13,3'ü, 4001 TL ve üzeri olanların %6,7'si, merkez ilçelerde yaşayanların %11,0'ı, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %11,1'i, Çankaya'da yaşayanların %9,5'i, Mamak'ta yaşayanların %10,5'i, Altındağ'da yaşayanların %11,1'i, Keçiören'de yaşayanların %11,5'i, Etimesgut'ta yaşayanların %15,4'ü, Yenimahalle'de yaşayanların %17,6'sı, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %11,9'u, olanların %10,3'ü, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %2,0'ı, 2 çocuk sahibi olanların %8,6'sı, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %35,7'si, kronik hastalığı olanların %11,7'si, olmayanların %10,2'si, düzenli ilaç kullananların %11,5'i, kullanmayanların %10,4'ü kayıtlı olduğu AH'ye başvurmadığını belirtmiştir. On sekiz yaş altı sahibi olduğu çocuk sayısı ile kayıtlı olduğu AH'ye başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). 18 yaş altı, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların kayıtlı olduğu AH'ye başvurmama sıklığı fazladır.

Çizelge 4.7'de incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu AH'ye başvurma durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.7. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimine Başvurma Durumu (n=328)			
	Başvurmuş		Başvurmamış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)				
Kadın	201	89,3	24	10,7
Erkek	91	88,3	12	11,7
	$\chi^2=**$ p=0,791			
Yaş Grupları (n=353)				
18-28	76	92,7	6	7,3
29-40	44	80,0	11	20,0
41-52	65	89,0	8	11,0
53-64	65	91,5	6	8,5
≥65	42	89,4	5	10,6
	$\chi^2=6,176$ p=0,186			
Medeni Durum (n=353)				
Evli	174	89,2	21	10,8
Bekar	118	88,7	15	11,3
	$\chi^2=**$ p=0,885			
Eşin Yaş Grupları (n=206)				
20-34	20	80,0	5	20,0
35-49	59	88,1	8	11,9
50-64	65	91,5	6	8,5
≥65	30	93,8	2	6,3
	$\chi^2=3,390$ p=0,335			
Meslek Durumu (n=353)				
Ev hanımı	105	88,2	14	11,8
Emekli	55	93,2	4	6,8
Öğrenci	53	93,0	4	7,0
İşçi	45	84,9	8	15,1
Memur	29	85,3	5	14,7
İşsiz	5	83,3	1	16,7
	$\chi^2=3,656$ p=0,600			
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)				
≤2000	105	89,0	13	11,0
2001-4000	104	86,7	16	13,3
≥4001	56	93,3	4	6,7
	$\chi^2=1,806$ p=0,405			

Çizelge 4.7. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimine Başvurma Durumu (n=328)			
	Başvurmuş		Başvurmamış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Mamak	102	89,5	12	10,5
Çankaya	57	90,5	6	9,5
Altındağ	56	88,9	7	11,1
Etimesgut	22	84,6	4	15,4
Keçiören	23	88,5	3	11,5
Yenimahalle	14	82,4	3	17,6
Pursaklar	6	100,0	-	-
Sincan	4	100,0	-	-
Perifer İlçe-İl Dışı	8	88,9	1	11,1
	$\chi^2=2,694$		p=0,952	
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Merkez İlçe	284	89,0	35	11,0
Perifer İlçe-İl Dışı	8	88,9	1	11,1
	$\chi^2=***$		p=1,000	
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)				
Evet	174	89,7	20	10,3
Hayır	118	88,1	16	11,9
	$\chi^2=**$		p=0,642	
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)				
1	50	98,0	1	2,0
2	32	91,4	3	8,6
≥ 3	9	64,3	5	35,7
	$\chi^2=15,293$		p<0,001	
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)				
Var	151	88,3	20	11,7
Yok	141	89,8	16	10,2
	$\chi^2=**$		p=0,663	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)				
Kullanıyor	146	88,5	19	11,5
Kullanmıyor	146	89,6	17	10,4
	$\chi^2=**$		p=0,753	

*: Satır yüzdesi

** : Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi

***: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Erkeklerin %34,1'i, kadınların %21,4'ü, 18-28 yaş grubundakilerin %31,6'sı, 29-40 yaş grubundakilerin %20,5'i, 41-52 yaş grubundakilerin %18,5'i, 53-64 yaş grubundakilerin %26,2'si, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %28,6'sı, evlilerin %23,6'sı, bekarların %28,0'ı, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %35,0'ı, 35-49 yaş grubundakilerin %15,3'ü, 50-64 yaş grubundakilerin %24,6'sı, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %30,0'u, ev hanımlarının %15,2'si, emeklilerin %38,2'si, öğrencilerin %34,0'ı, işçilerin %28,9'u, memurların %20,7'si, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %23,8'i, 2001-4000 TL arası olanların %22,1'i, 4001 TL ve üzeri olanların %28,6'sı, merkez ilçelerde yaşayanların %25,7'si, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %12,5'i, Etimesgut'ta yaşayanların %13,6'sı, Yenimahalle'de yaşayanların %14,3'ü, Altındağ'da yaşayanların %21,4'ü, Mamak'ta yaşayanların %25,5'i, Keçiören'de yaşayanların %26,1'i, Çankaya'da yaşayanların %36,8'i, Pursaklar'da yaşayanların %50,0'ı, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %28,0'ı, olanların %23,6'sı, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %22,0'ı, 2 çocuk sahibi olanların %28,1'i, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %22,2'si, kronik hastalığı olanların %21,2'si, olmayanların %29,8'i, düzenli ilaç kullananların %19,9'u, kullanmayanların %30,8'i kayıtlı olduğu AH' ye son bir yılda başvurmadığını belirtmiştir. Cinsiyet, meslek ve düzenli ilaç kullanma durumu ile kayıtlı olduğu AH' ye son bir yılda başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurma ev hanımlarında fazladır, erkeklerde ve düzenli ilaç kullanmayanlarda azdır.

Çizelge 4.8'de incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurma durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.8. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu AH'ye Son Bir Yılda Başvurma Durumu (n=292)			
	Başvurmuş		Başvurmamış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)				
Kadın	158	78,6	43	21,4
Erkek	60	65,9	31	34,1
	$\chi^2=5,317$		p=0,021	
Yaş Grupları (n=353)				
18-28	52	68,4	24	31,6
29-40	35	79,5	9	20,5
41-52	53	81,5	12	18,5
53-64	48	73,8	17	26,2
≥65	30	71,4	12	28,6
	$\chi^2=3,999$		p=0,406	
Medeni Durum (n=353)				
Evli	133	76,4	41	23,6
Bekar	85	72,0	33	28,0
	$\chi^2=0,720$		p=0,396	
Eşin Yaş Grupları (n=206)				
20-34	13	65,0	7	35,0
35-49	50	84,7	9	15,3
50-64	49	75,4	16	24,6
≥65	21	70,0	9	30,0
	$\chi^2=0,444$		p=0,217	
Meslek Durumu (n=353)				
Ev hanımı	89	84,8	16	15,2
Emekli	34	61,8	21	38,2
Öğrenci	35	66,0	18	34,0
İşçi	32	71,1	13	28,9
Memur	23	79,3	6	20,7
İşsiz	5	100,0	-	-
	$\chi^2=14,868$		p=0,011	
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)				
≤2000	80	76,2	25	23,8
2001-4000	81	77,9	23	22,1
≥4001	40	71,4	16	28,6
	$\chi^2=0,839$		p=0,657	
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Merkez İlçe	211	74,3	73	25,7
Perifer İlçe-İl Dışı	7	87,5	1	12,5
	$\chi^2=**$		p=0,684	

Çizelge 4.8. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Bazı Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu AH'ye Son Bir Yılda Başvurma Durumu (n=292)			
	Başvurmuş		Başvurmamış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Mamak	76	74,5	26	25,5
Çankaya	36	63,2	21	36,8
Altındağ	44	78,6	12	21,4
Etimesgut	19	86,4	3	13,6
Keçiören	17	73,9	6	26,1
Yenimahalle	12	85,7	2	14,3
Pursaklar	3	50,0	3	50,0
Sincan	4	100,0	-	-
Perifer İlçe- İl Dışı	7	87,5	1	12,5
	$\chi^2=10,927$		p=0,206	
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)				
Evet	133	76,4	41	23,6
Hayır	85	72,0	33	28,0
	$\chi^2=0,720$		p=0,396	
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)				
1	39	78,0	11	22,0
2	23	71,9	9	28,1
≥ 3	7	77,8	2	22,2
	$\chi^2=0,420$		p=0,811	
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)				
Var	119	78,8	32	21,2
Yok	99	70,2	42	29,8
	$\chi^2=2,847$		p=0,092	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)				
Kullanıyor	117	80,1	29	19,9
Kullanmıyor	101	69,2	45	30,8
	$\chi^2=4,634$		p=0,031	

