T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ACİL SERVİS YEŞİL ALAN TRİAJ KODLU HASTALARIN BAŞVURU ÖNCESİNDE AİLE HEKİMLİKLERİNE BAŞVURULARININ VE AİLE HEKİMLERİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. Harun SOYER

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Harun SOYER	**Sınav tarihi:** 03/07/2024
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL-27/11/2023	
Tezin Konusu ve Başlığı : Acil Servis Yeşil Alan Triaj Kodlu Hastaların Başvuru Öncesinde Aile Hekimliklerine Başvurularının ve Aile Hekimlerinden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** : 27/11/2023	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR LİSTESİ ..... **iii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **v**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Aile Hekimliği 3
2.1.1. Aile Hekimliği Tanımı 3
2.1.2. Aile Hekimliği Tarihçesi 5
2.1.3. Türkiye'de Aile Hekimliği 6
2.1.4. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri 8
2.1.5. Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri 9
2.1.6. Aile Hekimi Uzmanlığı 10
2.1.7. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları 12
2.2. Acil Servis 14
2.2.1. Triyaj ve Triyaj sistemleri 14
2.2.1.1. Manchester Triyaj Sistemi 15
2.2.1.2. Acil Durum Şiddet İndeksi 15
2.2.1.3. Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği 16
2.2.1.4. Avustralasya Triyaj Ölçeği 17
2.2.1.5. Türkiye'de Triyaj 17
2.3. Acil Servislerde Kalabalıklaşma 21
2.3.1. Acil Servis Kalabalıklaşma Nedenleri 23
2.4. Hasta Memnuniyeti 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM **27**
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 27
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 27
3.4. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 28

3.5. Veri Toplama Araçları 28
3.5.1.Kişisel Bilgi Formu 28
3.5.2.European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği 28
3.6. İstatistiksel Analiz 29
3.7. Etik Kurul İzni 29
4.BULGULAR 30
4.1. Kişisel Bilgi Formu Veri Analizi 30
4.2. EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği İstatistiksel Analizi 44
5. TARTIŞMA 65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 75
7. KAYNAKÇA 76
8. EKLER 82
Ek 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı 82
Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 84
Ek 3. Kişisel Bilgi Formu 87
Ek 4. EUROPEP Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği 89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2022 ……..8

Tablo 2. Aile Hekimi Uzmanlığı Eğitimi Rotasyon Hedefleri ……11

Tablo 3. CTAS Zaman Hedefleri ……...17

Tablo 4. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması ……18

Tablo 5. Nüfusa Göre Normal Poliklinik ve Acil Servis Muayene Sayıları ……21

Tablo 6. Tüm Sektörlerde Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı, 2022 ……..23

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı ……..34

Tablo 8. Genel Sağlık Durumlarına ve Aile Hekimlerine İlişkin Bilgiler ……...35

Tablo 9. Mevcut Şikayetlerine İlişkin Bilgiler ……...37

Tablo 10. Aile Hekimini Tercih Etmeme Sebepleri ……...38

Tablo 11. Sosyo-demografik Bilgiler ile Aile Hekimini Tercih Etmeme Sebeplerinin Ki Kare Analizi ……...39

Tablo 12. Genel Sağlık Durumuna ve Aile Hekimliğine İlişkin Bilgiler ile Aile Hekimine Başvurmama Sebeplerinin Ki Kare Analizi ……...41

Tablo 13. Mevcut Şikayetine İlişkin Bilgiler ile Aile Hekimine Başvurmama Sebeplerinin Ki Kare Analizi ……..42

Tablo 14. EUROPEP Ölçeği Tüm Yanıtlar, Puan Ortalamaları ve Yüzdelik Dağılımları ……45

Tablo 15. Cinsiyet ile Ölçek Alt Gruplarının ve Toplam Puan Ortalamasının İlişkisi ……47

Tablo 16. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Yaş İlişkisi ……48

Tablo 17. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Medeni Durum İlişkisi ……49

Tablo 18. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Eğitim Düzeyi İlişkisi …….50

Tablo 19. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Katılımcıların Meslekleri Arasındaki İlişki ……...51

Tablo 20. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Katılımcıların Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişki …….52

Tablo 21. Yaşanılan Yere Göre EUROPEP Ölçeği Alt Grupları Puanları ……..53

Tablo 22. Kronik Hastalığı Olanların ve Sürekli İlaç Kullananların Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması İlişkisi ……53

Tablo 23. Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi …...55

Tablo 24. Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu ile Memnuniyet Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki ……57

Tablo 25. Aile Hekimliğinin Telefon Numarasını Bilme Durumu ve Memnuniyet Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki …….58

Tablo 26. Acil Servise Başvuru Sebebine Göre Ölçek Toplam Ortalama Puanları …59

Tablo 27. İlk Başvuru Yerine Göre Ölçek Toplam Ortalama Puanları ……...59

Tablo 28. Başvuru Sebebini Acil Olarak Görme Durumu ve EUROPEP Ölçeği İlişkisi …….60

Tablo 29. Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi …….61

Tablo 30. Aile Hekimine Başvurmama Sebepleri ile EUROPEP Ölçeği İlişkisi ……63

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. WONCA Ağacı ……10

Şekil 2. Acil Durum Şiddet İndeksi Algoritması ……16

Şekil 3. Yıllara Göre Acil Servis Başvurularının Triyaj Sonrası Dağılımı ……..22

Şekil 4. Yaş Değişkeni Histogram Grafiği ……..30

Şekil 5. Cinsiyet Dağılımı ……..31

Şekil 6. Medeni Durum Dağılımı ……...31

Şekil 7. Eğitim Düzeyi Dağılımı ……32

Şekil 8. Meslek Dağılımı ……...32

Şekil 9. Gelir Durumu Dağılımı ……..33

Şekil 10. Başvuru Sebepleri Dağılımı ……36

Şekil 11. İlk Başvuru Yeri Dağılımı ……..36

Şekil 12. EUROPEP Ölçeğinin Sorularına Verilen Ortalama Puanlar ……44

Şekil 13. Memnun Olma ve Olmama Oranları ……46

Şekil 14. Alt Boyutlarda Memnuniyet Düzeyi Puan Ortalamaları ……..46

KISALTMALAR LİSTESİ

ARK : Arkadaşları

ATS : Australasian Triage Scale (Avustralasya Triyaj Ölçeği)

CTAS : Canadian Triage and Acuity Scale (Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği)

ÇEKÜS : Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi

ÇKYS : Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi

ESI : Emergency Severity Index (Acil Durum Şiddet İndeksi)

EUROPEP : European Patients Evaluate General/Family Practice

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

WONCA : World Organization of National Collages, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü) (Dünya Aile Hekimliği Birliği

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve birikimlerini paylaşan daima büyük desteğini gördüğüm çok kıymetli tez danışmanı hocam, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana kattıklarından dolayı başta Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR olmak üzere bölümümüzün kıymetli hocaları Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR ve Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN'a

Desteklerinden dolayı başta sevgili eşim ve biricik kızım olmak üzere, aileme, arkadaşlarıma,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Harun SOYER

ÖZET

Acil Servis Yeşil Alan Triaj Kodlu Hastaların Başvuru Öncesinde Aile Hekimliklerine Başvurularının ve Aile Hekimlerinden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil servislerde aşırı yoğunluk yaşanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olması sebebiyle bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Çalışmamızda yeşil alan triyaj kodlu hastaların başvuru öncesinde aile hekimine başvurularının değerlendirilmesi ve başvurmama sebeplerinin belirlenmesi ile aile hekimlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyet durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız 21 Şubat - 21 Mayıs 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servis'ine başvuran yeşil alan triaj kodlu hastalarla yapılmıştır. Çalışmaya 430 katılımcı dahil edilmiş ve veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine, aile hekimlerine, mevcut şikayetine ve aile hekimliğine başvurmama sebeplerine dair verileri için kişisel bilgi formu ve aile hekiminden memnuniyet durumlarının tespiti için EUROPEP ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS-26 programı kullanılarak yapıldı. Analizlerde Ki-Kare ($\chi 2$), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testleri ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %54,2'si (n=233) kadındı. Yaş ortalaması 30,02±12,1 yıl idi. Katılımcılardan %89,3'ünün (n=384) mevcut şikâyeti için ilk başvuru yeri acil servis olup %64,2'si (n=276) mevcut şikayetini acil durum olarak görüyordu. Aile hekimi yerine acil servisi tercih etmenin en sık sebeplerine bakıldığında %40 (n=172) "Acil servisin işe/eve daha yakın", %28,6 (n=123) "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum" ve %27 (n=116) "Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor" sebepleri tespit edildi. EUROPEP ölçeği toplam memnun olma oranı %63,3 oranında, toplam memnuniyet düzeyi ortalama puanı ise 3,75±0,77 olarak hesaplandı.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetlerine kolay erişilebilirlik, kaliteli ve sürekli hizmet sunumu ve bu hizmetlerden yararlanmayı engelleyen faktörleri ortadan kaldırmak acil servis kullanımını anlamlı bir şekilde azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Yeşil Kod

ABSTRACT

Evaluation of the Application to Family Physicians and Satisfaction with Family Physicians of Patients with Green Area Triage Code in the Emergency Department

Background and Aim: As in the whole world, there is excessive density in emergency departments in our country. This situation constitutes a public health problem because it causes a decrease in the quality of health services. In our study, it was aimed to evaluate the applications of patients with green area triage code to the family physician before application, to determine the reasons for not applying and to determine their satisfaction with the services they received from family physicians.

Methods: Our study was conducted with green area triage coded patients admitted to the Adult Emergency Department of Atatürk University Research Hospital between 21 February - 21 May 2024. The study included 430 participants and data were collected by face-to-face questionnaire method. A personal information form was used for data on the descriptive characteristics of the participants, family physicians, current complaints and reasons for not applying to family medicine, and the EUROPEP scale was used to determine their satisfaction with the family physician. Data analysis was performed using SPSS-26 programme. Chi-Square ($\chi 2$), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis tests and Spearman Correlation analysis were used in the analyses. Statistical significance level $p<0.05$ was accepted.

Results: 54.2% (n=233) of the participants were female. The mean age was 30.02±12.1 years. 89.3% (n=384) of the participants first applied to the emergency department for their current complaint and 64.2% (n=276) considered their current complaint as an emergency. When the most common reasons for preferring the emergency department instead of the family physician were analysed, 40% (n=172) stated "The emergency department is closer to work/home", 28.6% (n=123) stated "I think the medical treatment is better in the emergency department" and 27% (n=116) stated "The working hours of the family physician do not fit my work". The total satisfaction rate of the EUROPEP scale was 63.3% and the mean score of total satisfaction level was 3.75±0.77.

Conclusion: Easy accessibility to primary health care services, provision of quality and continuous services, and elimination of factors preventing utilisation of these services can significantly reduce the use of emergency services.

Keywords: Emergency Service, Family Practice, Patient Satisfaction, Green Code

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servis, kamu, üniversite ve özel hastanelerin bünyesinde yer alan, acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalara poliklinik ve yataklı servis hizmeti veren sağlık tesisi bölümüdür. Acil servis hizmetleri ise, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma gibi durumlarda hastaların sakatlık veya ölümden korunması için yapılan tıbbi müdahale veya tedavilerdir (1).

Acil olduğunu düşünen, acil olduğunu beyan eden ve acil servise gelen her hasta, aksi kanıtlanana kadar acil hasta olarak kabul edilmelidir. Acil olmayan hastaların acil servisten uzaklaştırılması için yapılan çalışmalara rağmen, acil servise başvurular son on yılda %20 artmıştır. Hastalar, yaşadıkları her sorunun acil bir durum olduğuna inanırlar (2).

Sık acil servis kullanımı, sağlık sistemi için önemli sorunlara yol açar. Acil servisin aşırı yoğunluğuna katkıda bulunur (3). Aşırı kalabalık olması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine (uzayan bekleme süreleri, tanı ve tedavide gecikmeler, kritik hastalara müdahalelerde gecikmeler) ve maliyetlerin artmasına neden olması sebebiyle bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (4).

Acil servislerin aşırı yoğunluğu, tüm dünyada yaygın olarak görülen ve giderek artan bir sorundur. Araştırmalar, düzenli olarak işleyen bir triyaj sisteminin acil servislerin tıkanıklığını azaltabileceğini ve hasta bakımının kalitesini iyileştirebileceğini göstermiştir. Bu nedenle, çoğu acil serviste hastaların önceliklendirilmesini kolaylaştırmak için bir triyaj sistemi bulunmaktadır (5,6). Türkiye'de acil servislerde etkili bir hizmet sunumu için renklendirme sistemi uygulanmaktadır. Triyaj uygulamasında, muayene, tetkik, tedavi ve tıbbi-cerrahi müdahaleler açısından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkleri kullanılmaktadır. Acil servise gelen tüm hastalar, tıbbi durumları göz önünde bulundurularak tanı ve tedavi işlemleri için triyaj koduna göre uygun olan alana yerleştirilirler. Yeşil triyaj kodu, ayaktan gelen, genel durumu itibariyle stabil ve ayaktan tedavisi mümkün olan basit sağlık sorunları olan hastaları ifade etmektedir (7). Gerçekleştirilen araştırmalar, acil serviste yeşil alan triyaj kodu ile hizmet alan hastaların yarısından fazlasının tıbbi durumlarının acil bir durum arz etmediğini ortaya koymuştur (8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli, sürekli ve kolay ulaşılabilir olması, acil servis kullanımını önemli ölçüde azaltabilir. Hastalar ve aile hekimleri arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi, aile hekimliği bilincinin artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörlerin (örneğin, maliyet veya ulaşım) ortadan kaldırılması, acil servise gereksiz başvuruları azaltarak acil servisin hasta yükünü azaltmaya yardımcı olabilir (2,9).

Literatür tarandığında acil servisin kalabalıklaşması sorununa yönelik ve hastaların aile hekimi yerine neden acil servise başvurduğuna dair yapılmış çalışmalar mevcut olmasına rağmen bu durumun aile hekiminden memnuniyet durumuyla ilişkilendirildiği çok az çalışma mevcuttur. Çalışmamızda amaç acil servise başvuran yeşil alan triyaj kodlu ayaktan tedavisi düzenlenip taburcu edilen hastaların başvuru öncesinde aile hekimine başvurularının değerlendirilmesi ve aile hekimine başvurmama sebeplerinin belirlenmesi ile aile hekimlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyet durumlarının araştırılmasıdır. Araştırmamızdan elde edilecek veriler ışığında aile hekimliği hizmetlerinin kullanılabilirliğinin artırılarak acil servislerdeki hasta yükünün azaltılabileceği ön görülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliği Tanımı

Aile hekimliği, sağlık sistemlerine giriş noktasıdır. Aile hekimliği "birinci basamak sağlık hizmetleri" düzeyinde klinik bir tıp disiplinidir. Bu sebeple tüm düzeylerdeki sağlık sistemlerinin temelini oluştururlar. Ayrıca insanlık tarihinin başlangıcından bu yana olmasa da geçen yüzyıldan bu yana sağlığın tüm yönlerini etkilemektedirler. Aile hekimliği, sağlık alanında kalıcı bir unsurdur ve insan bakımının her alanında ilk ve son sorumluluk noktasını temsil eder (10).

WONCA (World Organization of National Collages, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü) (Dünya Aile Hekimliği Birliği) tanımına göre; genel pratisyenlik / aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıta dayalı klinik faaliyeti olan ve birinci basamak bakımına yönelik bir klinik uzmanlığı bulunan akademik ve bilimsel bir disiplindir.

WONCA 1991 yılında genel pratisyen veya aile hekimini, tıbbi bakıma ihtiyaç duyan tüm bireylere kapsamlı bir şekilde bakım sağlayan ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerinin hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktan sorumlu bir hekim olarak tanımlamıştır. Pratisyen hekim veya aile hekimi, tıbbi bakıma başvuran herkesi kabul eden genel bir hekimdir. Diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ise hizmetlerine erişimi yaş, cinsiyet veya tanı gibi kriterlere göre sınırlandırmaktadır. Aile hekimi, etnik köken, din, kültür ve sosyoekonomik durum gibi farklılıklara bakmaksızın, aile bağlamında bireye ve toplum bağlamında aileye bakar. Hastalarının kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik geçmişlerini göz önünde bulundurarak tıbbi ihtiyaçlarının büyük bir kısmını sağlama konusunda klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına eksiksiz ve sürekli bakım sağlama konusunda kişisel sorumluluk üstlenir. Aile hekimi mesleki rolünü, doğrudan veya diğer sağlık profesyonellerinin hizmetleri aracılığıyla, hastalarının sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdiği toplumdaki kaynaklara göre bakım sağlayarak yerine getirir(11).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'ne göre aile hekimliği, biyolojik, klinik ve davranışsal süreçleri bir araya getiren; tüm yaş gruplarını, cinsiyetleri, organ ve sistemleri kapsayan, sürekli ve kapsamlı hizmet veren tıbbi uzmanlık alanıdır (12).

1974 yılında Hollanda'da düzenlenen "Avrupa Aile Hekimliği Eğitimi" toplantısında, aile hekimliğinin diğer klinik uzmanlık dallarından farklı olarak insanı, sadece belli organlar veya sistemler olarak değil, bütüncül bir yaklaşımla ele alan bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır. Buna istinaden yapılan ve Leeuwenhorst tanımı olarak kabul edilen tanımda, genel pratisyenlik ve aile hekimliği özdeşleştirilmiştir. Ayrıca genel pratisyen/aile hekimlerinin özellikleri, görevleri, sorumlulukları ve amaçları gibi niteliklere yer verilmiştir. Bu tanımda aile hekimi "Tüm yaş gruplarını, cinsiyetleri ve sağlık sorunlarını ayırt etmeksizin, bireylere, ailelere ve bir birime bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına sağlık kuruluşunda, muayenehanede ve gerektiğinde hastalarının ev ortamında hizmet sunar. Erken teşhis koymayı amaçlar. Hastalarının bakım sürecinde sağlık ve hastalık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörleri dikkate alır ve bütünleştirir. Sürekli ve kalıcı bakım ihtiyacı olan hastaların yönetiminden sorumludur. Uzun süreli iletişim, aile hekimlerinin hastalarla tekrarlayan karşılaşma fırsatları, her hasta için uygun bir şekilde bilgi toplamasını ve mesleğini uygulamak için gerekli güven ilişkisini oluşturmaya aracı olur. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını iyileştirmek için tedavi, koruma ve eğitim yöntemlerini gerektiğinde kullanabilir. Ayrıca topluma karşı mesleki sorumluluklarını da yerine getirir." ifadeleri ile tanımlanmıştır (13).

Olesan-2000 tanımına göre ise aile hekimi, sağlık sisteminin ilk basamağında çalışmak ve hastaların karşılaşabileceği her türlü sağlık sorununa müdahale etmek için gerekli eğitimleri almış bir sağlık profesyonelidir. Aile hekimi, hastanın tıbbi durumuna, kişisel ve sosyal özelliklerine bakmaksızın toplumdaki bireylerle ilgilenir, sağlık hizmetlerini hastaların ihtiyaçlarına göre düzenler. Aile hekimi, tıp, psikoloji ve sosyoloji bilimlerini kullanarak ve birleştirerek koruma, teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sunar (11).

Aile hekimliğinin 2002 Avrupa uzlaşı tanımı da şunları ileri sürmektedir: Pratisyen hekimler/aile hekimleri, disiplinin ilkeleri konusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak tıbbi bakım arayan her bireye

kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu olan kişisel doktorlardır. Bireyleri, aileleri, toplulukları her zaman kültürleri bağlamında özerkliklerine saygı göstererek önemserler. Toplumlarına karşı da profesyonel bir sorumlulukları olduğunun farkındadırlar. Hastalarına hizmet sunarken, hastalarıyla tedavi planlarını konuşurken onları bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal açıdan bütün olarak ele alırlar. Pratisyen hekimler/aile hekimleri, sağlığı desteklemek, hastalıkları önlemek ve tedavi, bakım veya destek sağlamak yoluyla mesleki rollerini yerine getirirler. Bu hastaların sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdikleri topluluktaki olanaklara göre doğrudan veya başkalarının hizmetlerini kullanarak yapılır. Gerektiğinde de hastaların bu hizmetlere ulaşmasına yardımcı olurlar (14).

Yedi aile hekimliği kuruluşunun üyelerinden oluşan bir Rol Tanımlama Grubu, bireylerin, sağlık sisteminin ve ülkenin ihtiyaçlarını karşılamada aile hekiminin rolünü tanımlayan bir bildiri yayınladı. Rol Tanımlama Grubu, Aile Hekimliğinin Geleceği projesi, Keystone III konferansından yayınlanmış çalışmalar, dış incelemeler ve Lisansüstü Tıp Eğitimi Aile Hekimliği Kilometre Taşları tanımına ilişkin yakın tarihli bir akreditasyon konseyi de dahil olmak üzere 50 yılı aşkın temel kaynakları araştırdı. Aile hekimliğinin ifade edilebilmesi için aday tanımlar ve "folyo" tanım geliştirdiler. Bildiride şu tanım seçilmiştir: "Aile hekimi, her yaştan ve sağlık durumundan insanın kişisel hekimidir. Sağlıkla ilgili konularda güvenilir ilk temas noktasıdırlar ve çoğu sağlık hizmeti ihtiyacını doğrudan karşılarlar. Aile hekimleri, kalıcı ortaklıklar aracılığıyla hastaların hastalıklardan korunmasına, hastalıkları anlamasına ve yönetmesine destek olurken, hastaları sağlık sistemi içerisinde yönlendirmede ve hastaların sağlık hedeflerini belirlemesinde yardımcı olur. Aile hekimleri ve personeli, sunduğu hizmetleri hastaların ve toplumun kendine özgü ihtiyaçlarına göre uyarlar. Verileri, hasta popülasyonunu izlemek ve yönetmek için kullanırlar ve sağlığa fayda sağlama olasılığı en yüksek hizmetleri sunabilmeleri için bilimsel çalışmaları takip ederler. Onlar sağlık sistemlerinin ideal liderleri ve halk sağlığının ortaklarıdır" (15).

2.1.2. Aile Hekimliği Tarihçesi

Tıp, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra sosyal faktörlerin de etkisiyle sürekli olarak değişir. Aile hekimliği, tıp tarihinde gelişen pek çok yeni uzmanlık alanından sadece biridir. Aile hekimliği, tıbbın daha eski bir dalı olan genel

pratisyenlikten türemiştir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da on dokuzuncu yüzyıl pratisyen hekim çağıydı. Her iki kıtada da mesleğin çoğu üyesi pratisyen hekimlerden oluşuyordu ve tıp fakülteleri arasında bile çok az işlev farklılığı vardı. Yirminci yüzyılın ilk yarısı, her biri tanımlanmış eğitim programı ve yeterlilik sınavına sahip olan temel tıp uzmanlıklarının ortaya çıkışına tanık oldu. Uzmanların zamanla artan prestiji, genel pratisyenliğin kariyer olarak popülerliğini yitirmesine sebep oldu. Pratisyen hekimlerin sayısı 1930'lardan itibaren hem mutlak anlamda hem de bir bütün olarak istikrarlı bir şekilde azaldı.

Aile hekimliğinin önemi ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından hastaların aşırı uzmanlaşma nedeniyle ihmal edildiği ve bu nedenle hastaları bütüncül olarak ele alacak hekimlere ihtiyaç duyulduğu öne sürülerek vurgulanmıştır. Pratisyen hekimliğin azalması karşısında, 1950'lerde ve 1960'larda birçok ülkede genel hekimlik kolejleri ve akademileri kuruldu. Bu dönemde İngiltere, Kanada, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk akademik bölümler oluşturuldu ve aile hekimliği lisans programlarına dahil edildi. Bunun ilk yansıması 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners'ın kurulması olmuştur. Bunun ardından Amerikan Tıp Birliği'nin (American Medical Association) 1966 yılında Milis ve Willard raporlarını yayınlaması sonrasında 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. 1972'de ise WONCA kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata'daki 1978 konferansında birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel önemini vurgulamıştır. Böylece aile hekimleri, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde ve liderliğinde kilit bir rol oynamaya başlamıştır (13,16).

2.1.3. Türkiye'de Aile Hekimliği

1961 yılında yürürlüğe giren sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair 224 sayılı kanun ile Türkiye'de yeni bir sağlık hizmeti sunum şeması başlatılmıştır. Bu minvalde; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sağlanmasında basamaklı, il içerisinde birbiriyle ilişkili bir teşkilatlanma kurulmuştur.

