

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNE REÇETE YAZDIRMAK İÇİN
BAŞVURAN HASTALARIN HEKİMLERİNE YÖNELİK
DÜŞÜNCELERİNİN MUAYENE İÇİN BAŞVURANLAR İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ali Talha DALCI

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNE REÇETE YAZDIRMAK İÇİN
BAŞVURAN HASTALARIN HEKİMLERİNE YÖNELİK
DÜŞÜNCELERİNİN MUAYENE İÇİN BAŞVURANLAR İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ali Talha DALCI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Dilek GÜLDAL

Yard. Danışman Gizem LİMNİLİ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar	iii
KISALTMALAR.....	iv
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Aile Hekimliği ve Tanımlar.....	5
2.2. Aile Hekimliği İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikler.....	6
2.2.1. Aile Hekiminin Temel Yeterlilikleri.....	6
2.2.2. Aile Hekimliği disiplininin özellikleri.....	8
2.3. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	11
2.4. Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar.....	13
2.5. REÇETE.....	13
2.5.1.Reçetenin Tanımı	13
2.5.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı.....	14
2.5.3. Hastaların Reçete Beklentisi ve Hekimlerin Algısı.....	15
3. YÖNTEM ve GEREÇLER.....	17
3.1.Örneklem Seçimi ve Yöntem.....	17
3.2. Veri Toplama Araçları.....	18
3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi.....	18
3.2.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) anketi.....	18
3.3. Veri toplanması ve Araştırmanın Yürütülmesi.....	24
3.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	24
3.5 Karşılaştırmalı Analizler.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1.Tanımlayıcı Analizler.....	27
4.1.1.Demografik Özellikler.....	27
4.1.2.PCAS Sonuçları.....	29
4.2.Karşılaştırmalı Analizler.....	30
4.2.1.Finansal Ulaşılabilirlik.....	30
4.2.2.Örgütsel Ulaşılabilirlik.....	31

4.2.3.Boylamsal Süreklilik.....	32
4.2.4.Hekim Temelli Süreklilik.....	33
4.2.5.Hastanın Bütüncül Bilgisi.....	34
4.2.6.Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık.....	34
4.2.7.Eşgüdüm.....	35
4.2.8.İletişim.....	36
4.2.9.Fiziksel Bakı.....	37
4.2.10.Kişisel Yaklaşım.....	38
4.2.11.Güven.....	38
5.TARTIŞMA	40
5.1.Mevcut Literatür İle Karşılaştırma.....	40
5.2 PCAS Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
5.3.Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	50
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKÇA	53
8.EKLER.....	58
8.1. EK-1: Anket Formu.....	58

TABLolar

Tablo 1. Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS) 11 alt boyutu, indirgenmiş olan 7 alt boyut

Tablo 2. Katılımcıların “Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduunuz?” Sorusuna Yanıtları

Tablo 3. Katılımcıların “Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız?” Sorusuna Yanıtları

Tablo 4. Katılımcıların Yaş Ortalaması

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyetleri

Tablo 6. Katılımcıların Gelir Durumları

Tablo 7. PCAS Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Tablo 8. Finansal Ulaşılabilirlik Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 9. Örgütsel Ulaşılabilirlik Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 10. Boylamsal Süreklilik Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 11. Hekim Temelli Süreklilik Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 12. Hastanın Bütüncül Bilgisi Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 13. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 14. Eşgüdüm Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 15. İletişim Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 16. Fiziksel Bakı Toplam Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 17. Kişisel Yaklaşım Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

Tablo 18. Güven Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
WONCA	World Organization of National Colleges
PCAS	Primary Care Assessment Survey
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
EASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