*: Satır yüzdesi

**: Fisher's Exact Ki-kare Testi

Erkeklerin %55,4'ü, kadınların %50,0'ı, 18-28 yaş grubundakilerin %76,0'ı, 29-40 yaş grubundakilerin %36,1'i, 41-52 yaş grubundakilerin %41,8'i, 53-64 yaş grubundakilerin %40,5'i, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %63,0'ı, evlilerin %44,5'i, bekarların %63,6'sı, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %60,0'ı, 35-49 yaş grubundakilerin %39,3'ü, 50-64 yaş grubundakilerin %42,5'i, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %52,9'u, ev hanımlarının %42,1'i, emeklilerin %54,8'i, öğrencilerin %67,7'si, işçilerin %60,5'i, memurların %45,8'i, işsizlerin %40,0'ı, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %42,0'ı, 2001-4000 TL arası olanların %52,0'ı, 4001 TL ve üzeri olanların %57,1'i, merkez ilçelerde yaşayanların %52,5'i, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %20,0'ı, Keçiören'de yaşayanların %29,4'ü, Etimesgut'ta yaşayanların %36,8'i, Mamak'ta yaşayanların %49,2'si, Pursaklar'da yaşayanların %50,0'ı, Altındağ'da yaşayanların %51,2'si, Yenimahalle'de yaşayanların %53,8'i, Çankaya'da yaşayanların %73,7'si, Sincan'da yaşayanların tamamı, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %60,8'i, olanların %46,6'sı, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %50,0'ı, 2 çocuk sahibi olanların %37,0'ı, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %33,3'ü, kronik hastalığı olanların %41,3'ü, olmayanların %63,5'i, düzenli ilaç kullananların %42,1'i, kullanmayanların %62,2'si kayıtlı olduğu AH'ye başvuru durumunda katkı payı alınmadığını belirtmiştir. Yaş grupları, medeni durum, yaşanılan ilçe, kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumu ile kayıtlı olduğu AH'ye başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). 18-28 yaş grubunda, bekarlarda, Çankaya İlçesi'nde yaşayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda ve düzenli ilaç kullanmayanlarda kayıtlı olduğu AH'ye başvuruda katkı payı alınmadığını belirtenlerin sıklığı fazladır.

Çizelge 4.9'da incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu AH'ye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığı dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.9. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvuruda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353/205*)					
	Alınıyor (Evet)		Alınmıyor (Hayır)		Fikri Yok	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)* *
Cinsiyet (n=353)						
Kadın	70	50,0	70	50,0	100	88,5
Erkek	29	44,6	36	55,4	48	42,5
	$\chi^2=0,515$		$p=0,473$			
Yaş Grupları (n=353)						
18-28	12	24,0	38	76,0	37	42,5
29-40	23	63,9	13	36,1	24	40,0
41-52	32	58,2	23	41,8	24	30,4
53-64	22	59,5	15	40,5	37	50,0
≥65	10	37,0	17	63,0	26	49,0
	$\chi^2=20,695$		$p<0,001$			
Medeni Durum (n=353)						
Evli	71	55,5	57	44,5	78	37,9
Bekar	28	36,4	49	63,6	70	47,6
	$\chi^2=7,028$		$p=0,008$			
Eşin Yaş Grupları (n=206)						
20-34	6	40,0	9	60,0	10	40,0
35-49	34	60,7	22	39,3	19	25,3
50-64	23	57,5	17	42,5	32	44,4
≥65	8	47,1	9	52,9	17	50,0
	$\chi^2= 2,630$		$p=0,452$			
Meslek Durumu (n=353)						
Ev hanımı	44	57,9	32	42,1	50	39,7
Emekli	14	45,2	17	54,8	33	51,6
Öğrenci	10	32,3	21	67,7	28	47,5
İşçi	15	39,5	23	60,5	21	35,6
Memur	13	54,2	11	45,8	14	36,8
İşsiz	3	60,0	2	40,0	2	28,6
	$\chi^2=7,909$		$p=0,161$			
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Mamak	32	50,8	31	49,2	59	48,4
Çankaya	10	26,3	28	73,7	32	45,7
Altındağ	21	48,8	22	51,2	25	36,8
Etimesgut	12	63,2	7	36,8	8	29,6
Keçiören	12	70,6	5	29,4	9	34,6
Yenimahalle	6	46,2	7	53,8	7	35,0
Pursaklar	2	50,0	2	50,0	2	33,3
Sincan	-	-	3	100,0	1	25,0
Perifer İlçe- İl Dışı	4	80,0	1	20,0	5	50,0
	$\chi^2=17,422$		$p=0,026$			

Çizelge 4.9. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvuruda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353/205*)					
	Alınıyor(Evet)		Alınmıyor(Hayır)		Fikri Yok	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)*
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)						
≤2000	40	58,0	29	42,0	55	44,3
2001-4000	36	48,0	39	52,0	54	41,9
≥4001	18	42,9	24	57,1	23	35,4
	$\chi^2=2,710$			p=0,258		
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Merkez İlçe	95	47,5	105	52,5	143	41,7
Perifer İlçe-İl Dışı	4	80,0	1	20,0	5	50,0
	$\chi^2=***$			p=0,199		
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)						
Evet	70	53,4	61	46,6	75	36,4
Hayır	29	39,2	45	60,8	73	49,7
	$\chi^2=3,843$			p=0,050		
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)						
1	17	50,0	17	50,0	18	34,6
2	17	63,0	10	37,0	12	30,8
≥3	6	66,7	3	33,3	6	40,0
	$\chi^2=1,415$			p=0,493		
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)						
Var	64	58,7	45	41,3	78	41,7
Yok	35	36,5	61	63,5	70	42,2
	$\chi^2=10,126$			p=0,001		
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)						
Kullanıyor	62	57,9	45	42,1	72	40,2
Kullanmıyor	37	37,8	61	62,2	76	43,7
	$\chi^2=8,349$			p=0,004		

*: Fikri olmayanlar analizden çıkarılmıştır

** : Satır yüzdesi

***: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Çalışmaya katılan erkeklerin %38,2'si, kadınların %19,9'u, 18-28 yaş grubundakilerin %45,8'i, 29-40 yaş grubundakilerin %20,8'i, 41-52 yaş grubundakilerin %14,5'i, 53-64 yaş grubundakilerin %18,4'ü, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %40,0'ı, evlilerin %21,6'sı, bekarların %13,8'i, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %23,1'i, 35-49 yaş grubundakilerin %31,6'sı, 50-64 yaş grubundakilerin %24,6'sı, 65 yaş ve üzeri

gruptakilerin %30,0'u, ev hanımlarının %12,4'ü, emeklilerin %34,3'ü, öğrencilerin %48,4'ü, işçilerin %35,0'ı, memurların %21,2'si, işsizlerin %25,0'ı, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %24,7'si, 2001-4000 TL arası olanların %20,2'si, 4001 TL ve üzeri olanların %28,3'ü, merkez ilçelerde yaşayanların %26,1'i, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %16,7'si, Etimesgut'ta yaşayanların %17,6'sı, Yenimahalle'de yaşayanların %42,9'u, Altındağ'da yaşayanların %25,0'ı, Mamak'ta yaşayanların %18,5'i, Keçiören'de yaşayanların %18,8'i, Çankaya'da yaşayanların %42,9'u, Pursaklar'da yaşayanların %20,0'ı, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %38,4'ü, olanların %18,5'i, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %23,8'i, 2 çocuk sahibi olanların %17,2'si, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %8,3'ü, kronik hastalığı olanların %19,1'i, olmayanların %34,7'si, düzenli ilaç kullananların %19,4'ü, kullanmayanların %33,3'ü kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurmadığını belirtmiştir. Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, meslek, hanede yaşayan çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumu ile hastaneye başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Erkeklerde, 18-28 yaş grubunda, bekarlarda, öğrencilerde, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda, düzenli ilaç kullanmayanlarda hastaneye başvuru durumunda katkı payı alınmadığını, ev hanımlarında katkı payı alındığını belirtenlerin sıklığı fazladır.

Çizelge 4.10'da incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hastaneye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.10. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hastaneye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Hastaneye Başvuruda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353/232*)					
	Alınıyor		Alınmıyor		Fikri Yok	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**
Cinsiyet (n=353)						
Kadın	125	80,1	31	19,9	84	35,0
Erkek	47	61,8	29	38,2	37	32,7
	$\chi^2=8,912$		$p=0,003$			
Yaş Grupları (n=353)						
18-28	26	54,2	22	45,8	39	44,8
29-40	38	79,2	10	20,8	12	20,0
41-52	53	85,5	9	14,5	17	21,5
53-64	40	81,6	9	18,4	25	33,8
≥65	15	60,0	10	40,0	28	52,8
	$\chi^2=18,822$		$p=0,001$			
Medeni Durum (n=353)						
Evli	120	78,4	33	21,6	53	25,7
Bekar	52	65,8	27	34,2	68	46,3
	$\chi^2=4,320$		$p=0,038$			
Eşin Yaş Grupları (n=206)						
20-34	11	64,7	6	35,3	8	32,0
35-49	56	86,2	9	13,8	10	13,3
50-64	40	76,9	12	23,1	20	27,8
≥65	13	68,4	6	31,6	15	44,1
	$\chi^2= 5,380$		$p=0,146$			
Meslek Durumu (n=353)						
Ev hanımı	78	87,6	11	12,4	37	29,4
Emekli	23	65,7	12	34,3	29	45,3
Öğrenci	16	51,6	15	48,4	28	47,5
İşçi	26	65,0	14	35,0	19	32,2
Memur	26	78,8	7	21,2	5	13,2
İşsiz	3	75,0	1	25,0	3	42,9
	$\chi^2= 20,077$		$p=0,001$			
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)						
≤2000	58	75,3	19	24,7	47	37,9
2001-4000	71	79,8	18	20,2	40	31,0
≥4001	33	71,7	13	28,3	19	29,2
	$\chi^2= 1,166$		$p=0,558$			
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Mamak	66	81,5	15	18,5	41	33,6
Çankaya	24	57,1	18	42,9	28	40,0
Altındağ	36	75,0	12	25,0	20	29,4
Etimesgut	14	82,4	3	17,6	10	37,0
Keçiören	13	81,3	3	18,8	10	38,5
Yenimahalle	8	57,1	6	42,9	6	30,0
Pursaklar	4	80,0	1	20,0	1	16,7
Sincan	2	66,7	1	33,3	1	25,0
Perifer İlçe- İl Dışı	5	83,3	1	16,7	4	40,0
	$\chi^2=12,195$		$p=0,143$			