Devlet Planlama Teşkilatı 1990 yılında sağlık hizmetleriyle ilgili bir programı gündemine almıştır. Sağlıkta yapılacak olan yeniliklerin masaya getirildiği bu dönemde birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmıştır. Sağlıktaki bu yenilikler başlıca; sosyal güvenlik kurumunun bir çatı altına alınması, genel sağlık sigortası düzenlenmesi, sağlık hizmeti aktarımıyla mali etkenlerin ayrıştırılması, Sağlık Bakanlığının tekrardan şekillendirilmesi yolu ile denetim ve planlama görevlerinin efektif bir şekilde yerine getirilmesi, başta koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması, hastanelere özerklik tanınması ve aile hekimliğinin görev ve yetki alanlarının genişletilmesi gibi konuları ele almaktadır. Sağlık alanında yapılması planlanan reformların temel ilkeleri, 2002 yılında açıklanan Acil Eylem Planı'nda "Herkese Sağlık" başlığı altında belirlenmiş ve uygulama takvimi oluşturulmuştur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı hayata geçirmiştir. 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planı'nın "Herkese Sağlık" bölümünde yer alan temel hedefler arasında anne ve çocuk sağlığının korunması, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi yer almaktadır (17).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sektöründe birçok düzenleme ve değişiklik yapılmıştır. Bu düzenlemelerin en dikkat çekici olanı, vatandaşların sağlık sistemine ilk giriş noktası olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi ile aile hekimliği sistemine geçilmesidir.

Aile hekimliği uygulaması, 9 Aralık 2004 tarihinde kabul edilen 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun ile, 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmıştır. 16 Şubat 2006 tarihinde 10 il daha aile hekimliği sistemine dahil edilmiştir. Takip eden yıllarda çıkarılan yönetmeliklerle aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılarak, 2010 yılında Türkiye'nin tamamında aile hekimliği sistemine geçilmiştir (18).

2022 verilerine göre Türkiye'de mevcut Aile Hekimliği Birimi sayısı 27.762, Aile Sağlığı Merkezi sayısı ise 8.172 olmuştur. 2022 verilerine göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları Tablo 1'de sunulmuştur (19)

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2022

KURUM / ALTYAPI	SAYI
Aile Hekimliği Birimi	27.762
Aile Sağlığı Merkezi	8.172
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)*	774
Sağlık Evi	4.958
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)**	94
Verem Savaş Dispanseri	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)***	364
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	203
Halk Sağlığı Laboratuvarları	84
Acil Yardım İstasyonu	3.290
Acil Yardım Ambulansı	5.735

** Toplum Sağlığı Merkezi sayısına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde aynı hizmeti veren 431 İlçe Sağlık Müdürlüğü de dahil edildi.*
*** ÇKYS'de (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi) kayıtlı 94 müstakil ÇEKÜS biriminin yanı sıra, Sağlıklı Hayat Merkezi bünyesinde hizmet veren 310 ÇEKÜS birimi daha bulunmaktadır.*
**** KETEM sayısına, ÇKYS'de kayıtlı 90 sabit KETEM, 44 mobil araçlarda ve 230 Sağlıklı Hayat Merkezlerinde faaliyet gösteren KETEM'ler dahildir.*

2.1.4. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

Aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin rolünün tanımlanması gerekmektedir. İlkinin, disiplinin üzerine inşa edildiği akademik temeli ve çerçeveyi tanımlaması ve dolayısıyla eğitim, araştırma ve kalite iyileştirmesinin gelişimini yönlendirmesi gerekmektedir. İkincisi ise bu akademik tanımı, Avrupa çapında sağlık sistemlerinde hastalara hizmet veren uzman aile hekimi gerçekliğine dönüştürmek için gereklidir.

Aile hekimliği disiplininin özellikleri şunlardır:

1. Genellikle sağlık sisteminin giriş kapısı olarak kabul edilir, kullanıcılara devamlı ve açık erişim olanağı tanır ayrıca danışanlarının yaş, cinsiyet veya diğer faktörlerden bağımsız olarak tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
2. Bakımı koordine ederek, birinci basamak ortamında diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak ve gerektiğinde hastanın savunucusu olarak hareket ederek sağlık bakım kaynaklarını verimli bir şekilde kullanır.
3. Kişiyi, ailesini ve yaşadığı toplumu bir bütün olarak ele alır ve kişi merkezli bir yaklaşım benimser.

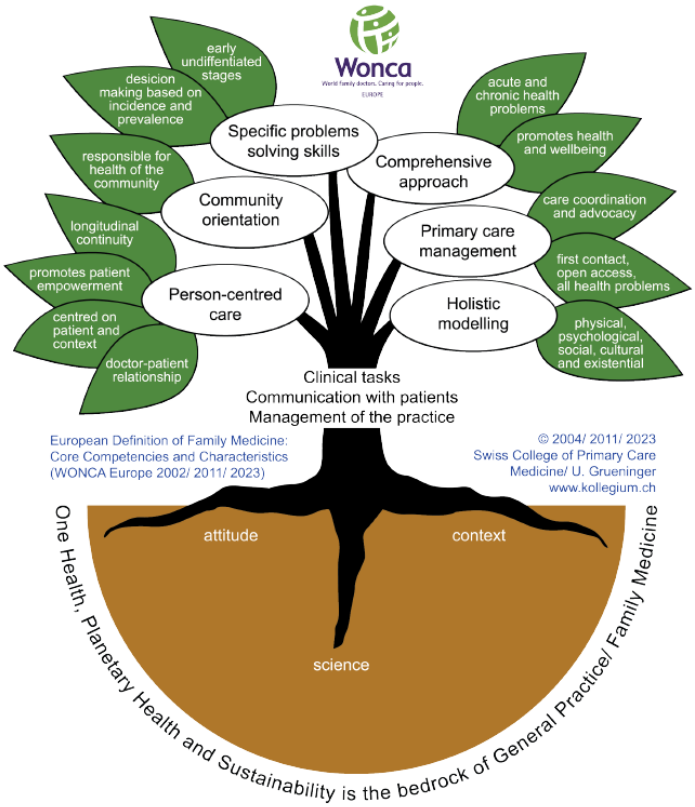
4. Kişilerin sağlıklarını geliştirmeleri yönünde teşviklerde bulunur.
5. Hekim ve hasta arasında güçlü bir ilişkiyi destekleyen, zaman içinde gelişen benzersiz bir konsültasyon sürecine sahiptir.
6. Hastanın bireysel ihtiyaçlarını karşılayan, yaşam boyu devam eden bakımın sağlanmasından sorumludur.
7. Toplumdaki hastalık yükünü ve sıklığını dikkate alan, benzersiz bir karar verme sürecine sahiptir.
8. Hastaların hem acil hem de uzun süreli sağlık sorunlarını birlikte ele alır.
9. Gelişiminin erken bir aşamasında farklılaşmadan ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilecek hastalıkları yönetir.
10. Hem doğru hem de etkili müdahalelerle hastaların ve içinde bulundukları çevrenin sağlığını ve refahını destekler.
11. Toplumun ve çevrenin sağlığını korumak ve geliştirmek için özel bir görev üstlenir.
12. Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır (11).

2.1.5. Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri

Aile hekimliği, temel yeterliliklere dayalı bir disiplindir. Bu yeterlilikler, uygulandıkları sağlık sistemi ne olursa olsun, disiplin için gereklidir. Disiplini tanımlayan on iki temel özellik, her uzman aile hekiminin uzmanlaşması gereken on iki yeteneğe karşılık gelir. Bunlar ise altı temel yeterlik altında toplanabilir.

1- Birinci basamak yönetimi (İlk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları)
2- Kişi merkezli bakım (Doktor-hasta ilişkisi, hastaya ve duruma odaklı, hastanın güçlendirilmesini teşvik eder, boyuna süreklilik)
3- Özel problem çözme becerileri (İnsidans ve prevalansa dayalı karar verme, erken-farklılaşmamış aşamalar)
4- Kapsamlı yaklaşım (Akut ve kronik sağlık sorunları, sağlığı ve refahı teşvik eder)
5- Topluluk yönelimi (Toplumun sağlığından sorumlu)
6- Bütünsel modelleme (Fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal)

Temel yeterliliklerin, temel uygulama özelliklerinin ve uygulama temellerinin karşılıklı ilişkisi disiplini karakterize eder ve uzmanlığın karmaşıklığının altını çizer. Öğretim, araştırma ve kalite iyileştirmeye yönelik ilgili gündemlerin geliştirilmesine rehberlik etmesi ve yansıtılması gereken şey bu karmaşık karşılıklı ilişkidir. İsviçre Koleji tarafından oluşturulan WONCA Ağacı (2011 ve 2023'te yenilenmiştir) bu karşılıklı ilişkiyi açıkça göstermektedir (Şekil 1) (11).



Şekil 1. WONCA Ağacı

2.1.6. Aile Hekimi Uzmanlığı

Alma-Ata deklarasyonundan sonra tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme çalışmaları başlamıştır. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşmış, aile hekimliği uzmanlarının yetiştirilmesi için üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri oluşturulmaya başlamıştır.

Türkiye'de Aile Hekimliği, 1983 yılında tıp alanındaki uzmanlık dallarından biri olarak Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne alınmıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Hikmet PEKCAN liderliğinde kurulmuş ancak eğitim vermeye başlamamıştır. 16 Temmuz

1993 tarihinde Yükseköğretim Kurulu, 12547 sayılı karar ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasına karar vermiştir (20).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel unsurdan oluşmaktadır;

1. Aile Hekimliği uygulama eğitimi
2. İlgili alanlarda rotasyonlar
3. Uzmanlık eğitimi boyunca devam eden sürekli eğitim faaliyetleri

Aile hekimliği uzmanlığı, 1985 yılından beri eğitim ve araştırma hastanelerinde ve tıp fakültelerinin aile hekimliği anabilim dallarında üç yıllık bir program olarak sunulmaktadır. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23 Haziran 2010 tarihli ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, tamamen rotasyonlardan oluşuyordu. Bu kararla, rotasyonların süresi kısaltılarak, aile hekimliği disiplininin temellerine uygun özgün öğretisine 18 ay süre ayrılmıştır. Aile Hekimi Uzmanlığı Eğitimi Rotasyon Hedefleri tablo 2'de sunulmuştur (21).

Tablo 2. Aile Hekimi Uzmanlığı Eğitimi Rotasyon Hedefleri

ROTASYON SÜRESİ/AY	ROTASYON DALI
4 AY	İç Hastalıkları
4 AY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
3 AY	Kadın Hastalıkları ve Doğum
2 AY	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
1 AY	Acil Tıp
1 AY	Göğüs Hastalıkları
1 AY	Deri ve Zührevi Hastalıkları
1 AY	Kardiyoloji
1 AY	Uzmanlık öğrencisinin tercihi de dikkate alınarak program yöneticisi tarafından seçilen bir dalda; -Nöroloji, -Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, -Genel Cerrahi

Aile hekimliği uzmanlığının mesleki yapılanması, 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin kurulmasıyla başlamıştır. Aile hekimliğinin ilk ulusal kongresi 1997 yılında gerçekleştirilmiş ve sonrasında kongreler, sempozyumlar ve kurslar düzenlenmeye devam edilmiştir. Aile hekimliği uzmanlığının Türkiye'deki

gelişimi son yıllarda hız kazanmıştır ve bugün geldiği nokta itibarıyla birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeye örnek teşkil etmektedir (20).

2.1.7. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekimi (22) bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin, her bireye kapsamlı ve sürekli olarak belirli bir yerde vermekle yükümlü, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmaktadır.

Aynı yönetmelikte aile hekiminin görev, yetki ve sorumlukları aşağıdaki maddelerce belirlenmiştir (23) .

1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezinin işleyişini sağlamak, birlikte çalıştığı ekibin çalışmalarını koordine etmek ve hizmet içi eğitimleri düzenlemek, Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen özel sağlık programları kapsamında kişiye yönelik sağlık hizmetlerini sunmakla sorumludur.
2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bütüncül bir yaklaşımla ele alarak kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilitatif sağlık hizmetlerini ekip çalışmasıyla sunar.
3) Aile hekiminin Bakanlıkça belirlenen esaslar doğrultusunda görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda yer almaktadır.
    a. Çalıştığı bölgedeki sağlık hizmetlerinin planlanmasında bölgesindeki toplum sağlığı merkeziyle birlikte çalışmak.
    b. Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları hekimlik uygulaması sırasında tespit ettiğinde, çalıştığı bölgedeki toplum sağlığı merkezine bildirmek.
    c. Çalıştığı birime kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde kişileri evlerinde ziyaret etmek veya kişilerle iletişim kurmak.
    d. Kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli olan koruyucu sağlık hizmetlerini ve birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sunmak.

e. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı nüfusuna danışmanlık yapmak, sağlığı geliştirici hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
f. Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
g. Birimindeki kayıtlı bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
h. Evde takibi zaruri olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki birimine kayıtlı bireylere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
i. Aile sağlığı merkezi koşullarında tanı veya tedavisi yapılmasına olanak olmayan hastaları sevk etmek, bu hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış işlemleri bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin arasındaki koordinasyonunu sağlamak.
j. Tetkik hizmetlerinin sunulmasını sağlamak ya da bu hizmetleri sunmak.
k. Sunduğu hizmetlerle ilişkili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri gerçekleştirmek.
l. Birimine kayıtlı bireyleri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını yenilemek.
m. İhtiyaç halinde hastayı gözleme alarak tetkik ve tedavisini gerçekleştirmek.
n. Entegre sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda gerektiğinde hastaya gözlem amaçlı yatış vererek tetkik ve tedavisini gerçekleştirmek.
o. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce bireye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete gibi evrakları oluşturmak.
p. Kurumca belirlenen hususlarda hizmet içi eğitimlere katılmak.
q. Kurumca ve ilgili mevzuat ile sunulan diğer görevleri yerine getirmek.

2.2. Acil Servis

Acil servis, kamu, üniversite ve özel hastanelerin bünyesinde yer alan, acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalara poliklinik ve yataklı servis hizmeti veren sağlık tesisi bölümüdür. Acil servis hizmetleri ise ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma gibi durumlarda hastaların sakatlık veya ölümden korunması için yapılan tıbbi müdahale veya tedavilerdir (1).

Dünya genelinde acil sağlık hizmetleri, sürekli artan ihtiyaç nedeniyle yoğun bir yük altındadır. Hastanelerin acil servislerine başvuran hastaların yaklaşık %10 ila %43'ü birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilebilir (24).

Acil servislerin aşırı yoğunluğu, evrensel ve giderek büyüyen bir sorundur. Araştırmalar, düzenli olarak işleyen bir triyaj sisteminin acil servislerin yoğunluğunu azaltabileceğini ve hasta bakım kalitesini iyileştirebileceğini göstermiştir. Bu nedenle, çoğu acil serviste hastaların önceliklendirilmesini kolaylaştırmak için bir triyaj sistemi mevcuttur (5,6).

2.2.1. Triyaj ve Triyaj sistemleri

Triyaj, kökeni 18. yüzyıla dayanan Fransızca bir kelimedir ve "seçme" veya "ayırt etme" anlamına gelir. Geçmişte, yaralı askerleri durumlarının ciddiyetine göre önceliklendirmek ve sıralamak için kullanılıyordu. Günümüzde triyaj, yoğun çalışan her acil servisin vazgeçilmez bir parçasıdır (25).

Triyaj, acil serviste mevcut kaynakların verimli bir şekilde kullanılması için hastaların tıbbi durumuna göre önceliklendirilmesi veya sınıflandırılması olarak tanımlanmaktadır. Triyaj, acil bakıma ihtiyacı olan hastaları belirleyerek katılımı iyileştirmek ve aşırı kalabalığın neden olduğu olumsuz etkileri azaltmak için kullanılan bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır. İhtiyaçlar ve sonuçlar arasındaki artan dengesizlik, hastaların acil serviste triyajına olan ihtiyacı artırmıştır. Triyaj, acil servisteki hastaların teşhis ve tedaviye en uygun şekilde yönlendirilmesi için yapılan ilk değerlendirmedir. Hastalar klinik durumunun ciddiyetine, ağrı düzeyine ve hastalıklarına yönelik risklerine göre sınıflandırılır. Bu şekilde triyaj, hastaların daha hızlı tedavi için en uygun hizmete yönlendirilmesini sağlayan dinamik bir hasta sınıflandırma süreci olarak tanımlanır.

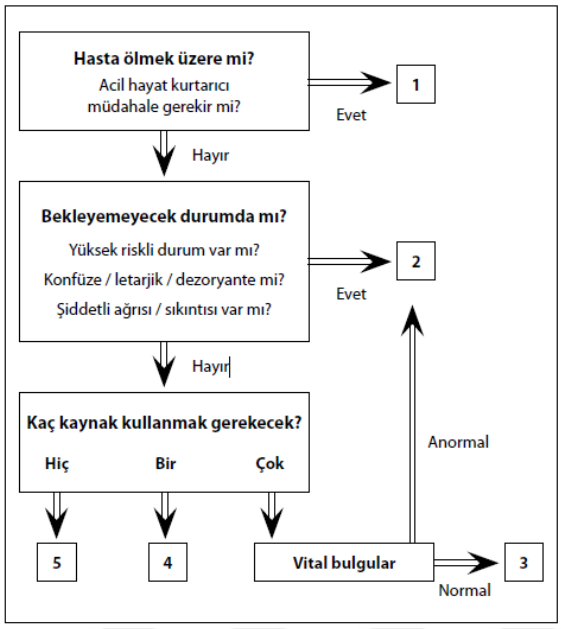
Dünyada acil servislere yüksek tıbbi aciliyetten küçük yaralanmalara kadar çok çeşitli sorunlarla başvuran hasta sayısı artmaktadır. Bu durum, acil servislerde hastaların aciliyet durumlarının hızlı ve doğru bir şekilde tespit edilebildiği güvenilir triyaj sistemlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Acil servislerde sunulan hizmetlerdeki farklılıklar nedeniyle dünya çapında çeşitli triyaj ölçekleri kullanılmaktadır. Dünyada en sık kullanılan triyaj sistemleri; Manchester Triyaj Sistemi, Acil Durum Şiddet İndeksi, Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği, Avustralasya Triyaj Ölçeği (26–28).

2.2.1.1. Manchester Triyaj Sistemi

İngiltere'nin Manchester kentindeki dokuz hastanenin acil sağlık çalışanları tarafından 1994 ile 1996 yılları arasında geliştirilmiştir. Avrupa Birliği'nde yaygın olarak kullanılan, acil bakım arayan hastalar için öncelik ve risk değerlendirmesini sağlayan bir sınıflandırma sistemidir. Hastaların sağlık hizmeti alırken karar verme sürecine destek ve yönlendirme sağlayarak hizmeti standardize etmeyi, böylece hastaların acil servise geliş sırasına göre değil, tıbbi durumlarının aciliyetine göre değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Hastanın tıbbi geçmişine ve ilk değerlendirmesine dayalı olarak, hastanın durumunu tanımlamaya yardımcı olan 54 klinik sunum algoritması kullanır. Ayırıcılar aciliyet sırasına göre beş triyaj kategorisine ayrılmıştır: kırmızı (acil, hemen müdahale), turuncu (çok acil), sarı (acil), yeşil (standart) ve mavi (acil olmayan). Aciliyet, en yüksek öncelik seviyesinden başlayarak ayırıcıların dışlandığı bir süreç aracılığıyla sistematik olarak belirlenir. (27,29).

2.2.1.2. Acil Durum Şiddet İndeksi

Acil servis doktorları Richard Wuerz ve David Eital tarafından geliştirilen Acil Durum Şiddet İndeksi [Emergency Severity Index (ESI)], seviye birden (acil hayat kurtarıcı müdahaleler gerektiren) seviye beşe (en az aciliyet) kadar uzanan beş aşamalı bir triyaj aracıdır. Hızlıca acil müdahale gerektiren hastalar belirlendikten sonra hastaların triyaj kategorisi, ihtiyaç duyulan kaynaklara göre belirlenir. Triyaj kategorisi belirlenirken dört aşamalı bir süreç kullanılır (Şekil 2).



Şekil 2. Acil Durum Şiddet İndeksi Algoritması

ESI Seviye I: Hayatı tehdit eden kardiyak arest, bilinç kaybı gibi resüsitasyon odasında acil müdahale gerektiren hastalar için.

ESI Seviye II: Acilen doktor müdahalesi gerektiren göğüs ağrısı, bilinç kaybı, inme, şiddetli ağrı gibi şikayetleri bulunan hastalar için, on dakika içerisinde değerlendirilme ve tedaviye başlanması hedeflenir.

ESI Seviye III: Birden fazla kaynağa ihtiyaç duyabilecek, hayati bulguları stabil olan pnömoni, karın ağrısı, kırık şüphesi bulunan hastalar gibi gerektiğinde bekleme alanında bekletilebilecek hastalar için.

ESI Seviye IV: Tek bir kaynağa ihtiyaç duyabileceği düşünülen basit kesi, bel ağrısı gibi nispeten acil olmayan hastalar için.

ESI Seviye V: Herhangi bir kaynağa ihtiyaç duyulmayan burun akıntısı, boğaz ağrısı gibi şikayetleri bulunan ayaktan muayenesi yapılıp tedavisi düzenlenebilecek hastalar için (28,29).

2.2.1.3. Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği

Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği [Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)], acil serviste hasta değerlendirme sürecini, hemşireler ve doktorlar arasındaki iletişimi ve kaynak tahsisini kolaylaştırmak için kullanılan bir triyaj sistemidir. Kanada'daki acil hekimleri 1990'lı yıllarda CTAS'ı geliştirmiş ve o tarihten bu yana

Kanada'da ve pek çok ülkede uygulanmaktadır. Çeşitli çalışmalar CTAS'ın üstün geçerliliği ve güvenilirliği sonucuna varmıştır. CTAS beş seviyeli bir triyaj sistemidir (seviye I = resüsitasyon, seviye II = çok acil, seviye III = acil, seviye IV = daha az acil, seviye V = acil olmayan). Temel operasyonel amacı, hastanın bir doktor tarafından ilk değerlendirmesinin zamanını belirlemektir. Uygulama kılavuzları, bir hekimin ve hemşirenin hastaların triyaj keskinlik ölçeğine göre değerlendirilmesi için belirli bir zaman çerçevesi tanımlar (Tablo 3) (25,30).

Tablo 3. CTAS Zaman Hedefleri

Triyaj Seviyesi	Triyaj Atama Süresi	Yeniden Hemşire Değerlendirmesi Süresi	Doktor Değerlendirmesine Kadar Geçen Süre
I	<10 dakika	Sürekli bakım	Hemen
II		Her 15 dakikada bir	≤15 dakika
III		Her 30 dakikada bir	≤30 dakika
IV		Her 60 dakikada bir	≤60 dakika
V		Her 120 dakikada bir	≤120 dakika

2.2.1.4. Avustralasya Triyaj Ölçeği

Avustralasya Triyaj Ölçeği [(Australasian Triage Scale (ATS)], beş seviyeli bir acil servis triyaj algoritmasıdır. Avustralya'da sürekli olarak geliştirilen ve çeşitli çalışmalara konu olan bir sistemdir. Beş seviyeli bir triyaj ölçeği olan ATS, Avustralya Acil Tıp Koleji tarafından onaylanmış ve Avustralya Sağlık Hizmeti Standartları Konseyi tarafından performans göstergelerinde benimsenmiştir. Ulusal Triyaj Ölçeği 1993 yılında uygulamaya konulmuştur. 1990'ların sonlarında Ulusal Triyaj Ölçeği revizyonlara uğramıştır ve daha sonra Avustralasya Triyaj Ölçeği olarak yeniden adlandırılmıştır. ATS, yetişkinlerin fizyolojik belirleyicilerine (hava yolu, solunum, dolaşım ve sakatlık) ve tedaviye kadar maksimum bekleme süresine (I: hemen, II: 10 dakika, III: 30 dakika, IV: 60 dakika ve V: 120 dakika) göre tanımlanır (31,32).

2.2.1.5. Türkiye'de Triyaj

Türkiye'de acil servislerdeki triyaj uygulaması 13 Eylül 2022 tarih 31952 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin

Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in Üçüncü Bölümünde; Triyaj Uygulaması ve Renk Kodlaması, Muayene ve Refakat Esasları başlığı altında madde 8'de açıklanmıştır. Buna göre triyaj işlemlerinin tebliğin EK-4'ünde (Tablo 4) belirtilen renk kodlamasına göre veya buna en yakın olacak şekilde uluslararası kabul görmüş başka triyaj sistemleri ile de yapılabilir (33).