Çizelge 4.10. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hastaneye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Hastaneye Başvuruda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu (n=353/232*)					
	Alınıyor		Alınmıyor		Fikri Yok	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Merkez İlçe	167	73,9	59	26,1	117	34,1
Perifer İlçe-İl Dışı	5	83,3	1	16,7	4	40,0
	$\chi^2=***$ p=1,000					
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)						
Evet	119	81,5	27	18,5	60	29,1
Hayır	53	61,6	33	38,4	61	41,5
	$\chi^2=11,154$ p=0,001					
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)						
1	32	76,2	10	23,8	10	19,2
2	24	82,8	5	17,2	10	25,6
≥3	11	91,7	1	8,3	3	20,0
	$\chi^2=1,555$ p=0,459					
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)						
Var	106	80,9	25	19,1	56	29,9
Yok	66	65,3	35	34,7	65	39,2
	$\chi^2=7,210$ p=0,007					
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)						
Kullanıyor	100	80,6	24	19,4	55	30,7
Kullanmıyor	72	66,7	36	33,3	66	37,9
	$\chi^2=****$ p=0,023					

*: Fikri olmayanlar analizden çıkarılmıştır

** : Satır yüzdesi

***: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

****: Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi

Kayıtlı olduğu AH uzman olan katılımcıların %54,7'si, AH pratisyen olanların ise %63,0'ı kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda 3 ve daha fazla başvurduğunu belirtmiştir. Kayıtlı olduğu AH'nin unvan durumuna göre kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvuru durumunun dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.11'de kayıtlı olduğu AH'nin unvan durumuna göre kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvuru durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.11. İncelenenlerin kayıtlı olduğu aile hekiminin ünvan durumuna göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvuru durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Kayıtlı Olduğu Aile Hekiminin Ünvan Durumu (n=328)	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimine Son Bir Yılda Başvuru Sıklığı (n=217)			
	<3		≥3	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Uzman	39	45,3	47	54,7
Pratisyen	10	37,0	17	63,0
Bilmiyor	42	40,4	62	59,6
	$\chi^2=0,780$		p=0,677	

*: Satır yüzdesi

Kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurduğunu belirten erkeklerin %51,7'si, kadınların %60,5'i, 18-28 yaş grubundakilerin %51,9'u, 29-40 yaş grubundakilerin %65,7'si, 41-52 yaş grubundakilerin %51,9'u, 53-64 yaş grubundakilerin %60,4'ü, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %66,7'si, evlilerin %58,6'sı, bekarların %57,1'i, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %53,8'i, 35-49 yaş grubundakilerin %50,0'ı, 50-64 yaş grubundakilerin %65,3'ü, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %66,7'si, ev hanımlarının %64,0'ı, emeklilerin %61,8'i, işsizlerin %60,0'ı, öğrencilerin %54,3'ü, işçilerin %50,0'ı, memurların %45,5'i, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %66,3'ü, 2001-4000 TL arası olanların %62,5'i, 4001 TL ve üzeri olanların %37,5'i, merkez ilçelerde yaşayanların %57,6'sı, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %71,4'ü, Altındağ'da yaşayanların %68,2'si, Etimesgut'ta yaşayanların %66,7'si, Yenimahalle'de yaşayanların %66,7'si, Pursaklar'da yaşayanların %66,7'si, Mamak'ta yaşayanların %55,3'ü, Keçiören'de yaşayanların %52,9'u, Çankaya'da yaşayanların %47,2'si, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %59,5'i, olanların %57,1'i, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %22,0'ı, 2 çocuk sahibi olanların %65,2'si, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %57,1'i, kronik hastalığı olanların %65,3'ü, olmayanların %49,5'i, düzenli ilaç kullananların %64,7'si, kullanmayanların %50,5'i 3 ve daha fazla kez kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurduğunu belirtmiştir.

Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eşin yaş grupları, meslek, yaşanılan ilçe, hanede yaşayan çocuk sahibi olma durumu, 18 yaş altı sahip olunan çocuk sayısı ile kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır ($p>0.05$). Aylık hane halkı gelir durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu ile kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda 3 ve daha fazla kez başvuru sıklığı aylık hane halkı geliri 4001 TL ve üzeri olan grupta daha az iken, kronik hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullananlarda daha fazladır.

Çizelge 4.12'de incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvuru durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.12. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvuru sıklığının dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimine Son Bir Yılda Başvuru Sıklığı (n=217)			
	<3		≥3	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)				
Kadın	62	39,5	95	60,5
Erkek	29	48,3	31	51,7
	$\chi^2=1,394$		$p=0,238$	
Yaş Grupları (n=353)				
18-28	25	48,1	27	51,9
29-40	12	34,3	23	65,7
41-52	25	48,1	27	51,9
53-64	19	39,6	29	60,4
≥65	10	33,3	20	66,7
	$\chi^2=3,473$		$p=0,482$	
Medeni Durum (n=353)				
Evli	55	41,4	78	58,6
Bekar	36	42,9	48	57,1
	$\chi^2=0,048$		$p=0,827$	
Eşin Yaş Grupları (n=206)				
20-34	6	46,2	7	53,8
35-49	25	50,0	25	50,0
50-64	17	34,7	32	65,3
≥65	7	33,3	14	66,7
	$\chi^2=3,118$		$p=0,374$	
Meslek Durumu (n=353)				
Ev hanımı	32	36,0	57	64,0
Emekli	13	38,2	21	61,8
Öğrenci	16	45,7	19	54,3
İşçi	16	50,0	16	50,0
Memur	12	54,5	10	45,5
İşsiz	2	40,0	3	60,0
	$\chi^2=4,003$		$p=0,549$	

Çizelge 4.12. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kayıtlı olduğu aile hekimine son bir yılda başvuru sıklığının dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Kayıtlı Olduğu Aile Hekimine Son Bir Yılda Başvuru Sıklığı (n=217)			
	<3		≥3	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)				
≤2000	27	33,8	53	66,3
2001-4000	30	37,5	50	62,5
≥4001	25	62,5	15	37,5
	$\chi^2=9,787$		p=0,007	
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Mamak	34	44,7	42	55,3
Çankaya	19	52,8	17	47,2
Altındağ	14	31,8	30	68,2
Etimesgut	6	33,3	12	66,7
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Keçiören	8	47,1	9	52,9
Yenimahalle	4	33,3	8	66,7
Pursaklar	1	33,3	2	66,7
Sincan	3	75,0	1	25,0
Perifer İlçe- İl Dışı	2	28,6	5	71,4
	$\chi^2=7,328$		p=0,502	
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Merkez İlçe	89	42,4	121	57,6
Perifer İlçe-İl Dışı	2	28,6	5	71,4
	$\chi^2=***$		p=0,702	
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)				
Evet	57	42,9	76	57,1
Hayır	34	40,5	50	59,5
	$\chi^2=0,120$		p=0,729	
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)				
1	22	55,0	18	45,0
2	8	34,8	15	65,2
≥3	3	42,9	4	57,1
	$\chi^2=2,453$		p=0,293	
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)				
Var	41	34,7	77	65,3
Yok	50	50,5	49	49,5
	$\chi^2=5,491$		p=0,019	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)				
Kullanıyor	41	35,3	75	64,7
Kullanmıyor	50	49,5	51	50,5
	$\chi^2=4,446$		p=0,035	

*: Satır yüzdesi

**: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurduğunu belirten erkeklerin %56,8'i, kadınların %63,2'si, 18-28 yaş grubundakilerin %27,6'sı, 29-40 yaş grubundakilerin %61,5'i, 41-52 yaş grubundakilerin %61,5'i, 53-64 yaş grubundakilerin %78,3'ü, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %75,0'ı, evlilerin %67,2'si, bekarların %50,9'u, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerin %23,8'i, 35-49 yaş grubundakilerin %65,1'i, 50-64 yaş grubundakilerin %78,6'sı, 65 yaş ve üzeri gruptakilerin %75,0'ı, ev hanımlarının %69,7'si, emeklilerin %78,7'si, işsizlerin %50,0'ı, öğrencilerin %32,5'i, işçilerin %49,0'ı, memurların %54,8'i, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %72,0'ı, 2001-4000 TL arası olanların %57,9'u, 4001 TL ve üzeri olanların %59,3'ü, merkez ilçelerde yaşayanların %61,1'i, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %62,5'i, Etimesgut'ta yaşayanların %84,2'si, Keçiören'de yaşayanların %77,3'ü, Altındağ'da yaşayanların %61,9'u, Çankaya'da yaşayanların %59,3'ü, Mamak'ta yaşayanların %57,0'ı, Pursaklar'da yaşayanların %50,0'ı, Yenimahalle'de yaşayanların %47,1'i, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %54,0'ı, olanların %65,6'sı, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %51,2'si, 2 çocuk sahibi olanların %62,2'si, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %69,2'si, kronik hastalığı olanların %77,0'ı, olmayanların %38,5'i, düzenli ilaç kullananların %78,0'ı, kullanmayanların %39,1'i ÜB sağlık kuruluşuna son bir yılda 4 ve daha fazla kez başvurduğunu belirtmiştir.

Cinsiyet, aylık hane halkı gelir durumu, yaşanılan ilçe, 18 yaş altı sahip olunan çocuk sayısı ile ÜB sağlık kuruluşuna son bir yılda başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaş grupları, medeni durum, eşin yaş grupları, meslek, hanede yaşayan çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu ile ÜB sağlık kuruluşuna son bir yılda başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). ÜB sağlık kuruluşuna son bir yılda 4 ve daha fazla kez başvuru sıklığı 18-28 yaş grubundakilerde, bekarlarda, eşinin yaşı 20-34 yaş grubundakilerde, öğrencilerde, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanlarda daha az iken, emeklilerde, kronik hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullananlarda daha fazladır.

Çizelge 4.13'te incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre ÜB sağlık kuruluşuna başvuru durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.13. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	ÜB Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı (n=217)			
	<4		≥4	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=353)				
Kadın	74	36,8	127	63,2
Erkek	41	43,2	54	56,8
	$\chi^2=1,092$		p=0,296	
Yaş Grupları (n=353)				
18-28	42	72,4	16	27,6
29-40	20	38,5	32	61,5
41-52	25	38,5	40	61,5
53-64	15	21,7	54	78,3
≥65	13	25,0	39	75,0
	$\chi^2=40,212$		p<0,0001	
Medeni Durum (n=353)				
Evli	61	32,8	125	67,2
Bekar	54	49,1	56	50,9
	$\chi^2=7,726$		p=0,005	
Eşin Yaş Grupları (n=206)				
20-34	16	76,2	5	23,8
35-49	22	34,9	41	65,1
50-64	15	21,4	55	78,6
≥65	8	25,0	24	75,0
	$\chi^2=23,058$		p<0,0001	
Meslek Durumu (n=353)				
Ev hanımı	33	30,3	76	69,7
Emekli	13	21,3	48	78,7
Öğrenci	27	67,5	13	32,5
İşçi	25	51,0	24	49,0
Memur	14	45,2	17	54,8
İşsiz	3	50,0	3	50,0
	$\chi^2=28,981$		p<0,0001	
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)				
≤2000	30	28,0	77	72,0
2001-4000	48	42,1	66	57,9
≥4001	22	40,7	32	59,3
	$\chi^2=5,277$		p=0,071	
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Mamak	43	43,0	57	57,0
Çankaya	24	40,7	35	59,3
Altındağ	24	38,1	39	61,9
Etimesgut	3	15,8	16	84,2
Keçiören	5	22,7	17	77,3
Yenimahalle	9	52,9	8	47,1
Pursaklar	2	50,0	2	50,0
Sincan	2	50,0	2	50,0
Perifer İlçe- İl Dışı	3	37,5	5	62,5
	$\chi^2=9,329$		p=0,315	

Çizelge 4.13. (devam) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	ÜB Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı (n=217)			
	<4		≥4	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaşanılan İlçe (n=353)				
Merkez İlçe	112	38,9	176	61,1
Perifer İlçe-İl Dışı	3	37,5	5	62,5
	$\chi^2=**$		p=1,000	
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)				
Evet	63	34,4	120	65,6
Hayır	52	46,0	61	54,0
	$\chi^2=3,951$		p=0,047	
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)				
1	20	48,8	21	51,2
2	14	37,8	23	62,2
≥3	4	30,8	9	69,2
	$\chi^2=1,711$		p=0,425	
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)				
Var	40	23,0	134	77,0
Yok	75	61,5	47	38,5
	$\chi^2=44,715$		p<0,0001	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)				
Kullanıyor	37	22,0	131	78,0
Kullanmıyor	78	60,9	50	39,1
	$\chi^2=46,356$		p<0,0001	

*: Satır yüzdesi

**: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Erkeklerin %7,8'i, kadınların %11,0'ı, 18-28 yaş grubundakilerin %21,9'u, 29-40 yaş grubundakilerin %12,5'i, 41-52 yaş grubundakilerin %10,5'i, 53-64 yaş grubundakilerin %2,8'i, evlilerin %7,5'i, bekarların %13,7'si, ev hanımlarının %9,0'ı, emeklilerin %1,6'sı, öğrencilerin %21,6'sı, işçilerin %17,0'ı, işsizlerin %14,3'ü, aylık hane halkı geliri 2000 TL'nin altında olanların %6,8'i, 2001-4000 TL arası olanların %12,0'ı, 4001 TL ve üzeri olanların %5,2'si, merkez ilçelerde yaşayanların %9,7'si, perifer ilçelerde veya il dışında yaşayanların %22,2'si, Mamak'ta yaşayanların %13,5'i, Etimesgut'ta yaşayanların %12,5'i, Altındağ'da yaşayanların %11,1'i, Çankaya'da yaşayanların %5,8'i, Keçiören'de yaşayanların %4,2'si, hanede yaşayan çocuk sahibi olmayanların %12,3'ü, olanların %8,5'i, 18 yaş altı tek çocuk sahibi olanların %8,0'ı, 2 çocuk sahibi olanların %15,8'i, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %6,7'si, kronik hastalığı olanların %2,7'si, olmayanların %18,9'u, düzenli ilaç kullananların %2,9'u, kullanmayanların %17,9'u mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Yaş grupları, kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumu ile mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş arttıkça mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşünme sıklığı azalmaktadır. 18-28 yaş grubundakilerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve düzenli ilaç kullanmayanlarda mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşünme sıklığı fazladır.

Çizelge 4.14'te incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH'ye bildirmeyi düşünme durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.14. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu aile hekimine bildirmeyi düşünme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Mevcut Başvuru Sonucunu Kayıtlı Olduğu AH'ne Bildirmeyi Düşünme Durumu (n=353/330*)					
	Düşünüyör		Düşünmüyor		Kararsız	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**
Cinsiyet (n=353)						
Kadın	25	11,0	203	89,0	12	5,0
Erkek	8	7,8	94	92,2	11	9,7
	$\chi^2=***$ p=0,500					
Yaş Grupları (n=353)						
18-28	16	21,9	57	78,1	14	16,1
29-40	7	12,5	49	87,5	4	6,7
41-52	8	10,5	68	89,5	3	3,8
53-64	2	2,8	70	97,2	2	2,7
≥65	-	-	53	100,0	-	-
	$\chi^2= 21,995$ p<0,001					
Medeni Durum (n=353)						
Evli	15	7,5	184	92,5	7	3,4
Bekar	18	13,7	113	86,3	16	10,9
	$\chi^2=***$ p=0,099					
Meslek Durumu (n=353)						
Ev hanımı	11	9,0	111	91,0	4	3,2
Emekli	1	1,6	62	98,4	1	1,6
Öğrenci	11	21,6	40	78,4	8	13,6
İşçi	9	17,0	44	83,0	6	10,2
Memur	-	-	34	100,0	4	10,5
İşsiz	1	14,3	6	85,7	-	-
	$\chi^2=19,460$ p=0,002					
Aylık Hane Halkı Gelir Durumu (n=318)						
≤2000	8	6,8	110	93,2	6	4,8
2001-4000	15	12,0	110	88,0	4	3,1
≥4001	3	5,2	55	94,8	7	10,8
	$\chi^2=3,189$ p=0,203					

Çizelge 4.14. (devamı) İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu aile hekimine bildirmeyi düşünme durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

Tanımlayıcı Özellikler	Mevcut Başvuru Sonucunu Kayıtlı Olduğu AH'ne Bildirmeyi Düşünme Durumu (n=353/330*)					
	Düşünüyor		Düşünmüyor		Kararsız	
	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**	Sayı	(%)**
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Mamak	15	13,5	96	86,5	11	9,0
Çankaya	4	5,8	65	94,2	1	1,4
Altındağ	7	11,1	56	88,9	5	7,4
Etimesgut	3	12,5	21	87,5	3	11,1
Keçiören	1	4,2	23	95,8	2	7,7
Yenimahalle	-	-	20	100,0	-	-
Pursaklar	-	-	6	100,0	-	-
Sincan	1	25,0	3	75,0	-	-
Perifer İlçe- İl Dışı	2	22,2	7	77,8	1	10,0
	$\chi^2=9,420$ p=0,308					
Yaşanılan İlçe (n=353)						
Merkez İlçe	31	9,7	290	90,3	22	6,5
Perifer İlçe-İl Dışı	2	22,2	7	77,8	1	10,0
	$\chi^2=****$ p=0,224					
Aynı Hanede Yaşayan Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=353)						
Evet	17	8,5	183	91,5	6	2,9
Hayır	16	12,3	114	87,7	17	11,6
	$\chi^2=***$ p=0,266					
On Sekiz Yaş Altı Kaç Çocuk Sahibi Olduğu (n=106)						
1	4	8,0	46	92,0	2	3,8
2	6	15,8	32	84,2	1	2,6
≥3	1	6,7	14	93,3	-	-
	$\chi^2=1,670$ p=0,434					
Kronik Hastalık Varlığı (n=353)						
Var	5	2,7	177	97,3	5	2,7
Yok	28	18,9	120	81,1	18	10,8
	$\chi^2=***$ p<0,0001					
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=353)						
Kullanıyor	5	2,9	169	97,1	5	2,8
Kullanmıyor	28	17,9	128	82,1	18	10,3
	$\chi^2=***$ p<0,0001					

*: Kararsız olanlar analizden çıkarılmıştır ** : Satır yüzdesi ***: Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi ****: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

Kayıtlı olduğu AH'nin ünvanını bilmeyenlerin tamamı kayıtlı olduğu AH'yi bildiğini, bunların %17,0'ı kayıtlı olduğu AH'ye başvurmadığını belirtmiştir. Kayıtlı olduğu AH'nin ünvanını bilme durumu ile kayıtlı olduğu AH'ye başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kayıtlı olduğu AH'nin ünvanını bilmeyenlerin kayıtlı olduğu AH'ye başvurmama sıklığı fazladır.