Tablo 4. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (34)

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ	ÖRNEK DURUMLAR
Yeşil	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle beklemesi hayati tehdit, morbitide veya komplikasyon oluşturmayacak basit sağlık sorunlara sahip hastalar.	Bu kategoride bulunan hastalar acil serviste yeşil alanda muayene edilmelidir.	*Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit semptom. *Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı. *Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü.
Sarı	**Kategori 1:** Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar hekim veya triaj eğitimi almış sağlık personelinin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	*Diyastolik >110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği. *Yardımcı solunum kaslarının soluma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı *Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) *Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta *İnatçı kusma *Amnezi ile kafa travması olan ancak bilinci açık hasta *Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı *65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta *Şiddetli karın ağrısı olan hasta

Tablo 4. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Devam-1)

			*Deformite, laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremite yaralanması *Suistimal riski veya şüphesi olan hasta *Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen satürasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skorun %80'i olan hastalar)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar hekim veya triaj eğitimi almış sağlık personelinin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	*Basit kanamalar *Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları *Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu *Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları *Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller *Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim *Minör ekstremite travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, karmaşık olmayan laserayon) normal vital bulgular *Şiddetli olmayan karın ağrısı *Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar
Kırmızı	**Kategori 1:** Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resüsitasyon) odasına alınacaktır.	*Kardiyak arsest *Solunumsal arrest *Havayolu tıkanıklığı riski *Major çoklu travma *Solunum sayısı <10/dakika *Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar *Devam eden veya uzamış nöbet

Tablo 4. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Devam-2)

	Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.	*İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması *Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı *Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin <%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar *Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski *Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı <50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon *Akut hemiparazi/disfazi *Letarji ile ateş (her yaş) *İrrigasyon gerektiren asit/alkali göz teması *Major fraktür veya ampütasyon gibi ciddi lokalize travma *Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı -Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı *Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

2.3. Acil Servislerde Kalabalıklaşma

Acil Servis kalabalığı hem hasta güvenliği sorunu hem de dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır.

Dünya çapındaki acil servislerin çoğu aşırı kalabalıktan dolayı sıkıntı yaşamaktadır ve acil servislere yapılan ziyaretlerin sayısı artmaktadır. Örneğin Avustralya'da, Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü 2018 yılında acil servis ziyaretlerinde önceki yıllara kıyasla %3,4'lük bir artış olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995'ten 2016'ya kadar acil servis ziyaretlerinde %51'lik bir artış olmuştur (35).

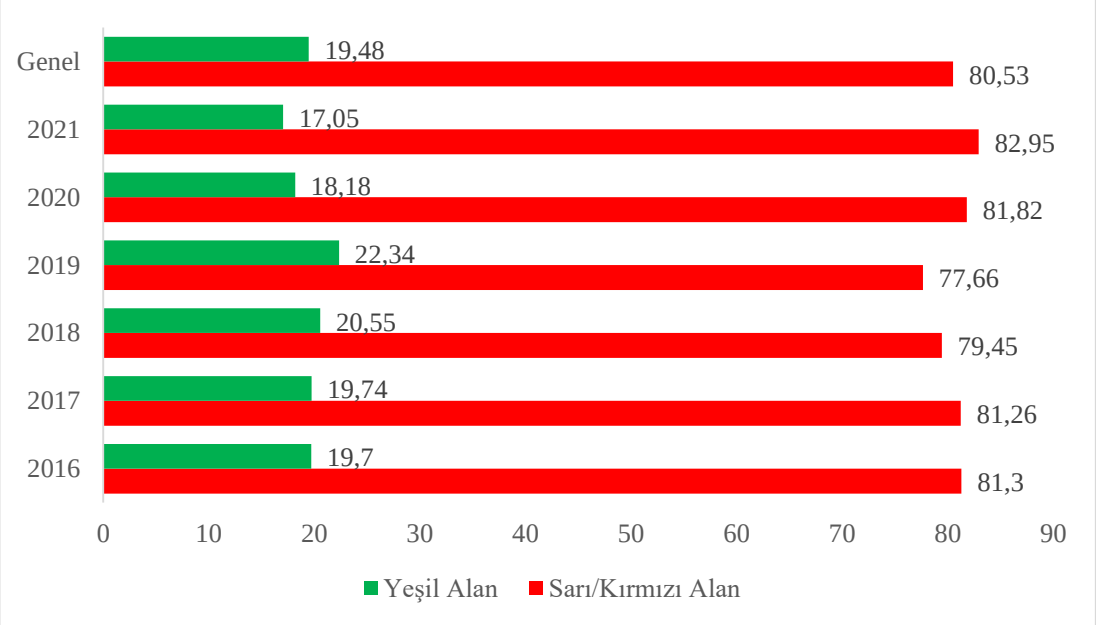
Ülkemizde Beştemir ve Aydın (36) yaptıkları retrospektif bir çalışmada 2016 ve 2022 yılları arasındaki 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinin polikliniklerine ve acil servislerine başvuruları incelemişlerdir. Elde ettikleri bulgularda normal poliklinik muayene sayıları 2016 yılında yaklaşık 199,6 milyon iken, 2017 yılında %14,7'lik bir artış ile 229 milyon, 2018 yılında bir önceki yıla göre %6,4'lük bir artış ile 243,7 milyon olmuştur. 2019'da bir önceki yıla göre %21,4'lük azalış gerçekleşerek 191,4 milyon, 2020'de bir önceki yıla göre %41,4'lük azalış gerçekleşerek 112,1 milyon son olarak 2021 yılında bir önceki yıla göre %22'lik bir artış gerçekleşerek 136,9 milyon olmuştur. Değerlendirmeye aldıkları yıllardaki normal poliklinik muayene sayılarının ortalaması alındığında ise yılda 185,5 milyon muayene gerçekleşmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Nüfusa Göre Normal Poliklinik ve Acil Servis Muayene Sayıları

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı	İşlem Sayısı
Türkiye Cumhuriyeti Nüfusu	79.814.871	80.810.525	82.003.882	83.154.997	83.614.362	84.680.273
Normal Poliklinik Muayenesi	199.598.394	229.012.071	243.769.419	191.493.506	112.152.363	136.905.290
Acil Servis Yeşil Alan Muayenesi	18.290.109	21.219.970	24.244.692	28.993.436	17.012.013	22.092.239
Sarı/Kırmızı Alan Muayenesi	74.320.915	86.271.610	93.738.279	100.771.024	76.555.867	107.496.231
Acil Servis Toplam Muayene Sayısı	92.611.024	107.491.580	117.982.971	129.764.460	93.567.880	129.588.470

Çalışmada acil servise başvuralar incelendiğinde ise 2016'da 92,6 milyon muayene yapılmış, 2017 yılında %16'lık bir artış gerçekleşerek 107,4 milyon, 2018 yılında bir önceki yılın verilerine göre %9,7'lik bir artışla 117,9 milyon, 2019'da bir önceki yıla göre %10'luk bir artışla 129,7 milyon olmuş. 2020 yılında bir önceki yılın verilerine göre %26,3'lük bir azalış yaşanarak 93,5 milyon, 2021 yılında bir önceki yılın verilerine göre %38,4'lük bir artışla 129,5 milyon olarak verilere yansımış. Değerlendirmeye aldıkları yıllardaki acil servis muayene sayılarının ortalaması alındığında ise yılda ortalama 111,7 milyon muayene gerçekleşmiş. Ayrıca acil servise toplam başvuruların %19,48'üne tekabül eden 130 milyon hastanın yeşil alan triyaj kodlu, geriye kalan %80,53'üne tekabül eden 540,1 milyon hastanın ise sarı/kırmızı triyaj kodlu alana başvurduğu tespit edilmiş (Tablo 5).

Yıllara göre acil servise başvuruların triyaj sonrası dağılımı şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Yıllara Göre Acil Servis Başvurularının Triyaj Sonrası Dağılımı

Sağlık Hizmetleri Kullanım İstatistikleri 2022 verilerine göre hekime başvuru sayısı toplam 854.328.324 olarak gerçekleşmiştir. Bu müracaatların %39,9'u birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı kurumlara olurken, %60,1'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara yapılmış. 2022 yılı Tüm Sektörlerde Kurum

Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı Tablo 6'da gösterilmiştir (19).

Tablo 6. Tüm Sektörlerde Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı, 2022

KURUM TÜRÜ	BAŞVURU SAYISI	KİŞİ BAŞI BAŞVURU
Aile Hekimliği	332.907.540	3,9
Verem Savaş Dispanseri	792.725	0,09
ÇEKÜS*	206.640	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	2.267.019	
Özel Poliklinikler	774.934	
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	3.764.360	
Birinci Basamak Toplamı	**340.713.218**	**4,0**
Özel Tıp Merkezleri	17.248.270	0,2
Hastaneler	496.366.836	5,8
Sağlık Bakanlığı	375.842.435	4,4
Üniversite	45.746.680	0,5
Özel	74.777.721	0,9
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	**513.615.106**	**6,0**
Genel Toplam	**854.328.324**	**10,0**

**Danışmanlık hizmeti başvuruları, hekime müracaat sayısına dahil edilmedi.*

2.3.1. Acil Servis Kalabalıklaşma Nedenleri

Pek çok ülke acil servis başvurularında önemli ve sürdürülemez artışlar bildirirken, giderek artan sayıda çalışma bu artışların yalnızca nüfus artışıyla açıklanamayacağını göstermiştir. Acil serviste kalabalıklaşma, görülmeyi bekleyen hastaların yoğunluğu (girdi), halihazırda acil serviste bulunan hastaların değerlendirilmesindeki veya tedavi edilmesindeki gecikmeler (geçiş) veya tedavileri tamamlandıktan sonra hastaların acil servisten ayrılmasının önündeki engeller (çıkış) nedeniyle meydana gelebilir. Sonuç olarak, kalabalığın hasta yolculuğunun ne zaman ve nerede meydana geldiğine bağlı olarak, kalabalıklığın pek çok farklı nedeni olması muhtemeldir. Bu nedenle, eğer acil servis kalabalığından kaynaklanan kriz çözülecekse, sorunu çözmek için tasarlanan müdahalelerin belirlenen nedenlere yönelik olarak tasarlanması çok önemlidir (37).

Bir acil servisin ne kadar kalabalık olduğunu ölçmek için Ulusal Acil Servis Aşırı Kalabalık Ölçeği (National Emergency Derpartment Overcrowding Scale) ve

Ulusal Acil Erişim Hedefi (National Emergency Access Target) gibi çeşitli puanlama sistemleri geliştirilerek soruna bir bakış açısı sağlanmıştır. Doluluk oranı, kalış süresi ve çıkış süresi gibi değişkenler bir acil servisin ne kadar kalabalık olduğunu ölçmek için kullanılır (35).

Mclntyre ve ark. (38) tarafından yapılan bir sistematik incelemede acil olmayan acil servis kullanımıyla ilgili yetişkin hastaların bildirdiği nedenler araştırılmıştır. Dahil etme kriterlerini karşılayan 93 makaleyi incelemeye almışlardır. Elde edilen bulgular sonucunda acil servis kullanım nedenlerini yedi ana tema ve bazı alt başlıklarda toplamışlardır.

1. Sağlık konusuyla ilgili riskten kaçınma ihtiyacı.
2. Alternatif bakım kaynaklarına ilişkin sınırlı bilgi ve farkındalık.
3. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısından memnuniyetsizlik.
    a. Uygunluk. Örneğin, Randevu bulamama, sınırlı mesai saatleri.
    b. Yetkinlik. Örneğin, yetersiz kaynaklara sahip olması.
    c. Tercih.
4. Acil Servisten Memnuniyet.
    a. Kaliteli bakım.
    b. Acil servise özgü hizmetlere erişim. Örneğin, görüntüleme ve tahlil işlemleri.
5. Düşük erişim yüküyle sonuçlanan Acil Servis erişilebilirliği ve rahatlığı.
6. Başkaları tarafından acil servise yönlendirilme.
    a. Sağlık çalışanları tarafından yönlendirilme.
    b. Sağlık mesleği mensubu olmayanlar tarafından yönlendirilme.
7. Hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkiler.

Bornais ve ark. (39) tarafından yapılan bir çalışmada hastaların ve/veya bakıcıların acil olmayan sağlık sorunları nedeniyle acil servise gitmelerinin nedenlerini ve sağlık hizmetlerine erişim ararken karşılaştıkları engellerin nedenlerinin neler olduğunu araştırmışlardır. Dört farklı acil serviste dahil etme kriterlerini karşılayan 33 katılımcıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir. Elde edilen bulgular ışığında acil servise başvurma nedenlerine ilişkin üç tema ortaya çıkmıştır.

1. Pratisyen hekimin yönlendirmesi

2. Bakımın etkinliği
3. Zaman tasarrufu

Katılımcıların acil olmayan durumları için acil servis dışında bakım ararken karşılaştıkları engelleri anlatırken de üç tema öne çıkmıştır.

1. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısının yokluğu
2. Mali zorluklar
3. Acil servis dışında kapsamlı bakım eksikliği

Al-Otmy ve ark. (40) yaptıkları bir kesitsel çalışmada Suudi Arabistan'nın batısındaki bir üçüncü basamak bakım merkezinin acil servisine acil olmayan ziyaretlerle ilişkili faktörleri incelemişlerdir. Hayati tehlikesi olmayan ve dahil etme kriterlerini karşılayan 400 hastaya, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çalışma saatleri içerisinde, hazırladıkları anketi uygulamışlardır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servise gitmesinin ana nedenlerine bakıldığında, katılımcılardan %42'si durumlarının acil olduğunu düşündüklerini, %25,5'i acil servise erişimin kolay olduğunu %17,8'i birinci basamak sağlık hizmetlerinde sınırlı hizmetlerin olduğunu, %11,8'i randevu almakta zorluk yaşadığını, %4,3'ü birinci basamak servislerinden acil servise yönlendirdiğini belirtmiş.

2.4. Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyeti ilk defa 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik dalında ele alınmıştır (41). Son on yılda ise hastaların sağlık hizmeti sunumuna bakış açılarına olan ilginin arttığı gözlemlenmiştir. Hasta memnuniyeti, dünya çapında birçok bilimsel çalışmanın konusunu oluşturmuştur. İki alan arasındaki ilişki tam olarak net olmasa da hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olarak kabul görmektedir (42).

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları sağlık hizmetleri veya tıbbi bakıma dair beklentilerini, deneyimlerini ve değer yargılarını kapsayan ve büyük ölçüde hastaların algılarına dayalı bir kavramdır (43) .

Hasta memnuniyeti, nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynar. Hastaların memnuniyet seviyelerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin

artırılması ve hastaların beklentilerine uygun daha iyi hizmet sunulması açısından büyük önem taşır. Hastaların memnuniyetini etkileyen unsurlar üç ana kategoriye ayrılabilir (44).

1. Hasta ile İlgili Özellikler

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, sigorta durumu, maddi durumu, hastalığının türü ve hastanede kaldığı süre gibi unsurları kapsar. Bu özellikler kişiden kişiye değişir ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet seviyesini doğrudan etkiler.

2. Sağlık Hizmeti Sunan Personelle İlgili Özellikler

Hizmet verenlerle ilgili özellikler ise sağlık çalışanının kişilik özelliğini, eğitim seviyesini, hastalara karşı gösterdiği şefkat, ilgi ve saygıyı kapsar.

3. Kurumla İlgili Özellikler

Kurumsal özellikler ise sağlık hizmetinin sunulduğu kuruluşun devlet, üniversite veya özel hastane olması ve fiziksel imkanlarını (aydınlatma, ısıtma, havalandırma, bekleme alanları, otopark vb.) kapsar (44).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmamız 21 Şubat 2024 - 21 Mayıs 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servis'ine başvuran yeşil alan triyaj kodlu hastalarla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servis'ine başvuran yeşil alan triyaj kodlu 18 yaşından büyük kişiler oluşturmuştur. Atatürk Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Yeşil Alan Polikliniği'ne günde ortalama 300 hasta başvurusu olmaktadır. Çalışma dönemi içerisinde (üç ay) toplamda ortalama 27000 hasta görüşmesini evren alarak güven aralığı %95, hata payı %5 ile çalışmamıza en az 430 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmaya hafta içi günlerde başvuran katılımcılar alınmıştır. Acil servisler 24 saat mesai usulüne uygun olarak çalıştığından katılımcılar aile sağlığı merkezlerinin çalıştığı mesai saatlerinde (08.00-17.00) ve mesai saatlerinin dışında (17.00-08.00) başvuran hastalardan ayrı ayrı alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı yeşil alan polikliniğine günlük mesai saatleri içerisinde ve mesai saatleri dışında başvuruda bulunan hasta sayıları hemen hemen eşit olduğundan mesai içi ve mesai dışı katılımcı sayılarının eşit sayıda alınması gerektiği hesaplanmıştır.

Çalışmanın yapıldığı 21 Şubat 2024 - 21 Mayıs 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servis'ine başvuran yeşil alan triyaj kodlu hasta olup çalışmamıza katılmayı kabul eden ve veri formlarını dolduran 444 hastadan 14'ünün veri formu eksik olduğundan dolayı çalışmaya alınmamıştır. Çalışma mesai saatleri içerisinde 215 ve mesai saatleri dışında 215 olmak üzere alınma kriterlerini karşılayan toplam 430 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Acil servis yeşil alan triyaj kodlu ayaktan tedavisi düzenlenen hasta olmak.
- 18 yaşından büyük olmak.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- Okur-yazar olmak.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Acil servis yeşil alan dışı triyaj kodlu olmak
- 18 yaşın altında olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Okur-yazar olmamak

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu çalışma, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara yüz yüze anket uygulama yöntemiyle gerçekleştirildi. Acil servis triyaj ekibinin hastayı değerlendirmesi sonrasında yeşil alan triyaj kodu verilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara, önceden çalışma konusunda bilgilendirilmiş triyaj ekibi ve asistan hekimler tarafından çalışma hakkında yüz yüze görüşülerek bilgi verildi. Katılımcılara aydınlatılmış onam formu imzalatılması sonrasında anket formunun kişisel bilgi formunu ve EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) aile hekimliğinden memnuniyet ölçeğini doldurmaları sağlandı.

3.5.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine, aile hekimlerine, mevcut şikayetine ve aile hekimliğine başvurmama sebeplerine dair verileri toplamaya uygun 19 sorudan oluşan bir formdur. Bu form ile bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer gibi sosyodemografik verilerine, genel sağlık durumuna, kayıtlı olduğu aile hekimliğine, mevcut şikayetine ve aile hekimine başvurmama sebeplerine dair bilgiler kaydedilmiştir.

3.5.2.European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisinin test edildiği araştırmada güvenilirlik

katsayı 0,98 olarak bulunmuştur. Birçok Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Temel amacı birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda kalite artırımı olan bu ölçek hekim ve sağlık merkezi ile ilgili hastalardan geri bildirim almayı amaçlar. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. EUROPEP ölçeği, hastanın aile hekiminden memnuniyetini değerlendirmede kullanılmaktadır. Hastalardan son 12 ay içerisinde aile hekimlerini beş alt boyut ve 23 sorudan oluşan bir ölçekle değerlendirmeleri istenir.

Ölçek, "hekim-hasta İlişkisi (1-6. sorular)", "sağlık hizmeti (7-11. sorular)", "enformasyon ve destek (12-15. sorular)", "sağlık hizmetinin organizasyonu (16-17. sorular)", "ulaşılabilirlik (18-23. sorular)" alt boyutları olmak üzere beş alt boyuttan ve "fikrim yok" (0), "çok kötü" (1), "kötü" (2), "orta" (3), "iyi" (4), "çok iyi" (5) olarak 6'li likert üzerinden 23 sorudan oluşmakta ve derecelendirilmektedir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS Statistics 26 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma (ss) ve % (n) olarak verildi. Kişisel bilgi formunun analizinde kategorik veriler için Ki-Kare ($\chi 2$) testi kullanıldı. Verilerin normal bir dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Kişisel bilgi formu ile katılımcıların EUROPEP ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri, numerik veriler arasındaki korelasyonun değerlendirmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

3.7. Etik Kurul İzni

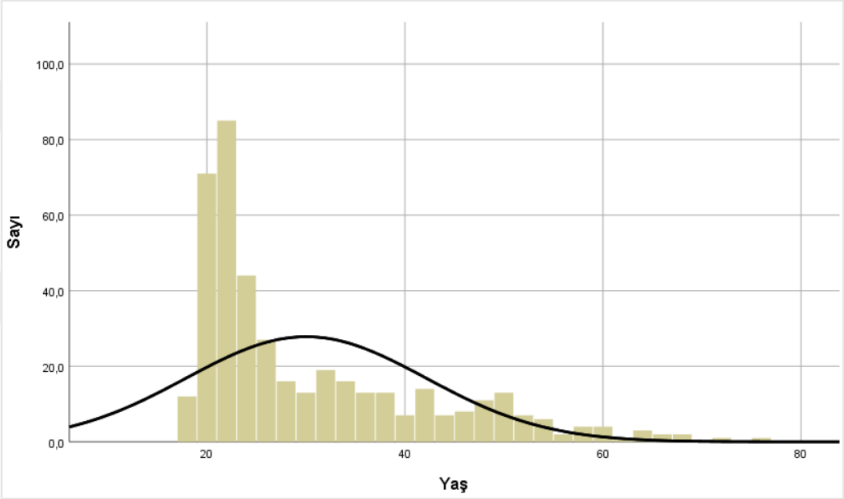
Bu tez çalışmasına başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından izin alındı. Çalışma 21/02/2024 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/18 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

4.BULGULAR

4.1. Kişisel Bilgi Formu Veri Analizi

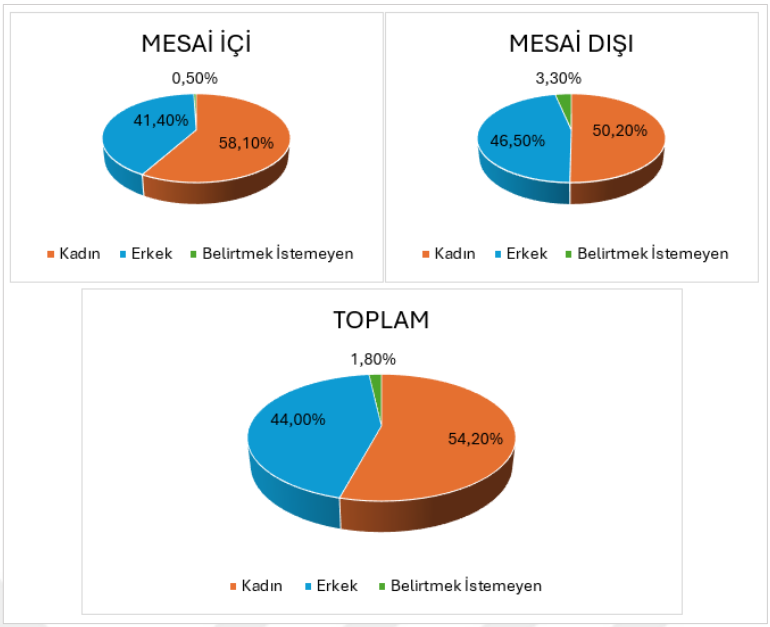
Çalışmamıza 444 kişi katıldı. Katılımcılardan 14'ünün veri formu eksik olduğundan istatistiksel analizlere dahil edilmedi. Toplam 430 katılımcı ile çalışma tamamlandı.

Mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcıların yaş ortalaması 27,18±10,47 yıl, mesai saatleri dışında başvuran katılımcıların ise 32,95±12,96 yıl olmak üzere tüm katılımcıların yaş ortalaması 30,02±12,1 yıldı. Tüm kadın katılımcıların yaş ortalaması 28,7±11,60 yıl, tüm erkek katılımcıların yaş ortalaması ise 31,68±12,53 yıldı (Şekil 4).



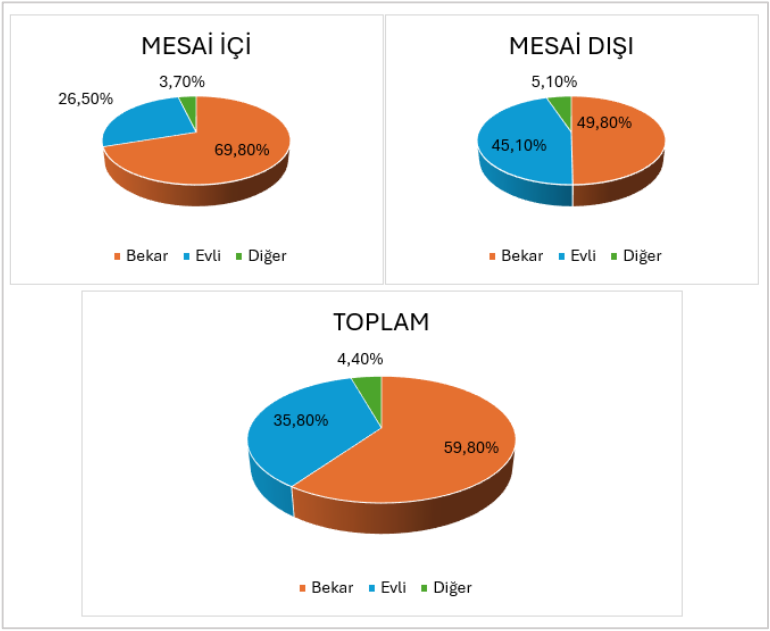
Şekil 4. Yaş Değişkeni Histogram Grafiği

Mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcıların %58,1'i (n=125), mesai saatleri dışında başvuran katılımcıların ise %50,2'si (n=108) olmak üzere tüm katılımcının %54,2'si (n=233) kadındı (Şekil 5).