Kayıtlı olduğu AH'ye kendisi dışında haneden birisinin başvurduğunu belirtenlerin %0,9'u kayıtlı olduğu AH'yi bilmediğini, bunların %5,1'i kayıtlı olduğu AH'yi başvurmadığını belirtmiştir. Kayıtlı olduğu AH'yi kendisi dışında haneden birisinin başvurma durumu ile kayıtlı olduğu AH'yi bilme ve AH'ye başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kayıtlı olduğu AH'ye kendisi dışında haneden birisinin başvurduğunu belirtenlerin kayıtlı olduğu AH'yi bilmeme ve AH'ye başvurmama sıklığı daha azdır.

Kayıtlı olduğu AH'ye başvuru durumunda ücret alındığını belirtenlerin %1,0'ı, alınmadığını belirtenlerin %3,8'i, bu konuda fikri olmayanların %13,5'i kayıtlı olduğu AH'yi bilmediğini belirtmiştir. Kayıtlı olduğu AH'ye başvuru durumunda katkı payı alındığını belirtenlerin %3,1'i, alınmadığını belirtenlerin %10,8'i, bu konuda fikri olmayanların %17,2'si kayıtlı olduğu AH'ye başvurmadığını belirtmiştir. Kayıtlı olduğu AH'ye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumu ile kayıtlı olduğu AH'yi bilme ve AH'ye başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kayıtlı olduğu AH'ye başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmama durumu hakkında fikri olmayanlarda kayıtlı olduğu AH'yi bilmediğini ve kayıtlı olduğu AH'ye başvurmadığını belirtenlerin sıklığı fazladır.

Çizelge 4.15'te incelenenlerin kayıtlı olduğu AH'nin ünvanı, kendisi dışında haneden birisinin başvurma, başvuruda katkı payı alınma bilgisine göre kayıtlı olduğu AH'yi bilme ve AH'ye başvurma durumunun dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 4.15. İncelenenlerin kayıtlı olduğu aile hekiminin ünvanı, kendisi dışında haneden birisinin başvurma durumu, başvuru durumunda katkı payı alınıp alınmadığını bilme durumuna göre kayıtlı olduğu aile hekimini bilme ve başvurma durumunun dağılımı, Ankara, 2019.

	Kayıtlı Olduğu AH'yi Bilme Durumu (n=353)				Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvurma Durumu (n=328)			
	Biliyor		Bilmiyor		Başvurmuş		Başvurmamış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Kayıtlı Olduğu AH'nin Ünvan Durumu (n=328)								
Uzman	113	100,0	-	-	107	94,7	6	5,3
Pratisyen	39	100,0	-	-	39	100,0	-	-
Bilmiyor***	176	100,0	-	-	146	83,0	30	17,0
					$\chi^2=15,157$ p=0,001			
Kayıtlı Olduğu AH'ye Kendisi Dışında Haneden Birisinin Başvurma Durumu (n=353)								
Başvurmuş	215	99,1	2	0,9	204	94,9	11	5,1
Başvurmamış	85	85,0	15	15,0	67	78,8	18	21,2
Fikri Yok****	28	77,8	8	22,2	21	75,0	7	25,0
	$\chi^2=34,582$ p<0,0001				$\chi^2=22,243$ p<0,0001			
Kayıtlı Olduğu AH'ye Başvuruda Katkı Payı Alınıp Alınmadığını Bilme Durumu(n=353)								
Alınıyor	98	99,0	1	1,0	95	96,9	3	3,1
Alınmıyor	102	96,2	4	3,8	91	89,2	11	10,8
Fikri Yok****	128	86,5	20	13,5	106	82,8	22	17,2
	$\chi^2=16,613$ p<0,0001				$\chi^2=11,341$ p=0,003			

*: Satır yüzdesi

**: Fisher's Kesin Ki-kare Testi

***: Bilmeyenler analizden çıkarılmıştır

****Fikri olmayanlar analizden çıkarılmıştır

5. TARTIŞMA

Katılımcıların yaş ortalaması $44,4 \pm 17,6$, ortancası 46, %68,0'ı kadın, %32,0'ı erkek'tir. Aydın'da Üniversite Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 47, %66'sı kadın, %34'ü erkeklerden oluşmaktadır [28]. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Katılımcıların %73,3'ü son 1 yıl içerisinde AH'ye başvurduğunu belirtmiştir. Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada %62,8'i son bir yıl içerisinde AH ile görüşmüştür [29]. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 yılında hane halkına yaptığı sağlık araştırmasına göre son 1 yılda AH'ye başvuranların sıklığı %59,8, hiç başvurmayanların sıklığı ise %14,4'tür [30].

Kayıtlı AH'ye başvuru nedenleri incelendiğinde verilen cevapların %47,7'si ilaç yazdırmak, %36,5'i muayene olmaktır. Bir çalışmada aile hekimliğine başvuru nedenleri incelendiğinde %73,4'lük kısmını ilaç yazdırma, kan testi yaptırma ve test sonuçlarını gösterme gibi nedenler oluşturmuştur [31]. İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BB sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedenleri %39,8 poliklinik hizmeti/televizyon hizmeti, %22,4 reçete yazımı ve %15,3 bebek, çocuk takibi-aşılama olarak değerlendirilmiştir [32].

Çalışmamızda cinsiyet, meslek ve düzenli ilaç kullanma durumu ile kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kayıtlı olduğu AH'ye son bir yılda başvurma ev hanımlarında, kadınlarda ve düzenli ilaç kullananlarda fazladır. Son bir yılda 3 ve daha fazla kez başvuru sıklığı aylık hane halkı geliri 4001 TL ve üzeri olan grupta daha az iken, kronik hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullananlarda daha fazladır. Erkeklerin ve çalışanların AH' ne başvuru alışkanlığının düşük olması, ASM'lerin iş yerine yakın olmaması ile açıklanabilir. Ankara'da yapılan çalışmada son bir yılda AH' ne başvurmayı; düşük gelir, eve yakın olma, AH'yi yeterli görme ve katkı payı ödenmesini bilme anlamlı olarak etkilemektedir [29]. Kayıtlı olduğu AH'ye kendisi dışında haneden birisinin başvurma durumu ile kayıtlı olduğu AH' ni bilme ve AH'ye başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. BB'yi kullanma davranışında aile bireylerinin birbirini etkilediği düşünülebilir.

Bir yıl içerisinde ÜB sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirten erkeklerin %56,8'i, kadınların %63,2'si 4 ve üzerinde başvuru yapmıştır. Cinsiyetler arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da kadınların daha fazla poliklinik başvurusu yaptığı görülmektedir. AH polikliniklerinde yapılan bazı çalışmalarda da kadınların erkeklerden daha sık başvuru yaptığı görülmüştür [33,34]. Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında, kadınların daha fazla oranda sağlık hizmeti talep ettiği ve sağlık kontrolünden geçtiği bildirilmektedir [35]. Çalışmamızda %66,0'ı bir yıl içerisinde en sık 3. basamak sağlık kuruluşuna, %22,6'sı en sık AH'ye başvurduğunu ifade ederken, %64,9'u herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak 3. basamak sağlık kuruluşuna, %24,5'i AH'ye başvurduğunu belirtmiştir. Gazi Üniversitesi Hastanesinde yapılan çalışmada katılımcıların yeni gelişen sağlık şikayetlerinde en çok başvurdukları merkez %33,7 ile devlet hastaneleridir [29]. Adana'da yapılan çalışmada hem akut hem de kronik sorunlarda İB ağırlıklı olarak tercih edilmiştir. Çalışmamız bizzat ÜB'ye başvuran hastalarla yapıldığı için bu kişilerin sağlık hizmeti kullanım alışkanlığı doğrultusunda ÜB'ye başvuru oranı daha yüksek bulunmuş olabilir. ÜB sağlık kuruluşuna son bir yılda 4 ve daha fazla kez başvuru sıklığı emeklilerde, kronik hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullananlarda daha fazladır. Türkiye'de sağlık hizmeti kullanımı çalışmasında; kronik hastalığı olan hastaların 3,5 kat daha fazla hekime başvurduğu, en sık başvuru yerinin ikinci basamak sağlık kurumları olduğu saptanmıştır [36].

Yaklaşık son onbeş yıldır sağlık hizmeti kullanımında önemli bir artış gerçekleşmiştir. 2002'de 208 milyon olan toplam hekime başvuru sayısı 2017'de 718 milyona ulaşmıştır. Çalışmamızda son bir yıl içerisinde 3. basamak sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı sorgulandığında verilen cevapların %48,3'ü 5 ve üzeridir. Katılımcıların son bir yıl içerisinde 3. basamak sağlık kuruluşuna başvuru ortancası 4 iken, son bir yıl içerisinde kayıtlı olduğu AH'ye başvuru ortancası 3'tür. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2017 yılında hekime müracaatın %33'ü BB sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %67'si İB ve ÜB sağlık kurumlarına yapılmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı 8,9 dur. Bu rakam BB'de 2,9 iken, 2. ve 3. basamakta toplam 6'dır [26]. Bu veriler çalışmamızla uyumludur.

Düzenli ilaç kullananların %55,2'si 3. basamak sağlık kuruluşlarına, %33,8'i AH'ye başvuruda reçete edilmesi sureti ile ilaçlarını temin ettiğini ifade etmiştir. ÜB sağlık kuruluşundaki aile hekimliği polikliniğine katılımcıların %27,3'ünün ilaç yazdırmak,

%25,9'unun rutin kan tetkiki yaptırmak için başvurdukları ifade edilmiştir. Bu talepler BB' de karşılanabilecek iken, katılımcıların yalnız %5,9'u bir ay içerisinde aynı nedenle AH'ye başvurmuştur. Benzer şekilde Aydın'da bir üniversite hastanesi aile hekimliğine yapılan başvuruların daha çok genel kontrol, reçete yazdırma ve akut solunum yolu hastalıkları gibi BB'de yönetilebilecek durumlar olduğu görülmüştür [28].

Sağlık kurumlarına başvuran hastaların %90-95'inin BB sağlık kuruluşlarında ayakta tedavi edilebildiği bilinmektedir [26]. BB'de çözülecek problemler için hastaların üçüncü basamağa başvurması maliyeti dokuz kat artırmaktadır [37].

Katılımcılara kayıtlı olduğu AH'ye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığı bilgisi sorulduğunda; %28'i alınıyor, %42'si fikrim yok cevabını vermiştir. Katılımcıların sadece %30'u bu konuda doğru bilgiye sahiptir. Hastaneye başvuruda katkı payı alınıp alınmadığı bilgisi sorulduğunda katılımcıların %34,3'ü fikri olmadığını, %17'si alınmadığını ifade etmiştir. Bu konuda doğru bilgiye sahip olan kişilerin oranı %48,7'dir. Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada katılımcıların %41,3'ü AH'ye başvurmadan diğer sağlık kuruluşlarına başvurduğunda katkı payı ödediğini bilmemektedir [38]. Katkı payı ödemeleri konusunda bilgi düzeyini düşük olduğu görülmektedir. Aile Hekimliği uygulamasında muayene için katkı payı alınmadığı, İB ve ÜB sağlık merkezlerine başvurularda alındığı hususunda kamu spotları veya broşürler yoluyla halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece İB ve ÜB sağlık merkezlerinin yükü azalabilir.

Ülkemizde Yıllara Göre BB Kuruluşları Sevk Hızı 2002 de 22,0 iken 2017 de 0,2'dir [25]. Sevk zorunluluğun kalkması ile sevk edilmesi gereken hastalar birinci basamağı atlayarak doğrudan hastanelere gidebilmektedir. Bu durum basamaklandırılmış sağlık hizmeti kavramının özüne ters düşmektedir. Esas görevi uzmanlık gerektiren özellikli hastaları tedavi etmek olan ikinci ve ÜB sağlık hizmet sunucularında yığılmalara ve yoğunluktan dolayı gerektiği şekilde hizmet verilememesine yol açmaktadır.

Çalışmamızda şu anda başvuran sağlık kuruluşuna katılımcıların %77,1'i yönlendirme olmadan, %2,5'i bir hekim tarafından yönlendirilmesi ile başvurduğunu ifade etmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada katılımcıların mevcut şikayeti için ilk başvurdukları kurum %54.6 ile araştırmanın yürütüldüğü Gazi Üniversitesi Hastanesidir [29]. 2014 yılında

Konya’da bir tıp fakültesinde yapılan çalışmaya göre hastaların %2,7’si hastaneye sevk ile gelmiştir [39].

Mevcut başvuru sonucunu kayıtlı olduğu AH’ye bildirmeyi düşünenlerin sıklığı ise %9,3’tür. Bu rakam oldukça düşüktür. Sağlık sisteminde bir bütünlüğün bulunmadığını, BB’de hedeflenen hasta hekim ilişkisinin yakalanamadığını düşündürmektedir.

Dünya’da örneklerle bakacak olursak; sevk zinciri sisteminin en iyi uygulandığı ülkelerden biri olan İngiltere’dir. İngiltere’de BB sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Genel pratisyenler tarafından tıbbi hizmetler ve toplum sağlığı hizmetleri birlikte verilmektedir. Genel pratisyenlere başvurularda herhangi bir ücret alınmamaktadır. Yıllık olarak yaklaşık 300 milyon adet olan doktora ilk başvurunun %95’i pratisyenleredir ve bunların da sadece %12’si sevk edilmektedir [40].

İsveç’te kapı tutuculuk zorunlu değildir ancak toplumun çok büyük bir kısmı ilk başvuruyu genel pratisyenlere yapmayı ve onlar tarafından uzmana sevk edilmeyi tercih etmektedir [41]. Bir üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk almadan giden hastalardan ek ücret alınmaktadır. Genellikle aile hekimliği birimleri ve aile hekimliği birimleriyle entegre olarak çalışan poliklinikler tarafından BB sağlık hizmetleri verilmektedir [42,43].

Küba’nın sağlık sisteminin, gelişmiş ülkelerin sağlık sonuçlarının elde etmiş olması dikkat çekicidir. Küba’da her AH 150 aileden yaklaşık 600 kişinin BB sağlık hizmetlerinden sorumludur. Koruyucu sağlık hizmetleri, BB sağlık hizmetlerinin ana omurgasını oluşturmaktadır. Dünya sağlık örgütünün 2015 yılı verilerine göre ortalama yaşam süresi Amerika Birleşik Devletleri’nde 79,3 iken, Küba’da 79,1’dir [44].

Danimarka’nın tüm sağlık bölgelerinde sevk zincirine sıkı bir şekilde uyulmaktadır. Astım, kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus gibi birçok kronik hastalığın tedavisi ve takibi BB sağlık birimlerinde etkili bir şekilde sağlanmaktadır [45].

Dünyadaki örneklerle de bakıldığında sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürme, hizmet kalitesini yükseltme açısından aile hekimliğinde sevk zincirinin uygulanması ülkemiz için önem arz etmektedir. Ancak her ülkenin kendi şartlarına göre aile hekimliği ve sevk sistemi uygulanmalıdır.

Ankara’da yapılan çalışmada katılımcıların %60,1’i sevk sisteminin uygulanmasını istememektedir [38]. Türkiye genelinde aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %87,07’si aile hekimliği uygulamasına sevk sistemi gelmeli midir?” sorusuna evet cevabını vermiştir. Aile hekimlerinin %98’i sevk sisteminin gelmesi durumunda sorumlu olunan nüfusun azaltılması gerektiğini düşünmektedir [46]. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 verilerine göre Türkiye’de 1000 kişiye 1,749 hekim düşerken, aile hekimliği sisteminin uygulandığı; Almanya’da 4,191, İsveç’te 4,188, Hollanda’da 3,478, Danimarka’da 3,655, Küba’da 7,519 hekim düşmektedir [47]. Aynı çalışmada hekimlerin %75,62’si AH tarafından sevk edilmeden 2.basamak herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan katkı payı alınarak hastaların sevk sistemine dahil olmasının teşvik edilmesi görüşündedir.

Kapı tutuculuk olarak adlandırılan katı bir sevk sistemi ancak BB sağlık hizmetleri yeterince güçlü ve sağlık sistemi BB yönelimli olan, BB hekimlerini de buna uygun eğiten ülkelerde düzgün olarak uygulanabilir [38]. Halkın sevk zincirinin getirileri konusundan bilinçlenmesi ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de aile hekimlerinin eğitimle desteklenmesi, aile hekimliği uzmanlığının yaygınlaştırılması gibi politikalar geliştirilmelidir. Etkin bir sevk sisteminin uygulanabilmesi için aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı düşürülmelidir [46].

Kayıtlı olduğu AH yerine 3.basamak hastane AH polikliniğine başvuru nedeni sorulduğuna %50,0 ulaşım kolaylığı/aile sağlığı merkezinden daha yakın olması, %20,0 aile sağlığı merkezinde yapılan tetkiklerin yetersiz olacağı cevabı alınmıştır. Ankara’da yapılan çalışmada katılımcıları AH’ye gitmeden doğrudan hastaneye başvuruya sevk eden en sık sebepler ise %49,3 ile ASM’lerin teknolojik açıdan yeterli donanıma sahip olmaması, %48,3 ile aile hekimlerinin yeterli görülmemesidir [29]. Adana’da yapılan çalışmada ÜB sağlık kurumlarını tercih eden 103 kişinin %49,5’i bütün tetkiklerin yapılabilen olması nedeniyle, %39,8’i kurumunun karşılaması nedeniyle tercih etmiştir [36].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamız sonucunda ve literatür tarandığında hastaların BB’de çözülebilecek nedenlerde ÜB’yi gereksiz kullandığı görülmüştür. Ülkemizin şartları göz önünde bulundurularak, aile hekimliği sisteminde çalışan hekimlerin görüşleri alınarak sevk sisteminin uygulanmaya başlaması sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi açısından önem arz etmektedir. Böylece İB ve ÜB’de azalan yoğunlukla birlikte hastalar için ayrılan zaman artacak ve uygulanan tedavide başarı oranını arttırarak gerek hasta memnuniyeti ve gerekse de çoğul kullanımların önüne geçilerek kaynak tasarrufu sağlanacaktır.
- Hem sevk sisteminin uygulanabilmesi hem de BB’de koruyucu tedavi edici hizmetlerin kaliteli ve sürekli şekilde uygulanabilmesi için AH’lerin sorumlu oldukları nüfusun düşürülmesi önem arz etmektedir. Nüfusun düşürülmesi ile AH’leri hastalarına daha fazla zaman ayırabilecek, hasta memnuniyeti artacak, ÜB’a gereksiz başvurular azalacaktır.
- Kişilerin birinci basamağa güvenlerini artırmak ve aile hekimlerinin yetersiz olduğu algısını değiştirmek için, BB’de çalışan personelin bilgi, beceri ve tutumlarının yeterli olması gerekmektedir. Tıp fakültesi eğitiminden itibaren BB yönetimine uygun eğitim verilmelidir.
- Hekimlerin mezuniyet sonrası aile hekimi olarak görev yapacak bilgi ve beceriyi kazanmış olarak mezun olması sağlanmalı, tıp fakültesi eğitimi bu yönde planlanmalıdır. Sahada çalışan hekimler etkin hizmet içi eğitimlerle desteklenebilir. Bireylere kapsamlı yaklaşabilen, özgün problem çözme becerisi olan ve BB yönetimi konusunda eğitim almış aile hekimliği uzmanlarının sayısının artırılması teşvik edilebilir.
- Aile hekimliği yerine ÜB hastaneyi tercih nedenlerinde ulaşım kolaylığı/yakınlık %50 oranında bulunmuştur. Literatürde de benzer sonuçlar bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin yerleşim bölgelerinde eşit şekilde konumlandırılması BB’nin kullanımını arttırabilir.
- ÜB’ye başvuru nedenleri arasında önemli nedenlerden biri tetkiklerin yetersiz olacağı fikridir. Bu algıyı değiştirmek için eğitim verilmesinin yanı sıra, ASM’lerde olmayan