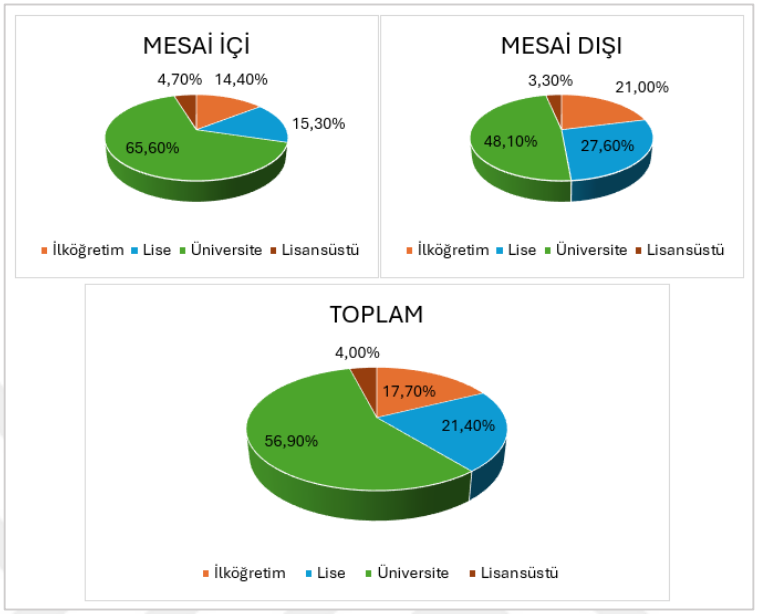
Şekil 5. Cinsiyet Dağılımı

Katılımcıların medeni durum dağılımı Şekil 6'da sunulmuştur. Buna göre mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %69,8'i (n=150), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %49,8'i (n=107) olmak üzere tüm katılımcıların %59,8'i (n=257) bekar iken; %35,8'i (n=154) evli idi (Şekil 6).



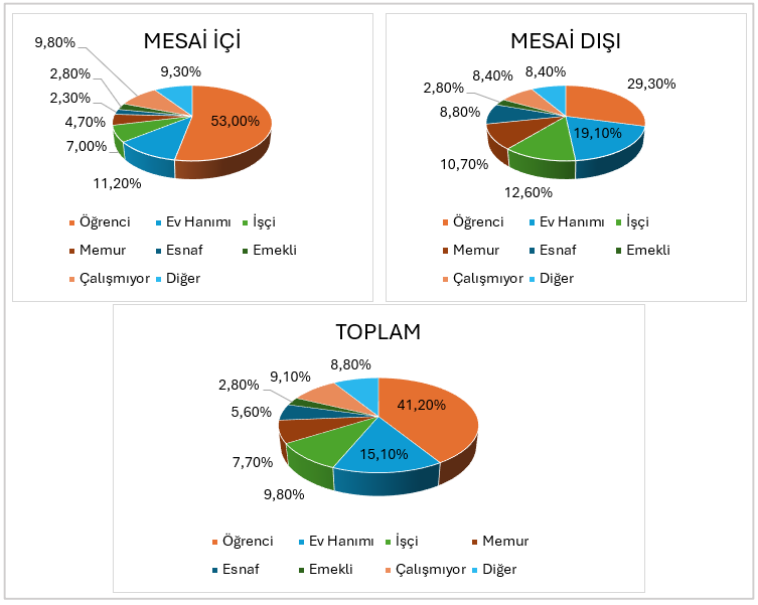
Şekil 6. Medeni Durum Dağılımı

Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı Şekil 7'de sunulmuştur. Buna göre tüm katılımcılardan %17,7'si (n=76) ilköğretim, %21,4'ü (n=92) lise, %56,9'u (n=244) üniversite, %4'ü (n=17) lisansüstü seviyede eğitim görmüştü (Şekil 7).



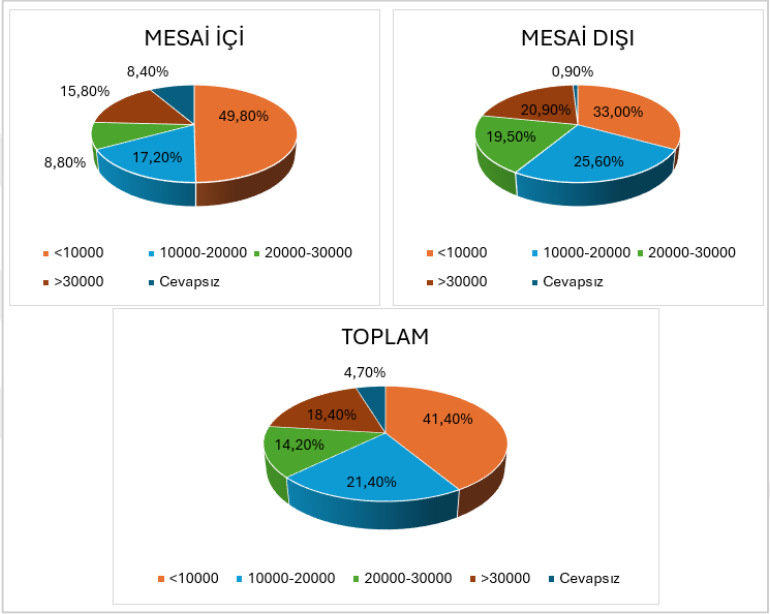
Şekil 7. Eğitim Düzeyi Dağılımı

Mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %53'ü (n=114), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %29,3'ü (n=63) olmak üzere tüm katılımcıların %41,2'si (n=177) öğrenci iken; %15,1'i (n=65) ev hanımıydı (Şekil 8).



Şekil 8. Meslek Dağılımı

Katılımcıların gelir durumunun analizinde mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %49,8'i (n=107), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %33'ü (n=71) olmak üzere tüm katılımcılardan %41,4'ü (n=178) 10000 Türk lirası altında gelir durumuna sahipken, mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %15,8'i (n=34), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %20,9'u (n=45) olmak üzere tüm katılımcılardan %18,4'ü (n=79) 30000 Türk lirası üzerinde gelir durumuna sahipti. Katılımcılardan %4,7'si (n=20) bu soruya cevap vermedi (Şekil 9).



Şekil 9. Gelir Durumu Dağılımı

Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %66'sı (n=142), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %79,5'i (n=171) olmak üzere tüm katılımcılardan %73,1'i (n=313) Erzurum'un merkez ilçelerinde yaşamaktayken; %6,3'ü (n=27) Erzurum'un diğer ilçelerinde, %20'6'sı (n=88) başka ilde yaşamaktaydı (Tablo 7).

Katılımcıların tüm tanımlayıcı özellikleri Tablo 7'de ayrıca sunulmuştur. Katılımcıların medeni durumu ($p<0,001$), eğitim düzeyi ($p<0,001$), mesleği ($p<0,001$), gelir durumu ($p<0,001$) ve yaşadığı yer ($p=0,011$) ile acil servise başvuru saati arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardı.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı

Değişkenler	Değişken Grupları	Mesai İçi Katılımcılar		Mesai Dışı Katılımcılar		Tüm Katılımcılar		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	n	%	*p**
Cinsiyet	Kadın	125	58,1	108	50,2	233	54,2	*0,180*
	Erkek	89	41,4	100	46,5	189	44	
	Belirtmek İstemeyen	1	0,5	7	3,3	8	1,8	
Medeni Durum	Bekar	150	69,8	107	49,8	257	59,8	***<0,001***
	Evli	57	26,5	97	45,1	154	35,8	
	Diğer	8	3,7	11	5,1	19	4,4	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	31	14,4	45	21	76	17,7	***<0,001***
	Lise	33	15,3	59	27,6	92	21,4	
	Üniversite	141	65,6	103	48,1	244	56,9	
	Lisansüstü	10	4,7	7	3,3	17	4	
Meslek	Öğrenci	114	53	63	29,3	177	41,2	***<0,001***
	Ev Hanımı	24	11,2	41	19,1	65	15,1	
	İşçi	15	7	27	12,6	42	9,8	
	Memur	10	4,7	23	10,7	33	7,7	
	Esnaf	5	2,3	19	8,8	24	5,6	
	Emekli	6	2,8	6	2,8	12	2,8	
	Çalışmıyor	21	9,8	18	8,4	39	9,1	
	Diğer	20	9,3	18	8,4	38	8,8	
Gelir Durumu	<10000	107	49,8	71	33	178	41,4	***<0,001***
	10000-20000	37	17,2	55	25,6	92	21,4	
	20000-30000	19	8,8	42	19,5	61	14,2	
	>30000	34	15,8	45	20,9	79	18,4	
	Cevapsız	18	8,4	2	0,9	20	4,7	
Yaşadığı Yer	Erzurum'un Merkez İlçeleri	142	66	171	79,5	313	73,1	***0,011***
	Erzurum'un Diğer İlçeleri	17	7,9	10	4,7	27	6,3	
	Başka İl	54	25,1	34	15,8	88	20,6	

*Ki-Kare testi

Katılımcıların genel sağlık durumlarına ve aile hekimine ilişkin bilgilerine ait verileri Tablo 8'de sunulmuştur. Buna göre mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %88,3'ü (n=189), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %86,5'i (n=186) olmak üzere tüm katılımcıların %87,4'ünün (n=375) kronik hastalığı yoktu. Ayrıca mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %13,1'i (n=28), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %20,5'i (n=44) olmak üzere tüm katılımcıların %16,8'inin (n=72) sürekli kullanmak durumunda olduğu ilacı vardı.

Katılımcıların aile hekimine ait bilgilerine ilişkin verilerine bakıldığında tüm katılımcıların %93,5'inin (n=402) kayıtlı olduğu aile hekimi varken; %40,2'si (n=173) aile hekiminin adını bilmiyordu. Ayrıca tüm katılımcıların %86,7'si (n=373) aile sağlığı merkezinin yerini biliyorken; %85,1'i (n=365) aile sağlığı merkezinin telefon numarasını bilmiyordu (Tablo 8).

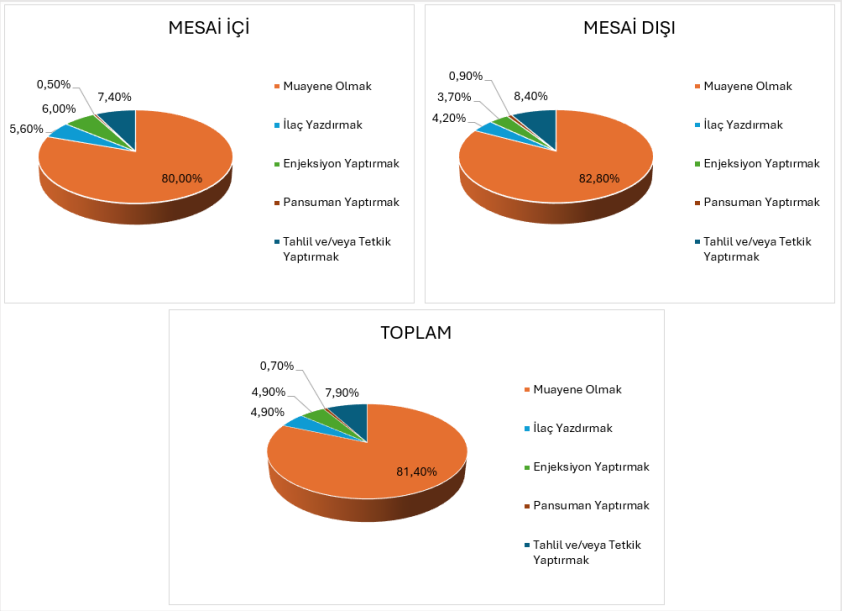
Katılımcıların genel sağlık durumları ve aile hekimine ilişkin bilgiler Tablo 8'de verilmiştir. Sürekli kullanılması gereken ilaç durumu (p=0,041) ve aile sağlığı merkezinin telefon numarasını bilme durumu (p=0,016) ile acil servise başvuru saati arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardı.

Tablo 8. Genel Sağlık Durumlarına ve Aile Hekimlerine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Değişken Grupları	Mesai İçi Katılımcılar		Mesai Dışı Katılımcılar		Tüm Katılımcılar		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	n	%	*P**
Kronik Hastalık	Var	25	11,7	29	13,5	54	12,6	*0,573*
	Yok	189	88,3	186	86,5	375	87,4	
Sürekli Kullanılması Gereken İlaç	Var	28	13,1	44	79,5	72	16,8	***0,041***
	Yok	186	86,9	171	20,5	357	83,2	
Kayıtlı Olduğu Aile Hekimi	Var	198	92,1	204	94,9	402	93,5	*0,241*
	Yok	17	7,9	11	5,1	28	6,5	
Aile Hekiminin Adını Bilme	Evet	124	57,7	133	61,9	257	59,8	*0,376*
	Hayır	91	42,3	82	38,1	173	40,2	
Aile Sağlığı Merkezinin Yerini Bilme	Evet	178	82,8	195	90,7	373	86,7	***0,016***
	Hayır	37	17,2	20	9,3	57	13,3	
Aile Sağlığı Merkezinin Telefon Numarasını Bilme	Evet	29	13,6	35	16,3	64	14,9	*0,428*
	Hayır	185	86,4	180	83,7	365	85,1	

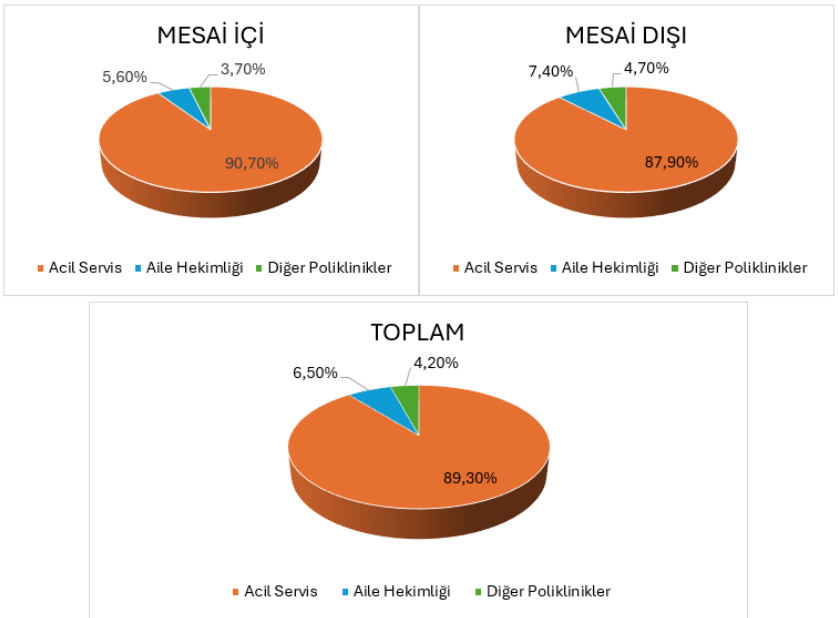
*Ki-Kare testi

Katılımcıların başvuru sebepleri açısından verileri Şekil 10'da sunulmuştur. Buna göre mesai saatleri içerisinde başvuran katılımcılardan %80'i (n=172), mesai saatleri dışında başvuran katılımcılardan ise %82,8'i (n=178) olmak üzere tüm katılımcıların %81,4'ü (n=350) acil servise muayene olmak için başvurmuştu. Ayrıca tüm katılımcılardan %7,9'u (n=34) tahlil ve/veya tetkik yaptırmak için başvurdu.



Şekil 10. Başvuru Sebepleri Dağılımı

Tüm katılımcıların %89,3'ünün (n=384) ilk başvuru yeri acil servisti. Tüm katılımcıların %6,5'i (n=28) ilk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih etmişken, %4,2'si (n=18) diğer polikliniklere başvurmuştu (Şekil 11).



Şekil 11. İlk Başvuru Yeri Dağılımı

Katılımcıların mevcut şikayetlerine ilişkin bilgiler Tablo 9'da sunulmuştur. Tüm katılımcıların %64,2'si (n=276) başvuru sebeplerini acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak görmekteydi. Ayrıca tüm katılımcıların %58,8'i (n=253)

mevcut şikâyeti için aile hekimine gidebileceğini öğrendikten sonra benzer bir durumda ilk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih edeceğini belirtti. Mevcut şikayetini acil durum olarak görme durumu ile acil servise başvuru saati arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardı (p=0,005).

Tablo 9. Mevcut Şikayetlerine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Değişken Grupları	Mesai İçi Katılımcılar		Mesai Dışı Katılımcılar		Tüm Katılımcılar		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	n	%	*P**
Başvuru Sebebi	Muayene Olmak	172	80	178	82,8	350	81,4	*0,704*
	İlaç Yazdırmak	12	5,6	9	4,2	21	4,9	
	Enjeksiyon	13	6	8	3,7	21	4,9	
	Pansuman	1	0,5	2	0,9	3	0,7	
	Tahlil ve/veya Tetkik	16	7,4	18	8,4	34	7,9	
İlk Başvuru Yeri	Acil Servis	195	90,7	189	87,9	384	89,3	*0,642*
	Aile Hekimliği	12	5,6	16	7,4	28	6,5	
	Diğer	8	3,7	10	4,7	18	4,2	
Mevcut Şikayetini Acil Durum Olarak Görme	Evet	124	57,7	152	29,3	276	64,2	***0,005***
	Hayır	91	42,3	63	70,7	154	35,8	
Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme	Evet	124	57,7	129	60	253	58,8	*0,751*
	Hayır	88	40,9	86	40	174	40,5	

*Ki-Kare testi

Katılımcıların aile hekimini tercih etmeme sebeplerine ilişkin veriler Tablo 10'da sunulmuştur. Elde edilen verilere göre en çok %40 (n=172) katılımcı ile "Acil servisin işe/eve daha yakın" sebebi belirtilmişken; %3,3 (n=14) katılımcı ile "Aile hekimim acil servise yönlendirdi" sebebi en az sebep olarak belirtildi. Başvuru saati ile "Acil servis işe/eve daha yakın" (p<0,001) ve "Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor" (p<0,001) sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Ayrıca başvuru saati ile "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum" (p=0,008) ve "Aile hekimime güvenmiyorum" (p=0,044) sebepleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (Tablo 10).

Tablo 10. Aile Hekimini Tercih Etmeme Sebepleri

Değişkenler	Mesai İçi Katılımcılar		Mesai Dışı Katılımcılar		Tüm Katılımcılar		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	*P**
Acil Servis işe/eve daha yakın	105	48,8	67	31,2	172	40	***<0,001***
Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor	25	11,6	91	42,3	116	27	***<0,001***
Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum	15	7	10	4,7	25	5,8	*0,303*
Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum	45	20,9	59	27,4	104	24,2	*0,115*
Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil	36	16,7	47	21,9	83	19,3	*0,179*
Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	49	22,8	74	34,4	123	28,6	***0,008***
Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum	11	5,1	20	9,3	31	7,2	*0,093*
Aile hekimime güvenmiyorum	6	2,8	15	7	21	4,9	***0,044***
Farklı bir doktordan görüş almak istedim	20	9,3	26	12,1	46	10,7	*0,349*
Aile hekimim acil servise yönlendirdi	6	2,8	8	3,7	14	3,3	*0,587*
Aile hekimine gitmek istemedim	30	14	30	14	60	14	*1,000*
Mevcut şikâyetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum	11	5,1	20	9,3	31	7,2	*0,093*
Diğer	42	19,5	40	18,6	82	19,1	*0,806*

*Ki-Kare testi

Sosyodemografik veriler (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu ve yaşanılan yer) ile mevcut şikâyeti için aile hekimini tercih etmeme sebepleri arasında yapılan ki kare analizinde "Acil Servis işe/eve daha yakın" sebebi istatistiksel anlamlı olarak ön plana çıktı ($p<0,05$). Evli katılımcıların %20'8'i (n=32) ($p<0,001$), eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların %46,4'ü (n=121) (p=0,001), aktif olarak gelir getirici bir işte çalışmayanların (çalışmayan, ev hanımı, öğrenci,

emekli) %43,3'ü (n=127) (p=0,038), gelir durumu 20000 Türk lirası altında olanların %44,8'i (n=121) (p=0,013), yaşadıkları yer başka il olanların %56,8'i (n=50) (p<0,001) "Acil Servis işe/eve daha yakın" sebebini mevcut şikayetleri için aile hekimini tercih etmeme sebebi olarak gösterdi. Sosyodemografik veriler ile aile hekimini tercih etmeme sebeplerinin Ki Kare analizi Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Sosyo-demografik Bilgiler ile Aile Hekimini Tercih Etmeme Sebeplerinin Ki Kare Analizi

Değişkenler	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Seviyesi	Meslek	Gelir Düzeyi	Yaşanılan Yer
	Kadın Erkek	Bekar Evli	≤Lise ≥Üniversite	Çalışan Çalışmayan	<20000 >20000	Erzurum Başka İl
	% (n) p					
Acil Servis işe/eve daha yakın	39,5 (92) 40,2 (76) 0,879	51,3 (135) 20,8 (32) **<0,001**	30,4 (51) 46,4 (121) **0,001**	32,8 (45) 43,3 (127) **0,038**	44,8 (121) 32,1 (45) **0,013**	35,9 (122) 56,8 (50) **<0,001**
Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor	25,8 (60) 28,6 (54) 0,516	24,3 (64) (31,2 (48) 0,129	30,4 (51) 24,5 (64) 0,183	44,5 (61) 18,8 (55) **<0,001**	24,1 (65) 34,3 (48) **0,028**	27,9 (95) 22,7 (20) 0,325
Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum.	4,7 (11) 7,4 (14) 0,245	6,5 (17) 5,2 (8) 0,598	6 (10) 5,7 (15) 0,929	5,1 (7) 6,1 (18) 0,669	5,2 (14) 5 (7) 0,936	5,6 (19) 6,8 (6) 0,661
Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum	25,8 (60) 22,2 (42) 0,400	19,3 (52) 31,8 (49) **0,006**	29,2 (49) 21,1 (55) 0,056	27,7 (38) 22,5 (66) 0,240	21,5 (58) 27,9 (39) 0,150	25,6 (87) 17 (15) 0,094
Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil	15,5 (36) 24,9 (47) **0,016**	17,5 (46) 23,4 (36) 0,114	17,9 (30) 20,3 (53) 0,531	24,1 (33) 17,1 (50) 0,086	16,7 (45) 22,9 (32) 0,128	19,1 (65) 19,3 (17) 0,966
Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	28,8 (67) 28,6 (54) 0,967	28,5 (75) 27,9 (43) 0,896	33,3 (56) 25,7 (67) 0,87	30,7 (42) 27,6 (81) 0,520	29,6 (80) 25 (35) 0,322	31,2 (106) 18,2 (16) **0,016**
Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum	6,4 (15) 7,9 (15) 0,551	4,9 (13) 11 (17) **0,020**	9,5 (16) 5,7 (15) 0,140	8 (11) 6,8 (20) 0,653	6,7 (18) 7,9 (11) 0,656	8,2 (28) 3,4 (3) 0,120
Aile hekimime güvenmiyorum	4,7 (11) 4,8 (9) 0,984	4,2 (11) 7,4 (9) 0,443	6,5 (11) 3,8 (10) 0,203	6,6 (9) 4,1 (12) 0,267	4,4 (12) 6,4 (9) 0,387	5,3 (18) 3,4 (3) 0,589*

*Fisher's Exact Test

Tablo 11. Sosyo-demografik Bilgiler ile Aile Hekimini Tercih Etmeme Sebeplerinin Ki Kare Analizi (Devam)

Değişkenler	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Seviyesi	Meslek	Gelir Düzeyi	Yaşanılan Yer
	Kadın Erkek	Bekar Evli	≤Lise ≥Üniversite	Çalışan Çalışmayan	<20000 >20000	Erzurum Başka İl
	% (n) p					
Farklı bir doktordan görüş almak istedim	9,4 (22) 12,2 (23) 0,367	11,8 (31) 8,4 (13) 0,283	12,5 (21) 9,6 (25) 0,340	10,9 (15) 10,6 (31) 0,908	8,9 (24) 11,4 (16) 0,411	10 (34) 11,4 (9) 0,707
Aile hekimim acil servise yönlendirdi	3,9 (9) 2,6 (5) 0,488	3,8 (10) 2,6 (4) 0,510	3 (5) 3,4 (9) 0,788	2,2 (3) 3,8 (11) 0,563*	4,1 (11) 1,4 (2) 0,234*	3,5 (12) 2,3 (2) 0,744*
Aile hekimine gitmek istemedim	12,9 (30) 15,3 (29) 0,467	16,7 (44) 9,7 (15) **0,048**	11,9 (20) 15,3 (40) 0,319	11,7 (16) 15 (44) 0,352	14,1 (38) 14,3 (20) 0,954	14,7 (50) 10,2 (9) 0,277
Mevcut şikâyetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum	7,3 (17) 7,4 (14) 0,965	8 (21) 5,8 (9) 0,414	8,9 (15) 6,1 (16) 0,275	9,5 (13) 6,1 (18) 0,211	5,9 (16) 9,3 (13) 0,208	7,4 (25) 6,8 (69 0,863
Diğer	20,2 (47) 16,4 (31) 0,321	18,6 (49) 17,5 (27) 0,779	18,5 (31) 19,5 (51) 0,780	17,5 (24) 19,8 (58) 0,575	17,8 (48) 19,3 (27) 0,708	16,8 (57) 27,3 (24) **0,025**

*Fisher's Exact Test

Genel sağlık durumuna ve aile hekimliğine ilişkin bilgiler ile aile hekimine başvurmama sebeplerinin Ki Kare analizi Tablo 12'de verilmiştir. Buna göre sürekli ilaç kullanması gerekmeyen katılımcıların %42,3'ü (n=151) (p=0,038) ve aile hekiminin adını bilmeyenlerin %48,6'sı (n=84) (p=0,003) "Acil Servis işe/eve daha yakın" sebebini göstererek aile hekimini tercih etmedi. Ayrıca aile hekiminin adını bilmeyenlerin %37'si (n=64) "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum" sebebini gösterdi (p=0,002). Aile Sağlığı Merkezinin yerini bilen katılımcılardan %8,8'i (n=33) "Farklı bir doktordan görüş almak" istemesi sebebiyle aile hekimini tercih etmediğini belirtti (p=0,001) (Tablo 12).