bazı ek işlemlerin (Röntgen, Ultrason, SFT gibi) gereği halinde aile hekimlerince isteği yapılarak hastanede yapılması ve sonuçların yine AH tarafından değerlendirilmesi sağlanabilir.

- Çalışmamızda katkı payı ödeme uygulaması konusunda hastaların bilgisinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Halka bu konuda bilgilendirme yapıp AH başvurularının ücretsiz olduğu hatırlatılabilir. AH'ye başvurmaksızın İB ve ÜB'ye yapılan başvurularda katkı payları caydırıcılığı olacak şekilde arttırılabilir.
- Aile hekimleri de sevk etmeden tedavi ettikleri hasta başına pozitif performans ile teşvik edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetim Dergisi*, 1(1), 48-57.
2. Akdur, R. (1999). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması*. (Bu metin 2005’de güncellenmiştir.) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 3-13.
3. Sülkü, S.N. (2011). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık Harcamaları*. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Ankara: Hermes Matbaacılık, 1.
4. Bostan S., Çiftçi F. (2016) Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2).
5. Akdağ, R. (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), *Ankara*, 99-110.
6. Tatar, M., Tatar, P. (2006). Health care reform in Turkey. *Eurohealth*, 12(1), 20-22.
7. Kılavuz, E. (2010). Sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(2), 173-192.
8. Korukluoğlu, S., Üstü, Y., Kasım, İ., Doğusan, R., Hacımamağaoğlu, A. (2004). *Aile hekimliği Türkiye modeli*, Aydın S. (Editör). Ankara; Mavi Ofset, 85.
9. İnternet: Community-based rehabilitation and the health care referral services. A guide for programme managers. Rehabilitation World Health Organization, 1994. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60710/WHO_RHB_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Son Erişim Tarihi: 15.04.2019.
10. İnternet: Fişek, N. (1982). *Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1, Sağlık Yönetimi*. Modern Yönetim Semineri. Türk-İş Yayınları. URL: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html. Son Erişim Tarihi: 17.03.2018.
11. Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press, 12,3.
12. Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri* (3. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları, 9, 8-10.

13. Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 4, 44-46.
14. Başak, O. (2007). Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumu ve birinci basamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 11(3), 135-139.
15. İnternet: Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn) URL: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Son Erişim Tarihi: 15 Nisan 2018.
16. McWhinney IR. (1998) Primary care: Core values in a changing world. *British Medical Journal*, 316, 1807-9.
17. Rosser, WW. (1996). Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *The Journal of family practice*, 42(2), 139-44.
18. Dirican R, Bilgel N. (Editörler). (1993) *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi* (İkinci Baskı). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 535-547.
19. Fişek, N.H. (1985). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın, 158.
20. Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyasi Yönetim Dergisi*, 8, 7-62.
21. Başak O, Saatçi E. (1998). The developments of general practice/family medicine in Turkey. *European Journal of General Practice*, 4: 126-9.
22. İnternet: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. URL: http://tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/SUT/2013/SUT_revize_25.03.2017.pdf Son Erişim Tarihi: 27.04.2019.
23. Akman, M. (2014). Türkiye’ de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18 (2): 70-78.
24. İnternet: WHO, Declaration of Alma-Ata, URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Son Erişim Tarihi: 15.03.2019.
25. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni* (6). Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 1106,155-162.

26. Rakel RE. (2002). Textbook of Family Practice (sixth edition) Philadelphia: PA: WB Saunders Company, 1-18.
27. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002, 4-43.
28. Gökçe, E. (2015). *Bir üniversite aile hekimliği polikliniğinin hasta profili ve başvuru nedenleri*. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, 33, 51.
29. Güven, E.A., Aycan, S. (2019). Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların bir sağlık sorunları olduğunda tutum, davranışları ve buna etki eden faktörler. *The Turkish Journal of Public Health*, 17(1), 16-27.
30. Türkiye İstatistik Kurumu (2012). *Sağlık Araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 29.
31. Bektaş, Y., Görpelioğlu, S., Suvak Ö., Akbıyık D., Aypak, C. (2018). ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlaması üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22 (3), 133-140.
32. İlhan, M.N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N., Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.
33. Aladağ, N., Ciğerli, Ö., Topsever, P., Topallı, R., Görpelioğlu, S., Filiz, T. M. (2003). Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 7(4), 165-170.
34. Özmen, Ö. (2010). *0 2007 yılı hasta kayıtlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, 36.
35. Toros, A, Öztekin, Z. (1996). *Major issues of health services utilization in Turkey*. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, 89.
36. Korur, A.P. (2010). *Adana il merkezinde yaşayan farklı sosyokültürel grupların sağlık hizmetlerini kullanma davranışlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, 31-50.
37. Green, L.A., Fryer, G.E., Jr, Yawn, B.P., Lanier, D., Dovey, S.M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344, 2021-2025.

38. Güven, E.A., Aycan, S. (2018). Ankara’da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 25-36.
39. Öztürk, Y.E. (2014). Sağlıkta algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1079-1094.
40. Bankur, M. (2017). Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 6(12).
41. Öcek Z. A., Çiçeklioğlu M., Türk M. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı tutuculuk nedir? Türkiye’de uygulanabilir mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(8), 144-148.
42. Glenngård, AH, Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., Bankauskaite, V. (2005). *Health systems in transition. Sweden*. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
43. İnternet: URL: http://www.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Sweden_2005.pdf. Son erişim tarihi: 22.04.2019.
44. Smith, P.C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A.K. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 106(1), 7-49.
45. Reed G. Reed G. (2000). Challenges for Cuba’s family doctor and nurse program. *MEDICC Review*, 2(3), 1-5.
46. van den Berg, M.J., de Boer, D., Gijzen, R., Heijink R., Limburg, LCM., Zwakhals, SLN. (2015). Dutch health care performance report 2014 Bilthoven, the Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment. URL: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0050.pdf>. Son Erişim Tarihi: 18.05.2019.
47. Bektemür, G., Arıca, S., Gencer, M.Z. (2018) Türkiye’de aile hekimliğinde sevk zinciri nasıl uygulanmalıdır? *Ankara Medical Journal*, (3), 256-66.
48. İnternet: Global Health Observatory (GHO) Data, Density of Physicians (total number per 1000 population, latest Available Year), World Health Organisation, 2018. URL: https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/ Son Erişim Tarihi: 31.05.2019.

EKLER

EK-1.(devam) Anket Formu

12. Düzenli kullandığınız ilaçları genellikle nasıl temin ediyorsunuz?
 A-Kayıtlı olduğum aile hekimime yazdırıyorum
 B-Eğitim araştırma hastanesi veya Üniversite Hastanesi polikliniklerinde yazdırıyorum
 C-Eczaneden para ile alıyorum
 D-Özel hastane/poliklinikte yazdırıyorum
 E-Diğer (lütfen yazınız).....
13. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda genellikle ilk nereye başvurursunuz?
 A-Kayıtlı olduğum aile hekimime
 B-İlçe Devlet Hastanesi
 C-Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 D-Üniversite Hastanesi
 E-Özel hastane
 F-Diğer(lütfen yazınız)
14. Kayıtlı olduğunuz bir aile hekiminiz var mı?
 A-Evet B-Hayır(21. Soruya geçiniz) C-Bilmiyorum(21.soruya geçiniz)
15. Kayıtlı olduğunuz aile hekiminin ünvanı nedir?
 a-Uzman b-Pratisyen c-Bilmiyorum
16. Kayıtlı olduğunuz aile hekiminize hiç gittiniz mi?
 A-Evet B- Hayır(21.Soruya geçiniz)
17. Son bir yıl içerisinde kayıtlı olduğunuz aile hekimine başvurduğunuz mu?
 A-Evet B-Hayır
 (CEVABINIZ HAYIRSA 19.SORUYA GEÇİNİZ)
18. Son bir yıl içerisinde kayıtlı olduğunuz aile hekimine kaç kez başvurduğunuz?(belirtiniz).....
19. Aile hekiminize en sık hangi amaçlı başvurursunuz?
 A-Muayene olmak
 B-Kontrol amaçlı
 C-Rutin tetkik yaptırmak
 D-İlaç yazdırmak
 E-Tansiyon ölçümü, enjeksiyon, pansuman,aşı vs...
 F-Diğer (belirtiniz).....
20. Hanenizden biri(sizin dışınızda) son bir yıl içinde kayıtlı olduğu aile hekimine hiç başvurdu mu?
 A-Evet B- Hayır C-Bilmiyorum
21. Aile hekiminize muayene olduğunuzda ücret alınıyor mu veya maaşınızdan kesinti oluyor mu?(katkı payı ödemesi)
 A-Evet B-Hayır C-Bilmiyorum
22. Son bir yıl içerisinde bu gelişiniz hariç bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?
 A-Evet B-Hayır (cevabınız hayır ise 26.soruya geçiniz)

EK-1.(Devam) Anket Formu

23. Son bir yıl içerisinde en sık başvurduğunuz sağlık kuruluşları hangisi/ hangileri?

(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A- Kayıtlı olduğunuz aile hekimi

B-ilçe devlet hastanesi

C-Eğitim ve Araştırma Hastanesi

D-Üniversite Hastanesi

E-Özel hastane

F-Diğer

24. Son bir yıl içerisinde bir eğitim ve araştırma hastanesi-semt poliklinikleri veya üniversite hastanesine başvurduysanız sayısını belirtiniz.....

25. Son bir yıl içerisinde hangi polikliniklere başvurduunuz?(BELİRTİNİZ).....

26. Sizi bu hastaneye kim yönlendirdi? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

A-Kendim karar verdim

B-Kayıtlı olduğum Aile hekimim

C-Başka bir hastanede başvurduğum doktor

D-Tanıdığım bir sağlık çalışanı

E-Akraba arkadaş vs

F-Diğer.....

27. Şu an bu hastanede aile hekimliği polikliniğini neden seçtiniz?(BİRDEN FAZLA SEÇENEĞİ İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

A-Kendim karar verdim

B-Kayıtlı olduğum aile hekimim önerdiği için

C-Tanıdığım bir sağlık çalışanı önerdiği için

D-Akraba arkadaş vs önerdiği için

E-Hasta kayıt yönlendirdiği için

F-Dahiliye polikliniği olmadığı için

G-Bu şikayetle gittiğim poliklinikten memnun kalmadığım için

H-Diğer (belirtiniz)

28. Şu an aile hekimliği kliniğine hangi nedenle başvurduunuz? (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

A-Şikayetimin olduğu için başvurudum

B-İlaçlarımı yazdırmak için başvurudum

C-İlaç raporu çıkarılması için başvurudum

D-Mevcut hastalığının kontrolü için başvurudum

E-Rutin kontrol/kan tetkiki yaptırmak amaçlı başvurudum

F-

Diğer(BELİRTİNİZ).....
.....
.....
.....

EK-1.(Devam) Anket Formu

29. Şikayetiniz varsa sizce şiddeti nedir?

A-Hafif B-Orta C-Çok

30. Bu şikayet / başvuru nedeniniz ile **başka bir sağlık kuruluşuna** gittiniz mi?

A-Evet (ne zaman belirtiniz.....)

B- Hayır

(CEVABINIZ HAYIRSA 31.SORUYA GEÇİNİZ)

31. Bu şikayet/başvuru nedeniniz ile gittiğiniz **sağlık kuruluşunu** işaretleyiniz.

(BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

A-Kayıtlı olduğum aile hekimi (32.soruya geçiniz)

B- Devlet hastanesi

C-Eğitim araştırma hastanesi ve semt poliklinikleri

D-Üniversite hastanesi

E-Özel hastane

F-Diğer.....

32. Kayıtlı olduğunuz aile hekiminiz yerine bu polikliniğe başvurma nedeniniz?

A-Aile sağlığı merkezinde yapılan tetkiklerin yetersiz olacağını düşündüğüm için

B-Rahatsızlığım konusunda aile hekimimin bilgisine güvenmediğim için

C-Bu hastaneye ulaşımım daha kolay olduğu için

D-Bir sağlık sorunum olduğunda hastaneye gelmeye alışkın olduğum için

E-Aile hekimimin benimle yeterince ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için

F-Aile hekimim ile ilişkilerim iyi olmadığı için

G-Burası aile hekimimden daha yakın mesafede olduğu için

H-

Diğer(belirtiniz).....

.....

33. Bu şikayet/başvuru nedeniniz ile **bu hastanede** başka bir polikliniğe başvurduğunuz mu?

A- Evet

B- Hayır (CEVABINIZ HAYIR İSE 34.SORUYA GEÇİNİZ)

34. Bu şikayet/ başvuru nedeniniz ile **bu hastanede hangi polikliniklere** başvurduğunuz?

(belirtiniz).....

35. Hastanedeki polikliniklere muayene olduğunuzda ücret alınıyor mu veya maaşınızdan kesinti oluyor mu? (katkı payı ödemesi)

A-Evet

B-Hayır

C-Bilmiyorum

36. Bu başvurunuzun sonucunu kayıtlı olduğunuz aile hekimine bildirmeyi düşünür müsünüz?

A-Evet

B-Hayır

C- Kararsızım

ANKETİMİZ SONA ERMİŞTİR KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-2 Araştırma İzin Talebi

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/05/2017-E.70712



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-302.08.01-
Konu : Etik Komisyon Hk.(Emine
YARADILMIŞ)

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 12/05/2017 tarihli ve 77082166-302.08.01- 70282 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Emine YARADILMIŞ' ın, etik kurul başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyon'unun ilgi sayılı cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne » Halk
Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Prof. Dr. Fatma Nur BARAN
AKSAKAL

Erniyet Mah. Taç Sok. No: 3 06330 Eczacılık Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat Etiler
Y.Mahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 212 49 85
e-Posta : saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://saglikb.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Demet Günel
Şef
Telefon No:03122023255

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3 Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/05/2017-E.70282



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07/03/2017 tarihli ve 14574941-302.14.03- 34444 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Emine YARADILMIŞ'ın, Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL'ın** danışmanlığında yürüttüğü "*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **09.05.2017** tarih ve **05** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017-202

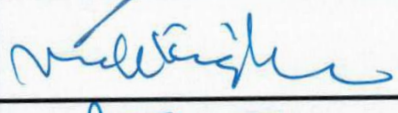
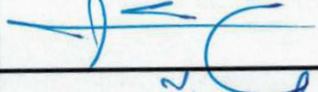
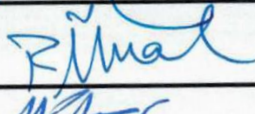
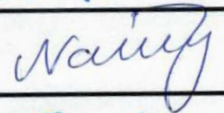
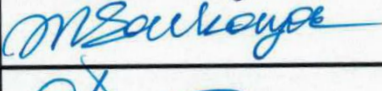
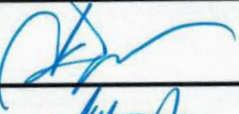
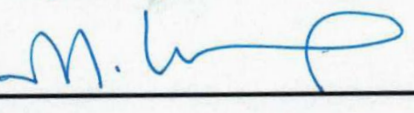
Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3.(devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kararı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 09.05.2017	TOPLANTI SAYISI : 05
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Fusun DEMİREL	KATILMADI
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	KATILMADI

EK-4 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Komisyon Kararı



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eğitim, Planlama ve Koordinasyon Kurulu
Karar Defteri

Toplantı No: 0675

22.02.2017

BAŞKAN
Doç.Dr.Recep Pekcici
Başhekim

EPKK ASİL ÜYELERİ	EPKK YEDEK ÜYELERİ
Doç.Dr.Yalçın Aral Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği	Doç.Dr.Necmi Arslan KBB Hastalıkları Kliniği
Op.Dr.Firdevs Örnek Göz Hastalıkları Kliniği	Doç.Dr.Meliha Korkmaz Nükleer Tıp Kliniği
Doç.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	
Doç.Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği	

KARAR:

5676.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği kliniğine başvuran hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşunu tercih nedenlerinin incelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Dr.Emine Yaradılmış, Prof.Dr.Nur Baran Aksakal) çalışması, **Prospektif-Tez** Çalışmasının protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden **“TEKNİK”** ve **“ETİK”** değerlendirmesinde **“UYGUN”** **“OLDUĞUNA”** / **“OLARAK”** **“OYÇOKLUĞU”** **“OYBİRLİĞİ”** ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma gurubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına **“İZİN”** **“VERİLMİŞTİR”** / **“VERİLMEMİŞTİR”**. **“ETİK KURUL ONAYI”** **“GEREKTİRİR”** / **“GEREKTİRMEZ”**.

Doç.Dr.Yalçın Aral

Y. Necmi ARSLAN
Klinik Eğitim Görevlisi
S. No: 48659 Uzmanlık No: 31440

Doç.Dr.Hülya Başar

Op.Dr.Firdevs Örnek

Doç.Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu

Doç.Dr.Meliha Korkmaz
Dip.No/87 AA 111
Nükleer Tıp Kliniği
İdari ve Eğitim Sorumlusu

Doç.Dr.Recep Pekcici
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Emine YARADILMIŞ
 Uyuğu : T.C.
 Doğum yeri ve tarihi : ANKARA -1985
 Medeni hali : Evli
 e-posta : yaradilmisemine@gmail.com



Eğitimi Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.D	Devam Ediyor
Uzmanlık Öğrencisi	Ankara SUAM Aile Hekimliği	2018
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2018-Devam Ediyor	Fetih ASM	Aile Hekimi
2014-2018	Ankara SUAM Aile Hekimliği	Asistan doktor
2011-2013	Ankara Başkent Üniversitesi Acil Tıp	Asistan doktor
2009-2010	Kahramanmaraş Nurhak	Pratisyen hekim



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