Tablo 12. Genel Sağlık Durumuna ve Aile Hekimliğine İlişkin Bilgiler ile Aile Hekimine Başvurmama Sebeplerinin Ki Kare Analizi

Değişkenler	Kronik Hastalık	Sürekli İlaç	Kayıtlı Olunan AH	AH Adını Bilme	ASM Yerini Bilme	AH Telefonu Bilme
	Yok	Yok	Yok	Hayır	Hayır	Hayır
	Var	Var	Var	Evet	Evet	Evet
				% (n)		
				p		
Acil Servis işe/eve daha yakın	40,8 (153)	42,3 (151)	50 (14)	48,6 (84)	47,4 (27)	40,3 (147)
	33,3 (18)	29,2 (21)	39,3 (158)	34,2 (88)	38,9 (145	25,7 (25)
	0,295	**0,038**	0,264	**0,003**	0,223	0,855
Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor	27,5 (103)	27,2 (97)	14,3 (4)	27,7 (48)	22,8 (13)	26,8 (98)
	24,1 (13)	26,4 (19)	27,9 (112)	26,5 (68)	27,6 (103)	28,1 (18)
	0,600	0,892	0,118	0,768	0,446	0,832
Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum.	5,9 (22)	5,9 (21)	14,3 (4)	8,1 (14)	10,5 (6)	6 (22)
	5,6 (3)	5,6 (4)	5,2 (21)	4,3 (11)	5,1 (19)	4,7 (3)
	1,000*	1,000*	0,070*	0,098	0,123*	1,000*
Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum	24 (90)	24,1 (86)	17,9 (5)	23,7 (41)	22,8 (13)	23,6 (86)
	25,9 (14)	25 (18)	24,6 (99)	24,5 (63)	24,4 (91)	26,6 (17)
	0,758	0,869	0,419	0,847	0,794	0,604
Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil	18,1 (68)	19 (68)	17,9 (5)	18,5 (32)	15,8 (9)	19,5 (71)
	27,8 (15)	20,8 (15)	19,4 (78)	19,8 (51)	19,8 (74)	17,2 (11)
	0,093	0,726	0,841	0,729	0,471	0,671
Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	29,3 (110)	28,3 (101)	25 (7)	37 (64)	33,3 (19)	29,3 (107)
	24,1 (13)	30, 6 (22)	28,9 (116)	23 (59)	27,9 (104)	25 (16)
	0,424	0,698	0,662	**0,002**	0,396	0,481
Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum	7,7 (29)	7,8 (28)	3,6 (1)	9,2 (16)	7 (4)	7,4 (27)
	3,7 (2)	5,2 (3)	7,5 (30)	5,8 (15)	7,2 (27)	4,7 (3)
	0,403*	0,272	0,710*	0,180	1,000*	0,598*
Aile hekimime güvenmiyorum	5,3 (20)	5,3 (19)	7,1 (2)	6,4 (11)	5,3 (3)	5,5 (20)
	1,9 (1)	2,8 (2)	4,7 (19)	3,9 (10)	4,8 (18)	1,6 (1)
	0,496*	0,551*	0,639*	0,244	0,749*	0,340*
Farklı bir doktordan görüş almak istedim	10,7 (40)	10,4 (37)	14,3 (4)	12,1 (21)	22,8 (13)	11 (40)
	11,1 (6)	12,5 (9)	10,4 (42)	27,5 (25)	8,8 (33)	7,8 (5)
	0,921	0,593	0,524*	0,428	**0,001**	0,449
Aile hekimim acil servise yönlendirdi	3,5 (13)	3,1 (11)	0(0)	2,9 (5)	1,8 (1)	3 (11)
	1,9 (1)	2,8 (2)	3,5 (14)	3,5 (9)	3,5 (13)	4,7 (3)
	1,000*	1,000	0,613*	0,726	0,705*	0,449*
Aile hekimine gitmek istemedim	13,1 (49)	13,7 (49)	10,7 (3)	15,6 (27)	21,1 (12)	15,1 (55)
	20,4 (11)	15,3 (11)	14,2 (57)	12,8 (33)	12,9 (48)	7,8 (5)
	0,148	0,729	0,782*	0,417	0,097	0,123
Mevcut şikâyetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum	7,5 (28)	7 (25)	7,1 (2)	8,7 (15)	8,8 (5)	7,4 (27)
	3,9 (3)	8,3 (6)	7,2 (29)	6,2 (16)	7 (26)	6,3 (4)
	0,783*	0,691	1,000*	0,336	0,585*	1,000*
Diğer	19,5 (73)	17,9 (64)	5,3 (3)	15 (26)	21,1 (12)	17,8 (65)
	16,7 (9)	25 (18)	19,7 (79)	21,8 (56)	18,8 (70)	25 (16)
	0,625	0,164	0,244	0,080	0,682	0,175

AH: Aile Hekimi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi, *Fisher's Exact Test

Katılımcılardan başvuru sebebini acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak görenlerin %33,3'ü (n=92) (p<0,001) ve mevcut şikâyeti için ilk başvuru yeri acil servis olanların %42,2'si (n=162) (p=0,007) aile hekimini tercih etmeme nedeni olarak "Acil Servis işe/eve daha yakın" sebebini belirtti. Başvuru sebebi muayene olmak olan katılımcılardan %22,3'ü (n=78) (p=0,047) ve benzer bir durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirten katılımcılardan %31'i (n=54) (p=0,006) "Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramaması" sebebiyle aile hekimini tercih etmedi. Muayene olmak amacıyla başvuran katılımcılardan %17,1'i (n=60) (p=0,015) ve benzer bir durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirten katılımcılardan %26,4'ü (n=46) (p=0,002) aile hekiminin yeteri kadar ekipmana sahip olmaması sebebiyle mevcut şikâyeti için aile hekimini tercih etmediğini belirtti. Ayrıca benzer durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirten katılımcıların %24,5 (62) "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum" (p=0,018), %4,7'si (12) "Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum" (p=0,026) ve %2'si (5) "Aile hekimine güvenmiyorum" (p=0,001) sebepleriyle aile hekimini tercih etmediğini belirtti (Tablo 13).

Tablo 13. Mevcut Şikayetine İlişkin Bilgiler ile Aile Hekimine Başvurmama Sebeplerinin Ki Kare Analizi

Değişkenler	Başvuru Sebebi	Şikayetini Acil Olarak Görme	İlk Başvuru Yeri	Benzer Durumda AH Tercihi
	Muayene	Hayır	Acil S.	Hayır
	Diğer	Evet	Diğer	Evet
		% (n)		
		p		
Acil Servis işe/eve daha yakın	40,6 (142)	51,9 (80)	42,2 (162)	35,6 (62)
	38 (30)	33,3 (92)	21,7 (10)	42,7 (108)
	0,671	**<0,001**	**0,007**	0,143
Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor	25,4 (89)	25,3 (39)	27,6 (106)	26,4 (46)
	34,2 (27)	27,9 (77)	21,7 (10)	27,7 (70)
	0,114	0,564	0,397	0,779
Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum.	6,9 (24)	4,5 (7)	5,7 (22)	6,9 (12)
	1,3 (1)	6,5 (18)	6,5 (3)	5,1 (13)
	0,062*	0,401	0,741*	0,447

AH: Aile Hekimi, Acil S: Aile Servis, *Fisher's Exact Test

Tablo 13. Mevcut Şikayetine İlişkin Bilgiler ile Aile Hekimine Başvurmama Sebeplerinin Ki Kare Analizi (Devam)

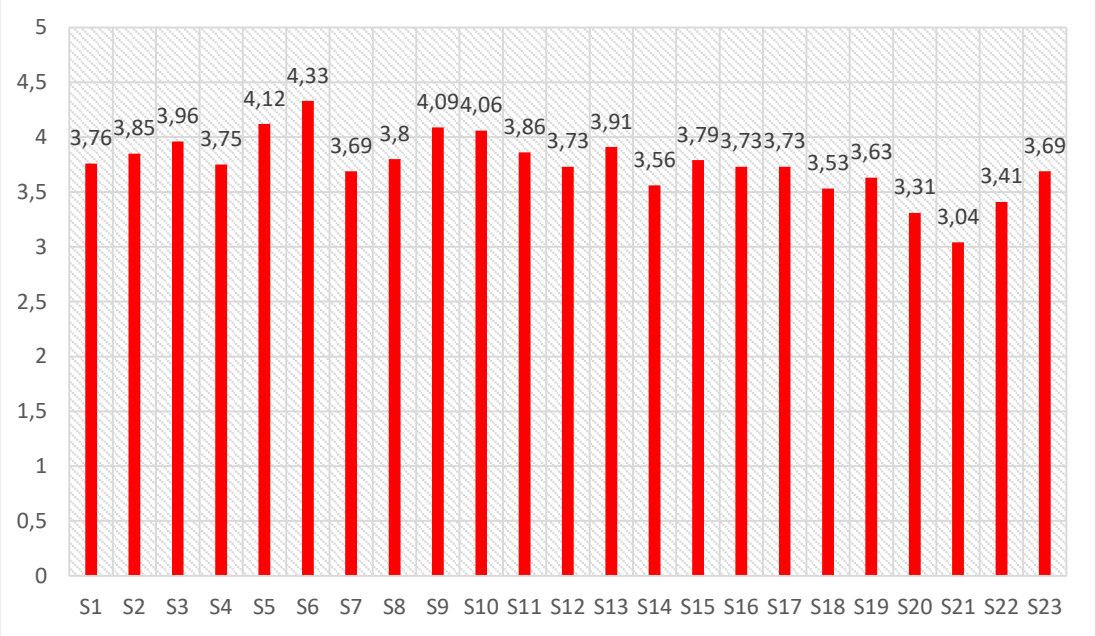
Değişkenler	Başvuru Sebebi	Şikayetini Acil Olarak Görme	İlk Başvuru Yeri	Benzer Durumda AH Tercihi
	Muayene	Hayır	Acil S.	Hayır
	Diğer	Evet	Diğer	Evet
	% (n)			
	p			
Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum	22,3 (78)	20,8 (32)	23,7 (91)	31 (54)
	32,9 (26)	26,1 (72)	28,3 (13)	19,4 (49)
	0,047	0,218	0,495	**0,006**
Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil	17,1 (60)	18,2 (28)	18,5 (71)	26,4 (46)
	15,3 (23)	19,9 (55)	26,1 (12)	14,2 (36)
	0,015	0,660	0,217	**0,002**
Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	28,9 (101)	24,7 (38)	28,6 (110)	35,1 (61)
	27,8 (22)	30,8 (85)	28,3 (13)	24,5 (62)
	0,858	0,178	0,956	**0,018**
Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum	7,7 (27)	5,8 (9)	6,8 (26)	10,3 (18)
	5,1 (4)	8 (22)	10,9 (5)	4,7 (12)
	0,411	0,414	0,359*	**0,026**
Aile hekimime güvenmiyorum	4,3 (15)	5,2 (8)	4,9 (19)	9,2 (16)
	7,6 (6)	4,7 (13)	4,3 (2)	2 (5)
	0,245*	0,823	1,000*	**0,001**
Farklı bir doktordan görüş almak istedim	10,9 (38)	9,1 (14)	9,6 (37)	10,9 (19)
	10,1 (8)	11,6 (32)	4,9 (9)	10,3 (26)
	0,850	0,421	0,072*	0,832
Aile hekimim acil servise yönlendirdi	2,6 (9)	3,2 (5)	2,3 (9)	2,3 (4)
	5,1 (4)	3,3 (9)	10,9 (5)	4 (10)
	0,271*	0,994	**0,011***	0,346
Aile hekimine gitmek istemedim	14,9 (52)	13,6 (21)	14,1 (54)	23 (40)
	10,1 (8)	14,1 (39)	13 (6)	7,9 (20)
	0,274	0,887	0,850	**<0,001**
Mevcut şikâyetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum	7,4 (26)	6,5 (10)	7 (27)	4,6 (8)
	6,3 (5)	7,6 (21)	8,7 (4)	9,1 (23)
	0,733	0,668	0,761*	0,079
Diğer	19,1 (67)	20,1 (31)	18,8 (72)	17,2 (30)
	19 (15)	18,5 (51)	21,7 (10)	20,2 (51)
	0,975	0,676	0,626	0,450

AH: Aile Hekimi, Acil S: Aile Servis, *Fisher's Exact Test

4.2. EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği İstatistiksel Analizi

Memnuniyet düzeyinin hesaplanmasında ölçek sorularına verilen iyi (4) ve çok iyi (5) seçenekleri, memnun olmama düzeyinin hesabında ise ölçek sorularına verilen çok kötü (1) ve kötü (2) seçeneklerini kullanıldı. Sorularda orta seçeneği orta düzey (3) olarak değerlendirilip fikrim yok (0) seçeneği değerlendirmeye alınmadı.

Katılımcıların EUROPEP ölçeğine verdiği yanıtlara bakıldığında en yüksek puan ortalamaları "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (4,33±0,84), "Sizi dinlemesi" (4,12±0,93) ve "İşini tam yapması" (4,09±0,96) sorularıyken, en düşük puan ortalamaları "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (3,04±1,26), "Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz" (3,31±1,23) ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (3,41±1,27) soruları idi. Ölçekte en çok cevapsız bırakılan ve/veya fikrim yok seçeneğinin işaretlendiği soru %23,02 (n=99) katılımcı ile 21. soru olan "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz"' sorusu oldu. EUROPEP ölçeğinin sorularına verilen ortalama puanlar Şekil 12'de verilmiştir. Katılımcıların EUROPEP ölçeğinin sorularına verdiği tüm yanıtlar ve puanların ortalamaları ile yüzdelik dağılımları Tablo 14'te verilmiştir.



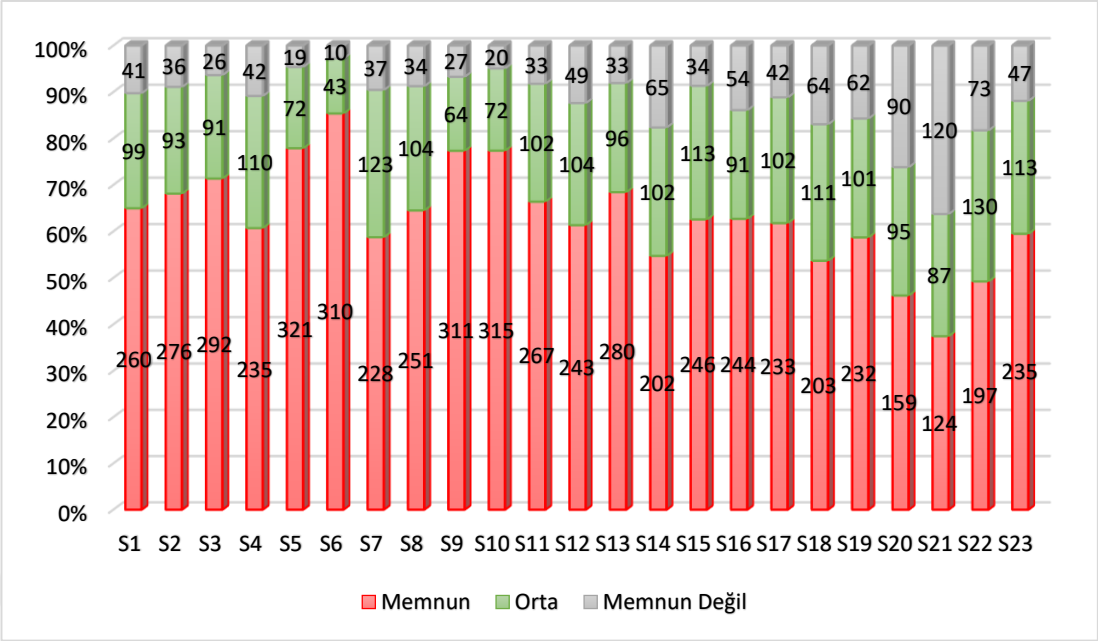
Şekil 12. EUROPEP Ölçeğinin Sorularına Verilen Ortalama Puanlar

Tablo 14. EUROPEP Ölçeği Tüm Yanıtlar, Puan Ortalamaları ve Yüzdelik Dağılımları

Alt Gruplar	EUROPEP, Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği	Fikrim yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam	Ortalama ±ss
Hekim-Hasta İlişkisi	1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	27 (6,3)	18 (4,2)	23 (5,4)	99 (23,2)	159 (37,2)	101 (23,7)	427 (100)	3,76±1,03
	2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	20 (4,7)	11 (2,6)	25 (5,9)	93 (21,9)	159 (37,4)	117 (27,5)	425 (100)	3,85±0,99
	3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	18 (4,2)	10 (2,3)	16 (3,7)	91 (21,3)	155 (36,3)	137 (32,1)	427 (100)	3,96±0,96
	4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	38 (8,9)	15 (3,5)	27 (6,4)	110 (25,9)	124 (29,2)	111 (26,1)	425 (100)	3,75±1,06
	5. Sizi dinlemesi	14 (3,3)	10 (2,3)	9 (2,1)	72 (16,9)	152 (35,7)	169 (39,7)	426 (100)	4,12±0,93
	6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	57 (13,6)	5 (1,2)	5 (1,2)	43 (10,2)	121 (28,8)	189 (45)	420 (100)	4,33±0,84
Sağlık Hizmeti Sunumu	7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	29 (7)	11 (2,6)	26 (6,2)	123 (29,5)	140 (33,6)	88 (21,1)	417 (100)	3,69±0,98
	8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	31 (7,4)	7 (1,7)	27 (6,4)	104 (24,8)	148 (35,2)	103 (24,5)	420 (100)	3,80±0,96
	9. İşini tam yapması	23 (5,4)	8 (1,9)	19 (4,5)	64 (15,1)	148 (34,8)	163 (38,4)	425 (100)	4,09±0,96
	10. Sizi muayene etmesi	14 (3,3)	6 1,4)	14 (3,3)	72 (17,1)	172 (40,9)	143 (34)	421 (100)	4,06±0,89
	11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	24 (5,6)	10 (2,3)	23 (5,4)	102 (23,9)	146 (34,3)	121 (28,4)	426 (100)	3,86±0,99
Enformasyon ve Destek	12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	28 (6,6)	12 (2,8)	37 (8,7)	104 (24,5)	136 (32,1)	107 (25,2)	424 (100)	3,73±1,05
	13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	16 (3,8)	11 (2,6)	22 (5,2)	96 (22,6)	145 (34,1)	135 (21,8)	425 (100)	3,91±1,00
	14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	58 (13,6)	19 (4,4)	46 (10,8)	102 (23,9)	114 (26,7)	88 (20,6)	427 (100)	3,56±1,13
	15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	34 (8)	11 (2,6)	23 (5,4)	113 (26,5)	138 (32,3)	108 (25,3)	427 (100)	3,79±1,00
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	37 (8,7)	16 (3,8)	38 (8,9)	91 (21,4)	135 (31,7)	109 (25,6)	426 (100)	3,73±1,09
	17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	45 (10,7)	10 (2,4)	32 (7,6)	102 (24,2)	138 (32,7)	95 (22,5)	422 (100)	3,73±1,01
Ulaşılabilirlik	18. Doktor dışı personelin yardımı	47 (11,1)	21 (4,9)	43 (10,1)	111 (26,1)	119 (28)	84 (19,8)	425 (100)	3,53±1,12
	19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	78 (18,5)	32 (7,6)	58 (13,7)	95 (22,5)	90 (21,3)	69 (16,6)	422 (100)	3,63±1,15
	20. Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz	78 (18,5)	32 (7,6)	58 (13,7)	95 (22,5)	90 (21,3)	69 (16,4)	422 (100)	3,31±1,23
	21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	92 (21,7)	43 (10,2)	77 (18,2)	87 (20,6)	72 (17)	52 (12,3)	423 (100)	3,04±1,26
	22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	25 (5,9)	30 (7,1)	43 (10,1)	130 (30,6)	125 (29,4)	72 (16,9)	425 (100)	3,41±1,27
	23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	31 (7,3)	16 (3,8)	31 (7,3)	113 (26,5)	133 (31,2)	102 (23,9)	426 (100)	3,69±1,06

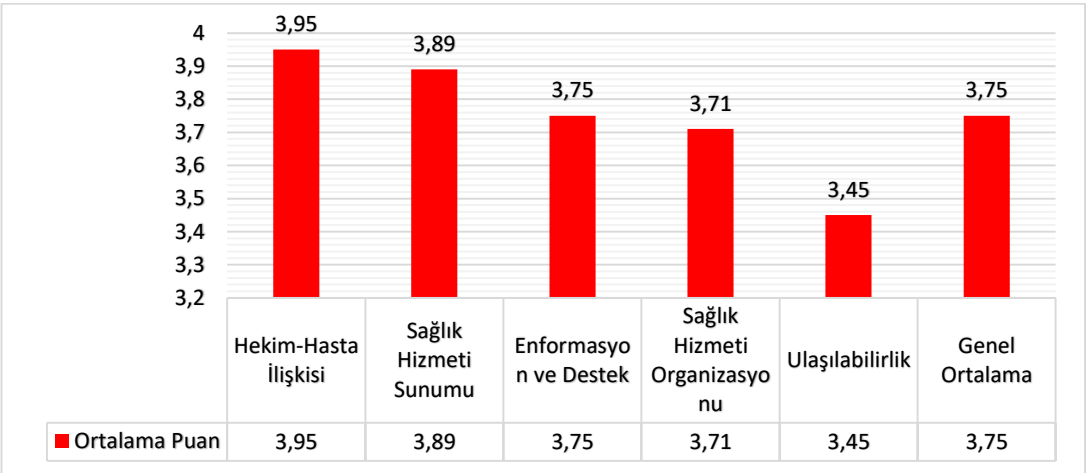
n: Katılımcı sayısı ss: Standart sapma

Toplam memnun olma oranı %63,3, memnun olmama oranı %11,8 ve orta düzey olarak değerlendirme %24,8 oranında hesaplanmıştır. Tüm sorularda memnuniyet oranı Şekil 13'te gösterilmiştir.



Şekil 13. Memnun Olma ve Olmama Oranları

EUROPEP memnuniyet ölçeğinde verilen cevaplar değerlendirildiğinde katılımcıların memnuniyet düzeyi alt boyutların tamamında orta değerden (beş üzerinden üç) yüksek olduğu bulundu. Genel memnuniyet düzeyi ortalama puanı ise 3,75±0,77 olarak hesaplandı. Alt boyutlara göre memnuniyet düzeyi puan ortalamaları Şekil 14'te verilmiştir.



Şekil 14. Alt Boyutlarda Memnuniyet Düzeyi Puan Ortalamaları

Katılımcıların memnuniyet düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasında "Sizi muayene etmesi" (p=0,031, Z=-2,155), "Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması" (p=0,010, Z=-2,585), "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa

çıkmanıza yardımcı olması" (p=0,003, Z=-3,014), "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması" (p=0,009, Z=-2,615) ve "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,031, Z=-2,163) sorularında erkek katılımcıların ölçek sorularına verdiği yanıtların puan ortalamaları kadın katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Diğer sorular incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamakla beraber bir, dört ve 23. sorularda kadın katılımcıların memnuniyet düzeyleri daha yüksekken geri kalan sorularda ise erkek katılımcıların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı.

Cinsiyet ile ölçek alt gruplarının ve toplam puan ortalamasının ilişkisine bakıldığında "enformasyon ve destek" (p=0,029, Z=-2,181) alt grubunda erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptandı. Diğer alt gruplara bakıldığında ise "Hekim-hasta ilişkisi" alt grubu hariç kalan alt gruplarda ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamakla birlikte kadın katılımcıların memnuniyet düzeyinin erkeklere göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 15).

Tablo 15. Cinsiyet ile Ölçek Alt Gruplarının ve Toplam Puan Ortalamasının İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Cinsiyet (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	Kadın (230) Erkek (181)	3,96±0,825 3,94±0,809	0,855
Sağlık Hizmeti Sunumu	Kadın (230) Erkek (181)	3,83±0,853 3,97±0,776	0,120
Enformasyon ve Destek	Kadın (227) Erkek (281)	3,66±0,957 3,86±0,853	**0,029**
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Kadın (222) Erkek (172)	3,64±1,034 3,81±0,938	0,124
Ulaşılabilirlik	Kadın (229) Erkek (180)	3,43±0,924 3,47±0,911	0,62
Toplam Puan Ortalaması	Kadın (230) Erkek (182)	3,71±0,786 3,80±0,758	0,294

*Man-Whitney U Testi, n: Katılımcı sayısı, ss: Standart sapma

Memnuniyet puanlarının yaş ile ilişkisini göstermek amacıyla ayrı ayrı tüm sorulara Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen verilere göre "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" (p=0,045, r=0,101), "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,033, r=0,111), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,001, r=0,171) ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (p=0,013, r=0,126) soruları ile yaş arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu.

Ölçek alt grupları ve toplam puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki Tablo 16'da gösterilmiştir. "Sağlık hizmeti sunumu" (p=0,008, r=0,130), "Enformasyon ve destek" (p=0,029, r=0,108) alt grupları ve ölçek toplam puan ortalaması (p=0,005, r=0,139) ile yaş arasında anlamlı ve pozitif korelasyon saptandı. Yani yaş ile aile hekiminden memnuniyet düzeyinin arttığı bulundu.

Tablo 16. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Yaş İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	**Yaş**	
	*r**	*P*
Hekim-Hasta İlişkisi	0,064	0,195
Sağlık Hizmeti Sunumu	0,130	**0,008**
Enformasyon ve Destek	0,108	**0,029**
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	0,078	0,124
Ulaşılabilirlik	0,015	0,763
Toplam Puan Ortalaması	0,139	**0,005**

*Spearman Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların medeni durumu ile tek tek ölçek sorularının, alt grupların ve toplam puan ortalamasının ilişkisi Kruskal-Wallis H Testi ile analiz edildi. Elde edilen verilere göre medeni durum ile ölçek sorularının tamamında ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptandı. Alt gruplarından ise "Ulaşılabilirlik" (p=0,018, KW=8,045) alt grubunda evli katılımcıların bekar ve dul/boşanmış katılımcılara göre memnuniyet puanı istatistiksel açıdan anlamlı ve daha yüksek saptandı (p<0,05). Anlamlı olmamakla birlikte evli katılımcıların toplam puan ortalaması diğer katılımcılara göre daha yüksek hesaplandı. Medeni durum ile ölçek alt grupları ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Medeni Durum İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Medeni Durum (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	Bekar (252) Evli (149) Dul/Boşanmış (5)	3,95±0,810 3,96±0,804 3,37±1,529	0,716
Sağlık Hizmeti Sunumu	Bekar (253) Evli (149) Dul/Boşanmış (5)	3,87±0,787 3,94±0,865 3,24±1,33	0,192
Enformasyon ve Destek	Bekar (252) Evli (146) Dul/Boşanmış (5)	3,73±0,871 3,79±0,984 3,00±1,224	0,219
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Bekar (243) Evli (143) Dul/Boşanmış (5)	3,67±0,987 3,79±0,998 3,00±1,224	0,189
Ulaşılabilirlik	Bekar (252) Evli (148) Dul/Boşanmış (5)	3,38±0,898 3,57±0,933 2,60±1,140	**0,018**
Toplam Puan Ortalaması	Bekar (253) Evli (149) Dul/Boşanmış (5)	3,73±0,737 3,80±0,814 3,07±1,256	0,190

*Kruskal-Wallis H Testi, n: Katılımcı sayısı, ss: Standart sapma

Eğitim düzeyi ile ayrı ayrı ölçek sorularının ortalama puanları arasında yapılan analizde "Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması" (p=0,007, KW=11,990), "Sizi dinlemesi" (p=0,008, KW=11,784), "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (p=0,043, KW=8,151), "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" (p=0,013, KW=10,711), "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,047, KW=7,972), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,019, KW=9,976), "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" (p=0,027, KW=9,146) sorularında anlamlı (p<0,05) istatistiksel fark vardı.

Eğitim düzeyi ile ölçek alt grupları ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 18'de verilmiştir. Elde edilen verilere göre eğitim düzeyi ile "Hekim-hasta ilişkisi" (p=0,027, KW=9,146), "Ulaşılabilirlik" (p=0,034, KW=8,688) alt gruplarında ve "Toplam puan ortalaması" (p=0,022, KW=9,678) arasında istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05) fark vardı.

Eğitim düzeyi düştükçe aile hekimlerinden memnuniyet düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı saptandı. Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların toplam memnuniyet puanı ortalamaları lise ve üniversite olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,05$) yüksek bulundu. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların toplam puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 18. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Eğitim Düzeyi İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Eğitim Düzeyi (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	İlköğretim (73) Lise (90) Üniversite (239) Lisansüstü (16)	4,10±0,766 3,74±0,910 3,96±0,798 4,24±0,417	**0,027**
Sağlık Hizmeti Sunumu	İlköğretim (72) Lise (90) Üniversite (240) Lisansüstü (16)	4,02±,0,814 3,74±0,943 3,89±0,785 4,12±0,531	0,140
Enformasyon ve Destek	İlköğretim (72) Lise (89) Üniversite (239) Lisansüstü (16)	3,90±0,908 3,56±1,048 3,75±0,867 4,01±0,673	0,127
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	İlköğretim (70) Lise (86) Üniversite (233) Lisansüstü (15)	3,95±0,943 3,67±1,108 3,64±0,980 3,93±0,622	0,082
Ulaşılabilirlik	İlköğretim (72) Lise (89) Üniversite (239) Lisansüstü (16)	3,69±0,909 3,41±1,055 3,38±0,870 3,60±0,607	**0,034**
Toplam Puan Ortalaması	İlköğretim (73) Lise (90) Üniversite (240) Lisansüstü (16)	3,94±0,763 3,61±0,901 3,73±0,729 3,99±0,456	**0,022**

*Kruskal-Wallis H Testi, n: Katılımcı sayısı, ss: Standart sapma

Katılımcıların meslekleri ile memnuniyet düzeyleri arasında yapılan istatistiksel analizde ölçek sorularının ve alt gruplarının tamamında, toplam puan

ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ölçek alt grupları ve toplam puan ortalaması ile katılımcıların meslekleri arasındaki ilişkisi Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Katılımcıların Meslekleri Arasındaki İlişki

Meslek / Alt Gruplar		Hekim Hasta İlişkisi	Sağlık Hizmeti Sunumu	Enformasyon ve Destek	Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Ulaşılabilirlik	Toplam Puan Ortalaması
Çalışmıyor	Ortalama ±ss	3,74±0,889	3,68±0,755	3,53±0,879	3,77±0,910	3,25±,875	3,60±,750
	n	37	36	36	33	36	37
Ev hanımı	Ortalama ±ss	4,09±0,747	3,97±0,862	3,90±0,972	3,96±0,957	3,74±0,815	3,93±0,738
	n	65	65	63	65	65	65
İşçi	Ortalama ±ss	3,70±0,929	3,88±0,986	3,84±0,985	3,73±1,063	3,46±1,042	3,71±0,923
	n	40	40	40	38	39	40
Esnaf	Ortalama ±ss	3,98±0,895	4,23±0,704	3,90±0,830	3,93±0,957	3,66±1,078	3,93±0,824
	n	24	24	24	23	24	24
Memur	Ortalama ±ss	4,02±0,812	3,99±0,744	3,85±0,867	3,85±0,800	3,60±0,757	3,87±0,717
	n	31	31	31	30	31	31
Öğrenci	Ortalama ±ss	3,96±0,744	3,83±0,765	3,70±0,871	3,59±0,989	3,37±0,864	3,70±0,694
	n	174	175	174	169	174	175
Emekli	Ortalama ±ss	3,83±1,103	3,58±1,139	3,47±1,098	3,22±1,057	3,15±0,957	3,49±1,013
	n	12	12	12	11	12	12
Diğer	Ortalama ±ss	4,08±0,856	4,01±0,851	3,76±0,996	3,65±1,131	3,36±1,124	3,75±0,927
	n	36	36	35	32	36	36

n: Katılımcı sayısı, ss: Standart sapma

Katılımcıların gelir düzeyi ile ayrı ayrı ölçek sorularının arasındaki fark karşılaştırıldığında "Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi" (p=0,018, r=0,122), "İşini tam yapması" (p=0,049, r=0100), "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması" (p=0,023,

r=0,121), "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması" (p=0,010, r=0,132), "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,012, r=0,132), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,014, r=0,127), "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (p=0,009, r=0,134) ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" (p=0,036, r=0,108) sorularında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptandı. Gelir düzeyi ile ölçek alt gruplarının ilişkisine bakıldığında "Sağlık hizmeti sunumu" (p=0,007, r=0,073), "Enformasyon ve destek" (p=0,015, r=0,122), "Sağlık hizmetinin organizasyonu" (p=0,040, r=0,105) ve "Ulaşılabilirlik" (p=0,002, r=0,158) alt gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca ölçeğin toplam puan ortalaması ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu görüldü (p=0,006, r=0,136). Yani gelir düzeyinin artması ile aile hekimlerinden memnuniyet ölçeği puanının ortalaması artmaktadır. Ölçek alt grupları ve toplam puan ortalaması ile katılımcıların gelir düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması ile Katılımcıların Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişki

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	**Gelir Düzeyi**	
	*r**	*P*
Hekim-Hasta İlişkisi	0,073	0,147
Sağlık Hizmeti Sunumu	0,134	**0,007**
Enformasyon ve Destek	0,122	**0,015**
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	0,164	**0,040**
Ulaşılabilirlik	0,158	**0,002**
Toplam Puan Ortalaması	0,136	**0,006**

*Spearman Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların asıl yaşadıkları yer ile EUROPEP aile hekimliğinden memnuniyet ölçeği arasında yapılan istatistiksel analizlerde ölçek sorularının ve alt grupların tamamında, toplam puan ortalamasında anlamlı bir fark yoktu. Katılımcılardan Erzurum'un merkez ilçelerinden acil servise başvuranların aile hekimlerinden memnuniyet düzeyi puan ortalamaları diğer ilçelerden ve başka ilden

başvuranlara göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermedi (Tablo 21).

Tablo 21. Yaşanılan Yere Göre EUROPEP Ölçeği Alt Grupları Puanları

Yaşadığınız yer		Hekim Hasta İlişkisi	Sağlık Hizmeti Sunumu	Enformasyon ve Destek	Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Ulaşılabilirlik	Toplam Puan Ortalaması
Erzurum merkez ilçeleri	Ortalama± ss	3,96±0,831	3,89±0,858	3,74±0,960	3,71±1,029	3,45±,946	3,75±,808
	n	304	304	301	290	303	304
Erzurum'un diğer ilçeleri	Ortalama± ss	3,93±0,756	3,89±0,888	3,91±0,674	3,76±0,694	3,38±,843	3,74±0,680
	n	27	27	26	25	26	27
Başka il	Ortalama± ss	3,90±,780	3,90±0,667	3,71±0,807	3,70±0,931	3,46±0,840	3,74±0,676
	n	86	86	86	84	86	87

n: Katılımcı Sayısı, ss: Standart sapma

Kronik bir hastalığı sahip olup olmamakla ve/veya sürekli ilaç kullanıp kullanmamakla ölçek sorularının ve alt grupların tamamında, toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (Tablo 22).

Tablo 22. Kronik Hastalığı Olanların ve Sürekli İlaç Kullananların Ölçek Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Kronik Hastalığı Olanlar		Sürekli İlaç Kullananlar	
	Ortalama±ss	p*	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	3,96±0,907	0,462	3,94±0,849	0,875
Sağlık Hizmeti Sunumu	3,90±0,901	0,618	3,88±0,849	0,983
Enformasyon ve Destek	3,77±0,861	0,882	3,71±0,802	0,587
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	3,79±0,995	0,446	3,64±0,911	0,629
Ulaşılabilirlik	3,51±0,876	0,707	3,65±0,844	0,116
Toplam Puan Ortalaması	3,79±0,786	0,559	3,79±0,744	0,662

*Man Whitney U Testi, ss: Standart sapma

Katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekiminin olup olmadığı ile ölçek soruları arasında yapılan analizde; "Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi" (p=0,002, Z=-3,039), "Sizi dinlemesi" (p=0,040, Z=-2,057), "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (p=0,023, Z=-2,275) ve "Uzmana ya da hastaneye sevkten

beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,025, Z=-2,238) sorularında kayıtlı olduğu aile hekimi bulunan katılımcıların istatistiksel açıdan anlamlı olarak ortalama puanları daha yüksekti (p<0,05). Ölçek alt gruplarına bakıldığında ise "Hekim-hasta ilişkisi" alt grubunda kayıtlı olduğu aile hekimi bulunan katılımcıların istatistiksel açıdan anlamlı olarak ortalama puanları daha yüksek saptandı (p=0,036, Z=-2,094). Aile hekiminin olup olmaması ile ölçek toplam ortalama puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu.

Katılımcıların aile hekiminin adını bilenler ile bilmeyenlerin EUROPEP ölçeğine verdikleri cevapların ortalama puanları Man Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre "Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi" (p=0,00, Z=-3,551), "Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi" (p=0,009, Z=-2,613), "Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması" (p=0,006, Z=-2,733), "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (p=0,010, Z=-2,584), "Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi" (p=0,005, Z=-2,835), "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p=0,007, Z=-2,676), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,004, Z=-2,877), "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (p=0,012, Z=-2,512) ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" (p=0,008, Z=-2,649) sorularında kayıtlı olduğu aile hekiminin adını bilen katılımcılar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek memnuniyet puanlarına sahipti (Tablo 23).

Katılımcılardan aile hekiminin adını bilenler "Hekim-hasta ilişkisi" (p=0,001, Z=-3,410), "Sağlık Hizmeti Sunumu" (p=0,008, Z=-2,649), "Sağlık hizmetinin organizasyonu" (p=0,011, Z=-2,549) ve "Ulaşılabilirlik" (p=0,019, Z=-2,352) alt gruplarında ve toplam puan ortalamasında (p=0,007, Z=-2,679) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek memnuniyet puanlarına sahipti (Tablo 24).

Tablo 23. Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi

EUROPEP, Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği	**Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu**		
	n	Ortalama±ss	p*
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Evet (246) Hayır (154)	3,55±0,873 3,28±0,993	**<0,001**
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Evet (245) Hayır (160)	3,58±0,829 3,38±0,957	**0,009**
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Evet (248) Hayır (161)	3,65±0,771 3,50±0,815	**0,006**
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Evet (234) Hayır (153)	3,41±0,968 3,37±0,909	0,252
5. Sizi dinlemesi	Evet (249) Hayır (163)	3,71±0,706 3,66±0,697	0,176
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Evet (223) Hayır (140)	3,85±0,515 3,72±0,647	**0,010**
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Evet (238) Hayır (150)	3,44±0,883 3,33±0,930	0,140
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Evet (237) Hayır (152)	3,52±0,900 3,39±0,846	**0,005**
9. İşini tam yapması	Evet (246) Hayır (156)	3,66±0,816 3,60±0,768	0,059
10. Sizi muayene etmesi	Evet (248) Hayır (159)	3,68±0,747 3,67±0,672	0,288
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	Evet (247) Hayır (155)	3,54±0,830 3,43±0,912	0,184
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Evet (242) Hayır (154)	3,40±0,994 3,32±0,982	0,177
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Evet (248) Hayır (161)	3,53±0,886 3,52±0,815	0,371
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Evet (224) Hayır (145)	3,15±1,133 3,27±1,056	0,347

*Man Whitney U testi, n: Katılımcı Sayısı, ss: Standart sapma

Tablo 23. Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi (Devam)

EUROPEP, Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği	**Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu**		
	n	Ortalama±ss	p*
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Evet (241) Hayır (152)	3,49±0,895 3,40±0,848	0,064
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Evet (234) Hayır (155)	3,34±1,062 3,36±0,986	0,701
17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Evet (227) Hayır (150)	3,47±0,942 3,29±0,965	**0,007**
18. Doktor dışı personelin yardımı	Evet (230) Hayır (148)	3,16±1,112 3,26±1,044	0,479
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Evet (241) Hayır (154)	3,35±1,074 3,16±1,055	**0,004**
20. Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Evet (207) Hayır (137)	2,99±1,271 2,87±1,162	0,070
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Evet (195) Hayır (136)	2,65±1,324 2,65±1,285	0,827
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	Evet (244) Hayır (156)	3,23±1,056 2,97±1,150	**0,012**
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Evet (240) Hayır (155)	3,44±0,936 3,23±1,016	**0,008**

*Man Whitney U testi, n: Katılımcı Sayısı, ss: Standart sapma

Katılımcıların aile sağlığı merkezinin yerini bilip bilmeme durumuyla ayrı ayrı ölçek sorularının karşılaştırılması sonucunda "Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi" sorusunda aile sağlığı merkezinin yerini bilen katılımcıların memnuniyet puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,019, Z=-2,342). Diğer sorularda ve alt gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Ölçeğin toplam puan ortalaması aile sağlığı merkezinin yerini bilen katılımcılarda daha yüksek olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Tablo 24. Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu ile Memnuniyet Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Aile Hekiminin Adını Bilme (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	Evet (253) Hayır (166)	4,05±0,826 3,80±0,776	**0,001**
Sağlık Hizmeti Sunumu	Evet (253) Hayır (166)	3,95±0,871 3,80±0,733	**0,008**
Enformasyon ve Destek	Evet (250) Hayır (165)	3,78±0,939 3,70±0,874	0,241
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Evet (242) Hayır (169)	3,80±1,012 3,58±0,942	**0,011**
Ulaşılabilirlik	Evet (252) Hayır (165)	3,53±0,922 3,33±0,895	**0,019**
Toplam Puan Ortalaması	Evet (253) Hayır (167)	3,82±0,800 3,64±0,718	**0,007**

*Man Whitney U testi, n: Katılımcı Sayısı, ss: Standart sapma

Katılımcıların aile sağlığı merkezinin telefon numarasını bilip bilmeme durumuyla ayrı ayrı ölçek sorularının karşılaştırılması Man Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen verilere göre "Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması" (p=0,014, Z=-2,447), "Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi" (p=0,005, Z=-2,815), "Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi" (p=0,001, Z=-3,216), "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" (p=0,023, Z=-2,277), "Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması" (p=0,001, Z=-3,395), "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması" (p=0,006, Z=-2,729), "Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi" (p=0,002, Z=-3,044), "Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (p<0,001, Z=-3,498), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,001, Z=-3,393), "Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz" (p<0,001, Z=-4,696), "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (p<0,001, Z=-5,811), "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (p=0,004, Z=--2,872) ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" (p<0,001, Z=-3,628) sorularında aile sağlığı merkezinin telefon numarasını bilen katılımcıların memnuniyet puan ortalaması bilmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Katılımcıların aile hekimliğinin telefon numarasını bilip bilmeme durumuyla ölçek alt gruplarının ilişkisine bakıldığında tüm alt gruplarda ve ölçek toplam puan ortalamasında aile hekimliğinin telefon numarasını bilen katılımcılar istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek memnuniyet puan ortalamalarına sahipti. Aile hekimliğinin telefon numarasını bilme durumu ve ölçek alt grupları puan ortalamaları ilişkisi Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25. Aile Hekimliğinin Telefon Numarasını Bilme Durumu ve Memnuniyet Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Aile Hekimliğinin Telefonunu Bilme (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	Evet (64) Hayır (355)	4,17±0,830 3,91±0,807	**0,012**
Sağlık Hizmeti Sunumu	Evet (64) Hayır (355)	4,21±0,812 3,83±0,811	**<0,001**
Enformasyon ve Destek	Evet (64) Hayır (353)	4,09±0,898 3,68±0,845	**0,001**
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Evet (63) Hayır (342)	4,03±0,870 3,54±0,961	**<0,001**
Ulaşılabilirlik	Evet (64) Hayır (353)	3,97±0,865 3,34±0,934	**<0,001**
Toplam Puan Ortalaması	Evet (64) Hayır (356)	4,10±0,783 3,69±0,754	**<0,001**

*Man Whitney U testi, n: Katılımcı Sayısı, ss: Standart sapma

Katılımcıların acil servise başvuru saati ile memnuniyet ölçeğine verdikleri yanıtların puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde tüm ölçek sorularında, alt gruplarında ve toplam ölçek puanı ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. İstatistiksel açıdan anlamlı fark olmamakla birlikte mesai saatleri dışında (3,80±0,770) başvuran katılımcıların genel memnuniyet puanı ortalaması, mesai içinde (3,70±0,774) başvuran katılımcılara göre daha yüksek saptandı.

Acil servise "muayene olmak" amacıyla başvuran katılımcıların "Sizi dinlemesi" (p=0,037, KW=10,182) sorusundaki ortalama memnuniyet puanı ilaç yazdırma ve enjeksiyon yaptırma amacıyla başvuran katılımcılara göre istatistiksel

açıdan anlamlı olarak daha yüksekti. Diğer sorular, tüm alt gruplar ve toplam ölçek puan ortalaması ile başvuru sebebi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. İstatistiksel açıdan anlamlı fark olmamakla birlikte "Pansuman yaptırmak" sebebiyle başvuran katılımcıların toplam ölçek puanı ortalaması en yüksek olarak hesaplanırken (4,35±0,733), başvuru sebebi "İlaç yazdırmak" olan katılımcıların ise en düşük olarak hesaplandı (3,55±0,758) (Tablo 26).

Tablo 26. Acil Servise Başvuru Sebebine Göre Ölçek Toplam Ortalama Puanları

Acil servise başvuru sebebi	Katılımcı Sayısı (n)	Toplam Ortalama Puan	Standart Sapma
Muayene olmak	341	3,77	0,760
İlaç yazdırmak	20	3,55	0,758
Enjeksiyon yaptırmak	21	3,73	0,752
Pansuman yaptırmak	3	4,35	0,733
Tahlil ve/veya tetkik yaptırmak	34	3,69	0,920

Mevcut şikâyeti için ilk başvuru yeri ile memnuniyet ölçeğine verilen ortalama puanların incelenmesi sonucunda tüm ölçek sorularında, alt gruplarında ve toplam ölçek puanı ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamakla birlikte ilk başvuru yeri aile hekimliği (3,88±0,788) olan katılımcıların ölçek toplam ortalama puanları daha yüksek hesaplandı (Tablo 27).

Tablo 27. İlk Başvuru Yerine Göre Ölçek Toplam Ortalama Puanları

Mevcut şikâyetiniz için ilk başvuru yeri	Katılımcı Sayısı (n)	Toplam Ortalama Puan	Standart Sapma
Acil servis	375	3,74	0,767
Aile hekimliği	28	3,88	0,788
Diğer poliklinikler	17	3,69	0,890

Katılımcıların başvuru sebebini acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak görüp görmediği ile ayrı ayrı ölçek sorularına verdiği ortalama puanlar arasında yapılan istatistiksel analizde "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" (p=0,013, Z=-2,491), "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması" (p=0,002, Z=-3,077) ve "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (p=0,019, Z=-2,337) sorularında başvuru sebebini acil durum olarak görmediğini belirten katılımcıların puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu soru

ile ölçek alt grupları arasında yapılan incelemede "Sağlık hizmeti sunumu" (p=0,023, Z=-,270), "Enformasyon ve destek" (p=0,015, Z=-2,431) alt grupları ve ölçek toplam ortalama puanı (p=0,027, Z=-2,210) arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardı. Başvuru sebebini acil bir durum olarak görmeyen katılımcıların memnuniyet puanları daha yüksek hesaplandı (Tablo 28).

Tablo 28. Başvuru Sebebini Acil Olarak Görme Durumu ve EUROPEP Ölçeği İlişkisi

EUROPEP Ölçeği Alt Grupları	Başvuru Sebebini Acil Olarak Görme (n)	Ortalama±ss	p*
Hekim-Hasta İlişkisi	Evet (267) Hayır (152)	3,90±0,841 4,03±0,762	0,147
Sağlık Hizmeti Sunumu	Evet (267) Hayır (152)	3,82±0,844 4,02±0,766	**0,023**
Enformasyon ve Destek	Evet (265) Hayır (152)	3,67±0,934 3,89±0,862	**0,015**
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Evet (258) Hayır (147)	3,67±0,994 3,78±0,982	0,317
Ulaşılabilirlik	Evet (266) Hayır (151)	3,38±0,942 3,59±0,854	0,075
Toplam Puan Ortalaması	Evet (268) Hayır (152)	3,68±0,792 3,87±0,724	**0,027**

*Man Whitney U Testi, n: Katılımcı sayısı ss: Standart sapma

Benzer bir durumda aile hekimini tercih edip etmeme ile ölçek soruları arasındaki ilişki Tablo 29'da verilmiştir. Buna göre "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması", "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması", "Doktor dışı personelin yardımı", "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz", "Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz", "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" soruları hariç tüm sorularda ve ölçek alt gruplarında, ölçek toplam ortalama puanında benzer durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirten katılımcıların memnuniyet puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 29).

Tablo 29. Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi

Alt Gruplar	**EUROPEP, Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği**	**Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme**			
		n	Ortalama±ss	p	
Hekim Hasta İlişkisi	1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Evet (246) Hayır (154)	3,57±0,837 3,27±1,017	**<0,001**	**0,001**
	2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Evet (245) Hayır (160)	3,58±0,832 3,38±0,953	**0,008**	
	3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Evet (248) Hayır (161)	3,64±0,761 3,50±0,831	**0,023**	
	4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Evet (234) Hayır (153)	3,49±0,868 3,25±1,033	**0,014**	
	5. Sizi dinlemesi	Evet (249) Hayır (163)	3,75±0,660 3,59±0,756	**0,004**	
	6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Evet (223) Hayır (140)	3,83±0,530 3,75±0,634	0,187	
Sağlık Hizmeti Sunumu	7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Evet (238) Hayır (150)	3,50±0,869 3,25±0,933	**<0,001**	**<0,001**
	8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Evet (237) Hayır (152)	3,56±0,831 3,33±0,938	**0,001**	
	9. İşini tam yapması	Evet (246) Hayır (156)	3,75±0,662 3,47±0,949	**<0,001**	
	10. Sizi muayene etmesi	Evet (248) Hayır (159)	3,76±0,618 3,55±0,836	**0,002**	
	11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	Evet (247) Hayır (155)	3,64±0,751 3,29±0,972	**<0,001**	
Enformasyon ve Destek	12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Evet (242) Hayır (154)	3,47±0,935 3,23±1,035	**0,003**	**<0,001**
	13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Evet (248) Hayır (161)	3,64±0,743 3,34±0,984	**0,001**	
	14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Evet (224) Hayır (145)	3,27±1,062 3,08±1,154	0,103	
	15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Evet (241) Hayır (152)	3,57±0,793 3,27±0,972	**<0,001**	

Tablo 29. Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme ile Memnuniyet Ölçeği İlişkisi (Devam)

Alt Gruplar	EUROPEP, Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği	Benzer Durumda Aile Hekimini Tercih Etme			
		n	Ortalama±ss	p	
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Evet (234) Hayır (155)	3,49±0,911 3,16±1,148	**0,003**	**0,001**
	17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Evet (227) Hayır (150)	3,50±0,858 3,23±1,067	**0,011**	
Ulaşılabilirlik	18. Doktor dışı personelin yardımı	Evet (230) Hayır (148)	3,30±1,018 3,06±1,160	0,055	**0,005**
	19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Evet (241) Hayır (154)	3,32±1,061 3,19±1,085	0,126	
	20. Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Evet (207) Hayır (137)	3,02±1,202 2,81±1,267	0,106	
	21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Evet (195) Hayır (136)	2,68±1,311 2,62±1,301	0,598	
	22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	Evet (244) Hayır (156)	3,19±1,068 3,03±1,143	0,143	
	23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Evet (240) Hayır (155)	3,46±0,899 3,22±1,049	**0,015**	
Toplam Puan Ortalaması		Evet (250) Hayır ((168)	3,86±0,768 3,59±0,754	**<0,001**	

n: Katılımcı sayısı ss: Standart sapma

Aile hekimliğine başvurmama nedenleri ile ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puanı ortalamasının ilişkisi Tablo 30'da verilmiştir. Elde edilen verilere göre "Acil servis işe/eve daha yakın" sebebini gösteren katılımcıların göstermeyenlere göre "Enformasyon ve destek" alt grubundaki memnuniyet puanı ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,018, Z=-2,363). "Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum" sebebini gösteren katılımcıların bu sebebi belirtmeyen katılımcılara göre "Hekim-hasta ilişkisi" alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde memnuniyet puanları daha düşük saptandı (p=0,031, Z=-2,836). "Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum" sebebini mevcut şikâyeti için aile hekimine başvurmama sebebi olarak gösteren katılımcıların göstermeyenlere göre tüm alt gruplarda ve toplam ölçek puanı ortalamasında

memnuniyet düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı düşük bulundu (p<0,05). "Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil" sebebini belirten katılımcıların belirtmeyenlere göre "Ulaşılabilirlik" (p=0,003, Z=-3,021) alt grubu puan ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması (p=0,027, Z=-2,217) anlamlı düşük saptandı. "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum", "Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum", "Aile hekimime güvenmiyorum" ve "Aile hekimine gitmek istemedim" sebebini mevcut şikâyeti için aile hekimine başvurmama sebebi olarak gösteren katılımcıların göstermeyenlere göre tüm alt gruplarda ve toplam ölçek puanı ortalamasında memnuniyet düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı düşük bulundu (p<0,05).

Tablo 30. Aile Hekimine Başvurmama Sebepleri ile EUROPEP Ölçeği İlişkisi

Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri	Hekim Hasta İlişkisi	Sağlık Hizmeti Sunumu	Enformasyon ve Destek	Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Ulaşılabilirlik	Toplam Puan Ortalaması
	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*
Acil servis işe/eve daha yakın	4,03±0,691 0,273	3,99±0,755 0,091	3,90±0,801 **0,018**	3,81±0,926 0,169	3,55±0,898 0,095	3,86±0,690 0,061
Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor	3,90±0,843 0,402	3,90±0,758 0,846	3,77±0,951 0,671	3,74±0,952 0,886	3,43±0,944 0,813	3,75±0,763 0,847
Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum	3,70±0,694 **0,031**	3,77±0,513 0,146	3,71±0,847 0,744	3,54±0,915 0,258	3,20±0,990 0,174	3,56±0,623 0,074
Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum	3,77±0,794 **0,006**	3,66±0,901 **0,003**	3,51±0,971 **0,004**	3,52±1,061 **0,035**	3,24±0,998 **0,013**	3,53±0,801 **0,001**
Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil	3,79±0,860 0,063	3,74±0,874 0,071	3,65±0,924 0,200	3,61±1,043 0,338	3,18±0,982 **0,003**	3,58±0,816 **0,027**
Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	3,81±0,847 **0,021**	3,67±0,846 **<0,001**	3,54±1, 021 **0,005**	3,49±1,110 **0,007**	3,25±0,980 **0,009**	3,56±0,824 **0,001**
Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum	3,46±0,808 **<0,001**	3,29±0,841 **<0,001**	3,41±0,987 **0,0,39**	3,35±0,998 **0,040**	3,13±0,918 **0,032**	3,33±0,764 **0,002**
Aile hekimime güvenmiyorum	2,83±0,817 **<0,001**	2,98±0,907 **<0,001**	2,88±0,871 **<0,001**	2,95±0,872 **<0,001**	2,80±0,964 **0,001**	2,87±0,740 **<0,001**
Farklı bir doktordan görüş almak istedim.	3,95±0,666 0,570	3,95±0,644 0,901	3,79±0,823 0,998	3,69±0,945 0,797	3,40±0,872 0,620	3,75±0,627 0,658

*Man Whitney U testi, ss: Standart sapma

Tablo 30. Aile Hekimine Başvurmama Sebepleri ile EUROPEP Ölçeği İlişkisi (Devam)

Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri	Hekim Hasta İlişkisi	Sağlık Hizmeti Sunumu	Enformasyon ve Destek	Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Ulaşılabilirlik	Toplam Puan Ortalaması
	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*	Ortalama±ss P*
Farklı bir doktordan görüş almak istedim.	3,95±0,666 0,570	3,95±0,644 0,901	3,79±0,823 0,998	3,69±0,945 0,797	3,40±0,872 0,620	3,75±0,627 0,658
Aile hekimim acil servise yönlendirdi.	3,82±0,846 0,479	3,77±0,914 0,651	3,70±1,075 0,954	3,50±1,296 0,703	3,30±1,207 0,617	3,62±0,909 0,644
Aile hekimine gitmek istemedim	3,67±0,852 **0,005**	3,63±0,813 **0,006**	3,53±0,936 **0,041**	3,33±1,068 **0,004**	3,18±0,958 **0,015**	3,48±0,777 **0,003**
Mevcut şikâyetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum	3,79±0,882 0,338	3,66±0,909 0,121	3,68±1,109 0,977	3,33±1,105 0,062	3,41±1,040 0,804	3,62±0,871 0,426
Diğer	4,07±0,815 0,101	3,98±0,822 0,185	3,83±0,914 0,278	3,77±0,990 0,398	3,51±0,916 0,419	3,84±0772 0,126

*Man Whitney U testi, ss: Standart sapma

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda acil servise başvuran yeşil alan triyaj kodlu ayaktan tedavisi düzenlenip taburcu edilen hastaların başvuru öncesinde aile hekimine başvurularının değerlendirilmesini ve aile hekimine başvurmama sebeplerinin belirlenmesi ile aile hekimlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyet durumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcılardan %81,4'ü (n=350) "muayene olmak" amacıyla acil servise başvurmuşken, ilk başvuru yeri olarak %6,5'i (n=28) aile hekimini, %4,2'si (n=18) diğer poliklinikleri tercih etti. Katılımcılardan %64,2'si (n=276) mevcut şikayetini acil bir durum olarak görüyorken, %58,8 (n=253) katılımcı benzer bir durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirtti.

İngiltere'de Amiel ve ark. gerçekleştirdiği, 649 katılımcının dahil olduğu ve hafif hastalığı olan hastaların acil bakım merkezine başvurma nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %68'i mevcut şikâyeti için kayıtlı olduğu pratisyen hekime başvurmamış. Katılımcılardan %44'ü mevcut durumlarının ciddi, %9'u ise çok ciddi olarak tanımladığı tespit edilmiştir (45).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada acil servise başvuran birinci basamak hastalarının %67,3'ü mevcut sağlık sorununun "çok" acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak gördüğü tespit edilmiştir (46).

İrlanda'da Cummins ve ark. 306 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %60'ının acil servise gitmeden önce pratisyen hekim hizmetlerine eriştiği tespit edilmiştir. Katılımcılardan %48'i mevcut durumunun acil olduğunu düşündüğünü belirtmiştir (47).

Tayvan'da gerçekleştirilen bir çalışmada acil olmayan hasta olarak nitelendirilen katılımcıların %45,5'i mevcut durumları için sadece acil servise ihtiyacı olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (48).

Suudi Arabistan'da Al-Otmy ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcılardan %42'si durumlarının acil olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (40).

Türkiye'de İdil ve ark. 624 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcılardan %28,7'si (n=179) aile hekimini tercih etmediğini belirtmiştir (49). Çopur ve ark. (50) yaptıkları çalışmada ise ilk başvuru yeri olarak katılımcılardan %56,8'inin acil servisi, %23,1'inin aile hekimliğini, %20,1'inin hastane polikliniklerini tercih ettiği tespit

edilmiştir. Ülkemizde acil servis hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada katılımcılardan %15,9'unun hastalandıklarında aile sağlığı merkezine gitmeyi tercih ettikleri ve %45,9 katılımcının başvuru nedenlerini acil olarak görmediğini tespit edilmiştir (51). Başka bir çalışmada ise katılımcıların hastalandıklarında ilk başvuru yerleri sırayla devlet hastanesi (%52,3), aile hekimliği (%31,7) ve özel hastane (%11,4) olarak tespit edilmiştir (52).

Ulusal ve uluslararası çalışmaların çoğunda ve çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun mevcut şikayetlerini acil bir durum olarak gördüğü tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda ve diğer çalışmalarda küçük farklılıklar olsa da genellikle katılımcıların ilk başvuru yeri olarak aile hekimlerini tercih etmediği tespit edilmiştir. Bunun sebebi katılımcıların mevcut şikayetlerinin acil bir durum olarak görüyor olması ve aile hekimliği hizmetlerinin yetersiz olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimi yerine acil servisi tercih etme sebeplerine bakıldığında katılımcıların %40'ı (n=172) "Acil servisin işe/eve daha yakın", "%28,6'sı (n=123) "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum", %27'si (n=116) "Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor", %24,2'si (104) "Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum", %19,3'ü (n=83) "Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil", %14'ü (n=60) "Aile hekimine gitmek istemedim ", %10,7'si (n=46) "Farklı bir doktordan görüş almak istedim", %7,2'si (n=31) "Mevcut şikayetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum" ve "Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum", %5,8'i (n=25) "Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum", %4,9'u (n=21) "Aile hekimime güvenmiyorum", %3,3'ü (n=14) "Aile hekimim acil servise yönlendirdi" sebeplerini belirtirken %19,1 (n=82) katılımcı ise "Diğer" nedenleri mevcut şikayeti için aile hekimine başvurmama sebebi olarak gösterdi.

İngiltere'de Amiel ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servise başvuruların ana nedenine bakıldığında katılımcılardan %58'i (359/623) "pratisyen hekim randevusu" almaktan daha hızlı olması olarak belirtmişken, bir sonraki en yaygın neden "evime ya da işime en yakın yer" (%47) olmuştur. %22 katılımcı buranın "sorunum için en iyi yer" olarak tanımlamışken, %20'si merkezin "ailesi, arkadaşı ya da iş arkadaşı tarafından tavsiye edildiğini" bildirmiştir. %14 katılımcı, acil bakım merkezinde verilen tavsiye ve

tedaviye kendi pratisyen hekimlerinden daha fazla güven duyduklarını belirtmişken, %5 katılımcı ise "ikinci bir görüş" istediğini belirtmiştir (45).

İrlanda'da Cummins ve ark. yaptığı çalışmada acil servise başvuruların nedenlerine bakıldığında ise katılımcılardan %70'i "Acil servis sorunum için en iyi yer", %31'i "Röntgen veya taramaya ihtiyacım olduğunu düşündüm", %30'u "Bu sorunla ilgili olarak beni tedavi edecek başka hizmetlerden haberdar değilim", %11'i "İkinci bir görüş almak için acil servise geldim", %9'u "Kan testine ihtiyacım olabileceğini düşündüm", %7'si "Şu anda başka hangi hizmetlerin açık olduğunu bilmiyorum" ve %6'sı "Acil servise ulaşmak benim için daha kolay" nedenlerini belirtmiştir (47).

Avustralya'da 138 katılımcı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların aile hekimi yerine acil servisi tercih etme nedenlerine bakıldığında katılımcıların %71,7'si "Acil serviste doktorla görüşebiliyorum ve aynı yerde her türlü tetkik veya röntgeni çekebiliyorum", %57,2'si "Pratisyen hekim muayenehanem kapatıldı", %34,8'i "Acil servis eve veya işe aile hekiminin muayenehanesinden daha yakın", %32,6'sı "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum", %16,7'si "Doktorum beni acil servise yönlendirdi", %15,2'si "Doktorumun gerekli donanıma sahip olduğunu düşünmüyordum", %10,9'u "İkinci bir görüş istedim" nedenlerini belirtmiştir (53). Avustralya'da yapılan bir başka çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servise başvurmalarının nedenlerine bakıldığında katılımcıların %51,3'ü "acil serviste aynı yerde doktoru görebiliyorum ve tüm testleri veya röntgenleri yaptırabiliyorum", %15,4'ü "acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum", %8,4'ü "acil servise ulaşım aile hekime ulaşmaktan daha kolay", %5,7'si "ikinci bir görüş almak istedim" nedenlerini "çok önemli" derece nedenler olarak belirtmiştir (46).

Fransa'da yapılan temel amacı acil servise başvuran acil olmayan hastaların özelliklerini ve başvuru nedenlerinin belirlenmesi olan toplam 598 katılımcının verilerinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %26,3'ü ek testler yaptırabiliyor olması, %19,2'si mevcut aile hekimi olmaması, %17,7'si coğrafi yakınlık sebebiyle, %5,2'si mesai saatlerinden sonra başvurduğu, %3,6'sı ise ikinci bir görüş almak istediği için acil servisi tercih ettiğini belirtmiştir (54).

Suudi Arabistan'da hastaların acil olmayan sorunlar için birinci basamak sağlık merkezi yerine acil servise gitme kararını etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan ve 915 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada en çok belirtilen beş sebep sırayla; acil serviste "hızlı tıbbi bakım sağlanması" (%36,6), "acil bakıma kolay erişim" (%36), "aynı gün içinde aile sağlığı merkezinde randevu alınamaması" (%35,7), "aile sağlığı merkezinde tam inceleme yapılmaması" (29,3), "birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği" (%27) nedenleri belirtilmiştir (55). Al-Otmy ve ark. (40) ise yaptıkları bir kesitsel çalışmada hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servise gitmelerinin ana nedenlerini katılımcılardan %25,5'i acil servise erişimin kolay olduğunu %17,8'i birinci basamak sağlık hizmetlerinde sınırlı hizmetlerin olduğunu, %11,8'i randevu almakta zorluk yaşadığını, %4,3'ü birinci basamak servislerinden acil servise yönlendirdiğini belirtmiştir.

Türkiye'de İdil ve ark. (49) yaptıkları çalışmada birinci basamak veya diğer sağlık birimleri yerine acil servisi tercih etme nedenlerine bakıldığında ise katılımcılardan %36,4'ü acil serviste daha hızlı muayene olabiliyorum, %30,9'u alternatif sağlık birimlerinden erken randevu alamıyorum, %20,2'si özel bir nedenim yok, %12,8'i acil servis aile hekimime göre daha yakın, %12,3'ü farklı bir nedenden dolayı hastaneye gittiğimde şikayetlerim için acil servise başvurdum, %8'i diğer nedenler olarak bildirmiştir. Çopur ve ark. (50) yeşil alan hastaları ile yaptıkları çalışmada ise diğer poliklinikler yerine acil servise başvuru nedenlerinin katılımcılardan %39,2'si "Sağlık durumum beni tedirgin ettiği için polikliniklerde randevu almadan muayene olmak istedim", %17'si "Hastanenin polikliniklerinde muayene ve randevu alma konusunda sıkıntı yaşıyorum", %13,2'si " Acildeki hekimler daha ilgililer", %10,3'ü "Tavsiye üzerine acile başvurdum", %6,4 "Acil serviste muayene olmak daha kısa sürüyor", %2,1'i "Çalışma saatlerim acile gelmek için daha uygun" nedenlerini belirtmişlerdir. Bozdağ (51) tarafından yapılan çalışmada acil servisin tercih edilme nedenlerine bakıldığında katılımcılar tarafından en çok belirtilen nedenler %67,7 oranıyla "acilde muayeneler daha hızlı", "yatış işlemleri daha kısa sürede ve kolay oluyor", "acil hekimleri daha çok ilgililer", "sağlık durumumdan endişe ettiğim ve hızlı muayene olmak için acil servise başvurdum" nedenleri olmuştur.

Çalışmamızda ve taradığımız diğer çalışmalarda aile hekimine ulaşılabilirliğin acil servise göre daha zor olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımına engel olan önemli bir neden olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda farklı nedenlerin öne çıkması çalışmaların yapıldığı ülkenin sağlık sistemi, katılımcıların sosyo-kültürel yapısı ve çalışmanın yapıldığı yer ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların EUROPEP ölçeği toplam memnun olma oranı %63,3, memnun olmama oranı %11,8 ve orta düzey olarak değerlendirme %24,8 oranında hesaplanmıştır. Toplam memnuniyet düzeyi ortalama puanı ise 3,75±0,77 olarak hesaplandı.

Yapılan birçok çalışmada ve çalışmamızda katılımcıların genel olarak aile hekiminden memnun olduğu görülmüştür. Brandao ve ark. Brezilya'da yaptıkları çalışmada genel memnuniyet oranı %76,6 tespit edilmiştir (56). Bulgaristan'da yapılan bir çalışmada ölçeğin 21. Sorusu hariç diğer soruların tavan etkisi %50'nin üzerinde bulunmuş ve diğer 22 sorudan memnuniyet düzeyi %80,5 bulunmuştur (57). Baltacı ve ark. ülkemizde 89 katılımcı ile yaptıkları çalışmada aile hekiminden memnun olanların oranını %94,5 olarak tespit etmiştir (58). Gökseven ve ark. tarafından bir üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %86,3'ünün aldıkları sağlık hizmetinden genel olarak memnun olduğu tespit edilmiştir (59). Ardahan ve ark. bir aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada hastaların ortalama memnuniyet düzeyini 4,06± 0,72 olarak bulmuştur (60).

Çalışmamızda katılımcıların EUROPEP ölçeğine verdiği yanıtlara bakıldığında en yüksek puan ortalamaları "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (4,33±0,84) "Sizi dinlemesi" (4,12±0,93) ve "İşini tam yapması" (4,09±0,96) sorularıyken, en düşük puan ortalamaları ise "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (3,04±1,26), "Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz" (3,31±1,23) ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (3,41±1,27) soruları idi.

Ulusal ve uluslararası birçok çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Almanya'da mültecilerle yapılan bir çalışmada en yüksek ortalama memnuniyet puanları "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (4,53) ve "Sizi dinlemesi" (4,12) sorularında gözlenmiştir. En düşük puanlar ise "Bekleme odasında harcadığınız

zaman” (3,15) ve “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (3,19) sorularında tespit edilmiştir (61).

Bulgaristan’da yapılan bir çalışmada en yüksek puanlar “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (4,55±0,75), “Sizi Dinlemesi” (4,49±0,84), “Doktorunuzla telefonla ulaşabilmeniz” (4,39±0,99) olurken en düşük puanlar “Bekleme odasında harcadığınız zaman” (3,65±1,25), “Size uygun zamanda randevu alabilmeniz” (4,18±1,06), “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” (4,18±1,07) sorularında tespit edilmiştir (57).

Norveç’te yapılan bir çalışmada en yüksek ortalama puanlar “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (4,7±0,60), “Sizi dinlemesi” (4,6±0,71) soruları olurken en düşük puanlar “Aile sağlığı merkezine telefon ulaşabilmeniz” (2,8±1,23) ve “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (3,1±1,3) sorularında olmuştur (62).

İtalya’da yapılan bir çalışmada en yüksek memnuniyet düzeyleri “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (%98), “Sizi dinlemesi” (%93), “Sizi muayene etmesi” (%91) sorularında olurken; en düşük memnuniyet düzeyleri “Bekleme odasında harcadığınız zaman” (%43), “Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” (%79) ve “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz” (%81) sorularında olmuştur (63).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması" (%76,7), "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (%76,3) ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" (%76,2) en iyi şekilde değerlendirilirken; "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması" (%60,2), "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (%63,0), "Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi" (%61,3) ve "Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması" (%61,3) en düşük memnuniyet düzeyleri olarak tespit edilmiştir (64). Üstün (65) tarafından yapılan çalışmada en yüksek ortalama puanlar “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (4,14±0,85), “Sizi dinlemesi” (3,74±0,92) ve “İşini tam yapması” (3,70±0,91) soruları olurken, en düşük ortalama puanlar ise “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (3,11±1,50), “Bekleme odasında harcadığınız zaman” (3,15±1,04) ve “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” (3,27±1,03) sorularında olmuştur. Turgu ve ark. (66) yaptıkları çalışmada ise en yüksek ortalama puanlar “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (4,99±0,15), “Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” (4,97±0,26) ve “Uzmana ya da

hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması" (4,96±0,22) sorularında olurken en düşük puanlar "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (4,50±0,72), "Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz" (4,81±0,54), "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (4,91±0,48) ve "Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması" (4,91±0,38) sorularında olmuştur.

Çalışmamızda ölçekte "cevapsız bırakılan ve/veya fikrim yok" seçeneğinin işaretlendiği soru %23,02 (n=99) katılımcı ile 21. soru olan "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz"' sorusu oldu. Goetz ve ark. (61) yaptıkları çalışmada en çok boş bırakılan soru %20 katılımcı ile "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" sorusu olurken, Bjertnaes ve ark. (62) tarafından yapılan çalışmada ise en çok yanıt verilmeyen soru %31,2 katılımcı ile "Acil sağlık sorunlarına hızlı hizmet sağlanması" sorusu olmuştur (62). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde en yüksek cevapsızlık oranına sahip soru %38 ile "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" sorusu olmuştur (67).

Çalışmamızda EUROPEP ölçeği alt gruplarının toplam puanlarına ayrı ayrı bakıldığında "Hekim-hasta ilişkisi" (3,95±0,814), "Sağlık hizmeti sunumu" (3,89±0,822), "Enformasyon ve destek" (3,75±0,914), "Sağlık hizmetinin organizasyonu" (3,71±0,990) ve "Ulaşılabilirlik" (3,45±0,916) olarak hesaplandı. Brandao ve ark. (56) yaptıkları çalışmada ölçek alt gruplarında memnuniyet düzeylerini "hekim-hasta ilişkisi" (%89,9), "sağlık hizmeti sunumu" (%79,5), "enformasyon ve destek" (%82,3), "sağlık hizmetinin organizasyonu" (%60,4) ve "ulaşılabilirlik" (%61) olarak tespit etmiştir. Ülkemizde aile sağlığı merkezi hastalarıyla yapılan bir çalışmada "Hekim-hasta ilişkisi" (4,81), "Sağlık hizmeti sunumu" (4,81), "Enformasyon ve destek" (4,76), "Sağlık hizmetinin organizasyonu" (4,77) ve "Ulaşılabilirlik" (4,71) olarak hesaplamıştır (68). Aktürk ve ark. tarafından 2010, 2011 ve 2012 yıllarında yapılan bir çalışmada ise ölçek alt gruplarının puan ortalamaları yıllara göre "Hekim-hasta ilişkisi" (4,18, 4,4 ve 4,48), "Sağlık hizmeti sunumu" (4,18, 4,39 ve 4,45), "Enformasyon ve destek" (4,08, 4,3 ve 4,4), "Sağlık hizmetinin organizasyonu" (4,02, 4,28 ve 4,37) ve "Ulaşılabilirlik" (3,9, 4,09 ve 4,28) olarak hesaplamıştır (69).

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyeti ile aile hekimliğinden memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Milano ve ark. (63) tarafından

İtalya'da yapılan çalışmada da cinsiyete göre memnuniyet düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir. Aktürk ve ark. (69) yaptıkları çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre ortalama memnuniyet puanları anlamlı olarak daha düşük hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise erkek katılımcıların ortalama memnuniyet puanları kadın katılımcılara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (70). Ülkemizde yapılan farklı üç çalışmada ise çalışmamıza benzer bir şekilde katılımcıların cinsiyeti ile aile hekimliğinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (71–73)

Çalışmamızda yaş ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif korelasyon saptandı. Yani yaş ile aile hekiminden memnuniyet düzeyinin arttığı tespit edildi. Yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer bir şekilde yaş ile EUROPEP ölçeği toplam memnuniyet puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (68). Ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, yaş ile memnuniyet düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (71). Diğer iki farklı çalışmada ise yaş ile aile hekiminden memnuniyet ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (70,73). Aile sağlığı merkezi hastalarıyla yapılan bir çalışmada da yaş ile EUROPEP ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (72).

Çalışmamızda elde edilen verilere göre medeni durum ile ölçek sorularının tamamında ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptandı. Anlamlı olmamakla birlikte evli katılımcıların toplam puan ortalaması diğer katılımcılara göre daha yüksek hesaplandı. Üstün tarafından yapılan çalışmada da ölçek sorularının tamamında evli katılımcıların puan ortalamaları bekarlardan daha yüksek saptanmıştır (65).Yapılan başka bir çalışmada da çalışmamıza benzer bir şekilde hastaların memnuniyet puanı ortalamalarının evlilerde bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (66). Kırılmaz ve Öztürk tarafından yapılan çalışmada ise medeni durum ile aile hekimliği memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (73). Demir ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise çalışmamızın tersine evli katılımcıların EUROPEP ölçek puan ortalaması anlamlı olarak evli katılımcılarda daha düşük hesaplanmıştır (74).

Çalışmamızda eğitim düzeyi düştükçe aile hekimlerinden memnuniyet düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı saptandı. Eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcıların toplam memnuniyet puanı ortalamaları lise ve üniversite

olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu. Benzer şekilde Brandao ve ark. yaptıkları çalışmada daha az eğitimli katılımcıların daha yüksek memnuniyet puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (56). Turgu ve ark. yaptıkları çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir (66). Aktürk ve ark. tarafından yapılan çalışmada da ilkokul mezunlarının memnuniyet puan ortalamaları istatistiksel anlamlı daha yüksek saptanmıştır (69). Durmuş ve ark. tarafından yapılan çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde eğitim seviyesi düştükçe aile hekiminden memnuniyet seviyesinin arttığı tespit edilmiştir (71). Kırılmaz ve Öztürk tarafından yapılan çalışmada ise çalışmamızın aksine eğitim durumu ile memnuniyet puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (73).

Çalışmamızda katılımcıların meslekleri ile memnuniyet düzeyleri arasında yapılan istatistiksel analizde ölçek sorularının tamamında ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kırılmaz ve Öztürk tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde meslekler ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (73). Demir ve ark. yaptıkları çalışmada da çalışma durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (74). Kocataş Yazar tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde hastaların meslekleri ile memnuniyet düzeyleri arasında fark saptanmamıştır (75).

Çalışmamızda elde edilen verilere göre ölçeğin toplam puan ortalaması ile gelir düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif korelasyon saptandı. Yani gelir düzeyinin artması ile aile hekimlerinden memnuniyet ölçeği puanının ortalaması artmaktadır. Kırılmaz ve Öztürk tarafından yapılan çalışmada ise gelir durumları ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (73). Kocataş Yazar tarafından yapılan çalışmada da gelir düzeyi ile memnuniyet puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (75). Akpınar tarafından yapılan çalışmada da istatistiksel anlamlı olmamakla beraber gelir düzeyi ile memnuniyet puanı ortalaması arttığı saptanmıştır (76).

Çalışmamızda aile hekimlerinden memnuniyet düzeylerinin toplam puan ortalaması kronik hastalığa sahip katılımcılarda daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Benzer şekilde Mete ve ark. tarafından yapılan çalışmada da kronik hastalığa sahip olma durumuyla EUROPEP ölçeği memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (72). Ayrıca

Demir ve ark. yaptıkları çalışmada da kronik hastalık durumu ile ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (74). Çalışmamızın aksine Durmuş ve ark. yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların olmayanlara göre aile hekimi memnuniyet düzeyi istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur (71).

Araştırmamızın kısıtlılığı çalışmanın yapıldığı acil servisin üniversite kampüsü içerisinde olmasından dolayı katılımcıların çoğunluğunun genç yaşta ve öğrenci olmasıdır. Araştırmamızın güçlü yönü ise aile hekimliği yerine acil servise başvurma nedenleri ile aile hekimliğinden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışmadan biri olmasıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil servislerde aşırı yoğunluk yaşanmaktadır. Çalışmamızda acil servise başvuran yeşil alan triyaj kodlu ayaktan tedavisi düzenlenip taburcu edilen hastaların başvuru öncesinde aile hekimine başvurularının değerlendirilmesi ve aile hekimine başvurmama sebeplerinin belirlenmesi ile aile hekimlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyet durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza 430 katılımcı alınmış olup %54,2'si (n=233) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 30,02±12,1 yıl idi. Katılımcılardan %89,3'ünün (n=384) mevcut şikâyeti için ilk başvuru yeri acil servis olup, %81,4'ü (n=350) muayene amaçlı acil servise başvurmuştu. Ayrıca %64,2'si (n=276) mevcut şikayetini acil durum olarak görürken, %58'8 (n=253) katılımcı benzer bir durumda aile hekimini tercih edebileceğini belirtti. Çalışmamızda aile hekimi yerine acil servisi tercih etmenin en sık sebeplerine bakıldığında %40 (n=172) "Acil servisin işe/eve daha yakın", "%28,6 (n=123) "Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum" ve %27 (n=116) "Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor" sebepleri tespit edildi. Çalışmamızda katılımcıların EUROPEP ölçeği toplam memnun olma oranı %63,3, memnun olmama oranı %11,8 ve orta düzey olarak değerlendirme %24,8 oranında hesaplandı. Toplam memnuniyet düzeyi ortalama puanı ise 3,75±0,77 olarak hesaplandı. Çalışmamızda katılımcıların EUROPEP ölçeğine verdiği yanıtlara bakıldığında en yüksek puan ortalamaları "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" (4,33±0,84), "Sizi dinlemesi" (4,12±0,93) ve "İşini tam yapması" (4,09±0,96) sorularıyken, en düşük puan ortalamaları ise "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" (3,04±1,26), "Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz" (3,31±1,23) ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" (3,41±1,27) soruları idi.

Acil servislerin aşırı kalabalık olması evrensel ve sürekli artan bir sorundur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kolay erişilebilirlik, kaliteli ve sürekli hizmet sunumu, acil servis kullanımını anlamlı bir şekilde azaltabilir. Hastalar ve aile hekimleri arasındaki ilişkilere yatırım yapmak, aile hekimliği bilinci oluşturmak ve insanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyen faktörleri (örneğin, ulaşım) ortadan kaldırmak acil servise gereksiz başvuruları azaltarak acil servisin hasta yükünü azaltmada faydalı olabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete 31952 (13 Eylül 2022), md. 4/1.
2. Toköz C, Ikızcelı I, Koyuncu M, ve ark. Acil Servise Başvuran ve Yeşil Triyaj Kodu Alan Hastalarda Aile Hekimliği Farkındalığı. Ankara Medical Journal 2020; 20(2): 416-425.
3. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual Predictors of Frequent Emergency Department use: A Scoping Review. BMC Health Services Research 2016; 16:594.
4. Dixe MACR, Passadouro R, Peralta T, et al. Determinants of non-urgent emergency department use. Revista de Enfermagem Referência 2018; 41-50. .
5. Zachariasse JM, Hagen V, Seiger N, et al. Performance of Triage Systems in Emergency Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ Open 2019; 28;9(5):e026471.
6. Yılmaz E. "The Reasons of Apply to the Emergency Department By Priority 3 (Green Tags) Coded Patients and the Effects on the Intensity of the Emergency Department. Southern Clinics of Istanbul Eurasia 2021; 32(2):187-194.
7. Şimşek Öner D. Triaj Sistemlerine Genel BakIş ve Türkiye'de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Belirlenmesi. Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği 2018; 13: 84-115.
8. Gül E. Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak).
9. Van Den Berg MJ, Van Loenen T, P Westert G. Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use An International Survey in 34 Countries. Family Practice 2016; 33(1) 42-50.
10. Göktaş O. The Göktaş definition of family medicine/general practice. Aten Primaria 2022; 54(10):102468.
11. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2023.
12. Aydoğdu A. İstanbul'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Reşat Dabak).
13. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, ve ark. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27: 412-418.
14. Hashim MJA. Definition of Family Medicine and General Practice. J Coll Physicians Surg Pak 2018; 28.1: 76-7.

15. Phillips RL, Brungardt S, Lesko SE, et al. The Future Role Of The Family Physician In The United States: A Rigorous Exercise In Definition. The Annals of Family Medicine 2014; 12(3), 250-255.

16. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3 rd ed. Oxford University Press; 2009.

17. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi 2017; 1(1), 48-57.

18. Keskin Hİ. Türkiye'de Aile Hekimliğine Geçiş Sürecinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Verimliliği. Doğuş Üniversitesi Dergisi 2020; 21(1), 133-152.

19. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni, 2023, Sayı 11. .

20. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. GeroFam 2010; 1(1).

21. TUKMOS, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, v.2.4, 2019.

22. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete 28539 (25 Ocak 2013), md. 3/1a.

23. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete 28539 (25 Ocak 2013), md. 4.

24. Cooper A, Davies F, Edwards M, et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. BMJ Open 2019; 9(4):e024501.

25. AlShaibi S, AlBassri T, AlQeuflie S, et al. Pediatric triage variations among nurses, pediatric and emergency residents using the Canadian triage and acuity scale. BMC emergency medicine 2021; 21(1), 146.

26. Zakeri H, Afshari Salah L, Niroumand S, Ziadi-Lotfobadi M. Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients. Bulletin of emergency and trauma 2022; 10(2), 65–70.

27. Azeredo TRM, Guedes HM, de Almeida RAR, et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. International emergency nursing 2015; 23(2), 47-52.

28. Çınar O, Çevik E, Salman N, Cömert B. Emergency Severity Index Triaj Sistemi ve bir üniversite hastanesi acil servisinde uygulama deneyimi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2010; 10(3), 126-131.

29. Peta D, Day A, Lugari WS, et al. Triage: A Global Perspective. Journal of Emergency Nursing 2023; 49(6), 814-825.

30. Alquraini M, Awad E, Hijazi R. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in Saudi Arabia. International journal of emergency medicine 2015; 8(1), 80.

31. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. World journal of emergency medicine 2015; 6(2), 94–99.

32. Mirhaghi A, Ebrahimi M. The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria may need to be revised. Emergency (Tehran, Iran) 2017; 5(1), e50.

33. Yataklı Sağlık Tesilerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete 31952 (13 Eylül 2022), md. 8/2.

34. Yataklı Sağlık Tesilerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete 31952 (13 Eylül 2022), Ek-2.

35. Darraj A, Hudays A, Hazazi A, et al. The Association between Emergency Department Overcrowding and Delay in Treatment: A Systematic Review. Healthcare (Basel, Switzerland) 2023; 11(3), 385.

36. Beştemir A, Aydın H. Yıllık 300 milyon Hasta Muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Acil Servis ve Poliklinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2022; 12(3), 496-502.

37. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Plos one 2018; 13(8), e0203316.

38. McIntyre A, Janzen S, Shepherd L, et al. An integrative review of adult patient-reported reasons for non-urgent use of the emergency department. BMC nursing 2023; 22(1), 85.

39. Bornais JAK, Crawley J, El-Masri MM. One Stop: Examining the Reasons Patients Use the Emergency Department for Nonurgent Care and the Barriers They Face. Journal of emergency nursing 2020; 46(2), 163–170.

40. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, Farahat F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. BMJ open 2020; 10(10), e035951.

41. Erdugan F, Yörübulut S, Şahin E, Öncel SY. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Hasta ve Çalışan Memnuniyeti-Patıent And Employee Satısfactıon In Kırıkkale Unıversıty Medıcal Faculty Hospıtal. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017; 9(18), 165-177.

42. Ng HY Janet, Luk HK Bronya. Patient satisfaction: Concept Analysis in the Healthcare Context. Patient Education and Counseling 2019; 102(4), 790–796.

43. Kırılmaz H. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; (1), 11-21.

44. Gökkaya D, İzgüden D, Erdem R. Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2018; 9(20), 136-148.

45. Amiel C, Williams B, Ramzan F, et al. Reasons for attending an urban urgent care centre whit minör illness: A questionnaire study. Emergency Medicine Journal 2014; 31(e1), e71-e75.

46. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P. Et al. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. Emergency Medicine Australasia 2007; 19(4), 333-340.

47. Cummins NM, Barry LA, Garavan C. Et al. The "better data, better planning" census: a cross-sectional, multi-centre study investigating the factors influencing patient attendance at the emergency department in Ireland. BMC health services research 2022; 22(1), 471.

48. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. Journal of the Formosan Medical Association 2010; 109(7), 533-542.

49. Idil H, Kılıç TY, Toker İ. Et al. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. Turkish Journal of Emergency Medicine 18 2018; 71-74.

50. Çopur Ö, Muratdağı G, Yürümez Y, Ekerbiçer HÇ. Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Başvurularının Uygunluğunun Değerlendirilmesi: Sakarya İli Örneği. Online Turkish Journal of Health Sciences 2022; 7(4), 553-559.

51. Bozdağ Z. Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri ve Amaç Dışı Kullanımı Azaltmaya İlişkin Yönetimsel Öneriler: Çorum İli Örneği, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Çorum (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ömür DEMİRER).

52. Özdemir M, Yalçınöz Baysal H. Türkiye'deki bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve memnuniyeti ile etkileyen faktörler. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, 13-19 Aralık 2020; 212-5.

53. Cheek C, Allen P, Shires L. Et al. Low-acuity presentations to regional emergency departments: What is the issue?. Emergency medicine Australasia 2016; EMA, 28(2), 145–152.

54. Ghazali DA, Richard A, Chaudet, A. Et al. Profile and Motivation of Patients Consulting in Emergency Departments While not Requiring Such a Level of Care. International journal of environmental research and public health 2019; 16(22), 4431.

55. Almulhim N, Almulhim F, Al Gharash A. Et al. Preference for Visiting Emergency Department Over Primary Health Care Center Among Population in Saudi Arabia. Cureus, 2021;13(12), e20073.

56. Brandão AL, Giovanella L, Campos CE . Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. Ciencia & saude coletiva 2013; 18(1), 103–114.

57. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croatian medical journal 2017; 58(1), 63–74.

58. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T. ve ark. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi; Pilot çalışma. Konuralp Medical Journal 2011; 3(2), 9-15.

59. Gökseven Y, Balkozak T, Öztürk GZ, Egici MT. Üniversite hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörler. Jour Turk Fam Phy 2021; 12 (3): 115-124.

60. Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2018; 18(40), 53-70.

61. Goetz K, Hahn K, Steinhäuser J Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP questionnaire. Patient preference and adherence 2018; 12, 1123–1128.

62. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. Family practice 2011; 28(3), 342-349.

63. Milano M, Mola E, Collecchia G. Et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. The European journal of general practice 2007;13(2), 92-94. .

64. Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. Yonsei medical journal 2004; 45(1), 23–28.

65. Üstün S. Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hatsa Memnuniyeti: İstanbul İli Avrupa (Fatih-Eyüp-Gaziosmanpaşa) ve Anadolu Yerleşkesinde (Kadıköy-Beykoz-Üsküdar) Bir Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN).

66. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(2), 78-91.

67. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(4), 1067-1078.

68. Çiftetepe Öztürk D. Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Edirne İl Merkezi Örneği). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2018, Edirne (Danışman: Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren).

69. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Türkiye'de aile hekimliğinden hasta memnuniyeti: 2010'dan 2012'ye üç yıllık eğilim. Avrupa Genel Pratisyenlik Dergisi 2015; 21 (4), 238–245.

70. Bulut A, Oguzoncul AF. Evaluating the level of satisfaction of patients utilizing first-level health facilities as a function of health system performance rating in

the province of Elazig, Turkey. Patient preference and adherence 2014; 1483-1492.

71. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(1), 2-11.

72. Mete B, Pehlivan E, Tekin C. ve ark. Satisfaction Levels of the Adults who Benefit from the Family Medicine Care in Malatya City Center and the Factors that Affect it [Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler]. Medicine Science 2016; 4(4), 2721-2731.

73. Kırılmaz H, Öztürk K. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2018; 5(1), 60-70.

74. Demir LS, Kasapoğlu E, İyianlar B, Demir GS. Konya İli Merkezinde 40 Yaş Üstü Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Kullanımları. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi 2024; 9(2), 154-162.

75. Kocataş Yazar G. Zonguldak İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Aile Hekimlerinin İş Doyumunun Ölçülmesi ve Hasta Memnuniyeti ile İlişkisinin Araştırılması, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2023, Zonguldak (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Semra Demir Akca).

76. Akpınar Y. Acil Servise Başvuran Ve Ayaktan Tedavi Edilen Hastaların Aile Hekimlerinden Memnuniyet Durumlarının EUROPEP Ölçeği İle Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Eğitim Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2016 (Danışman: Doç. Dr. Yakup Demirci).

8. EKLER

Ek 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ 18
Konu : Etik Kurul Kararı

21.02.2024

Sayın: Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Acil Servis Yeşil Alan Triaj Kodlu Hastaların Başvuru Öncesinde Aile Hekimliklerine Başvurularının Ve Aile Hekimlerinden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi"** isimli bilimsel **tez** çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :

1. **Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL**

Yardımcı Araştırmacı :

1. Arş. Gör. Dr. Harun SOYER
2. Doç. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Acil Servis Yeşil Alan Triaj Kodlu Hastaların Başvuru Öncesinde Aile Hekimliklerine Başvurularının Ve Aile Hekimlerinden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı:1 Karar No:31**	**Tarih:**21.02.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: ACİL SERVİS YEŞİL ALAN TRİAJ KODLU HASTALARIN BAŞVURU ÖNCESİNDE AİLE HEKİMLİKLERİNE BAŞVURULARININ VE AİLE HEKİMLERİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Harun SOYER, Doç. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR
Destekleyici (varsa):

"ACİL SERVİS YEŞİL ALAN TRİAJ KODLU HASTALARIN BAŞVURU ÖNCESİNDE AİLE HEKİMLİKLERİNE BAŞVURULARININ VE AİLE HEKİMLERİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ"
İsimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Bu çalışmada amaç acil servise başvuran yeşil alan triaj kodlu ayaktan tedavisi düzenlenip taburcu edilen hastaların başvuru öncesinde aile hekimine başvurularının değerlendirilmesi ve aile hekimine başvurmama sebeplerinin belirlenmesi ile aile hekimlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyet durumlarının araştırılmasıdır. Çalışmaya 430 kişi katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?
Çalışmamız anket doldurma yöntemi ile gerçekleşecektir. Çalışmamızda tarafımızca oluşturulmuş kişisel bilgi formu ve aile hekimliğinden memnuniyet durumunun ölçüldüğü EUROPEP ölçeği kullanılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:
1. Çalışmamızın herhangi bir riski bulunmaktadır.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Araştırmamızdan elde edilecek veriler ışığında aile hekimliği hizmetlerinin kullanılabilirliğinin artırılarak acil servislerdeki hasta yükünün azaltılabileceği ön görülmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Harun SOYER
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Harun SOYER tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Harun SOYER'i, numaralı telefondan ve nden arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Ek 3. Kişisel Bilgi Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı; bu veri toplama formu acil servis yeşil alana başvuran hastaların öncesinde aile hekimlerine başvuru durumlarının ve aile hekimlerinden memnuniyet durumlarının ölçülmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Lütfen tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkürler.

Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

Araş. Gör. Dr. Harun SOYER
Aile Hekimliği AD Asistanı

Doç. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR
Acil Tıp AD Öğretim Üyesi

1. Cinsiyetiniz:

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz:

4. Eğitim düzeyiniz:
   ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü
5. Mesleğiniz:
   ( ) Çalışmıyor ( ) Ev hanımı ( ) İşçi ( ) Esnaf ( ) Memur ( ) Öğrenci ( ) Emekli ( ) Diğer
6. Gelir durumunuz:
   ( ) <10000 ( ) 10000-20000 ( ) 20000-30000 ( ) >30000
7. Yaşadığınız yer:
   ( ) Erzurum merkez ilçeleri ( ) Erzurum'un diğer ilçeleri ( ) Başka il
8. Kronik hastalığınız:
   ( ) Var ( ) Yok
9. Sürekli kullanmanız gereken ilacınız:
   ( ) Var ( ) Yok
10. Kayıtlı olduğunuz aile hekimi:
    ( ) Var ( ) Yok
11. Aile hekiminizin adını biliyor musunuz?
    ( ) Evet ( ) Hayır

12. Aile sağlığı merkezinizin yerini biliyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır
13. Aile hekimliğinizin telefon numarasını biliyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır
14. Acil servise başvuru saatiniz:
( ) 08:00-17.00 ( ) 17:00 sonrası
15. Acil servise başvuru sebebiniz nedir?
( ) Muayene olmak ( ) İlaç yazdırmak ( ) Enjeksiyon yaptırmak ( ) Pansuman yaptırmak
( ) Tahlil ve/veya tetkik yaptırmak
16. Başvuru sebebinizi acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak görüyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır
17. Mevcut şikayetiniz için ilk başvuru yeriniz neresi oldu?
( ) Acil servis ( ) Aile hekimliği ( ) Diğer poliklinikler
18. Mevcut şikayetiniz için aile hekiminize başvurabilirsiniz. Bu bilgiyi öğrendikten sonra mevcut şikayetinizin benzeri bir durumda ilk başvuru yeri olarak aile hekiminizi tercih eder misiniz?
( ) Evet ( ) Hayır
19. Mevcut şikayetiniz için başvuru yeri olarak aile hekiminizi tercih etmeme sebebiniz nedir? (İlk başvuru yeriniz aile hekimi olsa dahi doldurunuz, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) Acil servis işe/eve daha yakın.
( ) Aile hekimliğinin çalışma saatleri işime uymuyor.
( ) Aile hekimliğinde muayene için daha uzun süre bekliyorum.
( ) Aile hekimliğinde yeteri kadar tahlil ve tetkik yaptıramıyorum.
( ) Aile hekimim yeteri kadar ekipmana sahip değil.
( ) Acil serviste tıbbi tedavinin daha iyi olduğunu düşünüyorum.
( ) Aile hekimimin bilgisini yeterli bulmuyorum.
( ) Aile hekimime güvenmiyorum.
( ) Farklı bir doktordan görüş almak istedim.
( ) Aile hekimim acil servise yönlendirdi.
( ) Aile hekimine gitmek istemedim.
( ) Mevcut şikayetim için aile hekimine gidebileceğimi bilmiyordum.
( ) Diğer

Ek 4. EUROPEP Aile Hekimliğinden Memnuniyet Ölçeği

EUROPEP AİLE HEKİMLİĞİNDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Son 12 aydaki kayıtlı olduğunuz aile hekiminiz ve/veya aile sağlığı merkeziniz hakkında aşağıdaki durumlar için fikrinizi belirtiniz.

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Fikrim yok
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5. Sizi dinlemesi						
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9. İşini tam yapması						
10. Sizi muayene etmesi						
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler						
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18. Doktor dışı personelin yardımı						
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20. Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz						
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						