ÖNSÖZ

Tezimin başından sonuna kadar sabırla her aşamasında desteklerini bana sunan, profesyonel iş hayatındaki tavrı ve duruşuyla bizlere örnek olan, değerli zamanından fedakarlık etmekten kaçınmayan, çalışma azmine her zaman hayranlık duyduğum çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Dilek GÜLDAL' a emeklerinden ve özverisinden dolayı en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistanlık eğitimim süresince bakış açımı genişleten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki olarak ilerleyebilmem konusunda bana ciddi katkılar sunan kıymetli hocalarıma ve bu süreci beraber yaşadığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim. Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakarlıkları olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, desteklerini her daim üzerimde hissettiğim ve evlatları olmaktan gurur duyduğum annem Dr. Semra Dalcı ve babam Dr. Kadir Dalcı'ya, teşekkürlerimi sunuyorum. Her koşulda yanımda olduğunu hissettiren, varlığıyla bana güç veren, tezimin her aşamasında hiçbir desteğini esirgemeyen, en büyük dayanağım, dostum, sırdaşım, yol arkadaşım, en kıymetlim, sevgili eşim Ayşe Aktaş Dalcı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla

Dr. Ali Talha Dalcı

ÖZET

AİLE HEKİMLERİNE REÇETE YAZDIRMAK İÇİN BAŞVURAN HASTALARIN HEKİMLERİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN MUAYENE İÇİN BAŞVURANLAR İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ali Talha Dalcı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İzmir

Amaç: Çalışmamız Aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastalar ile muayene olmak için başvuran hastaların hekimlerini yönelik düşünceleri açısından fark olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmamız Kesitsel analitik türde bir çalışma olup Veriler 2023 yılı Şubat ve Mart aylarında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde toplanmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik bilgiler anketi ve Birinci Basamak Değerlendirme Anketi(PCAS) uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları kullanılmıştır. Sürekli ve kategorik sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırmasında T-testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın evreni İzmir'in üç merkez ilçesinde bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar oluşturmuştur. Toplam 6 merkezden 3 tanesi rastgele olarak seçilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda Aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların oranı muayene olmak için başvuran hastalara göre yüksekti. Genel olarak PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek alt boyut puanın koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutu olduğu aynı zamanda "Kişisel Yaklaşım" ve "İletişim" puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu bulunmuş, en düşük puanı alan alt boyut ortalaması "Boylamsal Süreklilik" olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastalara uygulanan anketimizin alt boyutlarından Finansal Ulaşılabilirlik alt boyutu haricindeki diğer tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark saptanmıştır. Örgütsel Ulaşılabilirlik, Boylamsal Süreklilik, Hekim Temelli Süreklilik, Hastanın Bütüncül Bilgisi, Eşgüdüm, Fiziksel Bakı, İletişim, Kişisel Yaklaşım ve Güven alt boyutlarındaki fark hekimine muayene olmak için başvuran hastalar lehine olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda reçete yazdırmak için aile hekimlerine başvuran hastalarda gerçekten de hekimlerine yönelik düşüncelerde bir çok alt boyutta hekimine muayene olmak için gelen hastalara göre olumsuz bir durumun varlığı saptanmıştır. Literatürde hastaların hekimlerine yönelik bu düşüncelerinin gerçekten hastaların düşünceleri olduğuna ilişkin bir çalışma yoktur. Aile hekimleri adına bu tarz bir düşünce yapısını araştırmak amaçlı niteliksel araştırmaların da varlığına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, reçete yazdırmak, birinci basamak değerlendirme anketi(PCAS)

SUMMARY

COMPARING THE THOUGHTS OF PATIENTS WHO APPLY TO FAMILY DOCTORS FOR PRESCRIPTION WRITING WITH THOSE OF PATIENTS WHO APPLY FOR EXAMINATION

Objective: Our study aims to investigate whether there is a difference between patients who apply to family physicians to get a prescription and patients who apply to be examined, in terms of their opinions about their physicians.

Method: Our study is a cross-sectional analytical study and the data were collected at Dokuz Eylül University Education Family Health Centers in February and March 2023. A sociodemographic information survey and Primary Care Assessment Survey (PCAS) were administered to the participants by the researcher via face-to-face interview method. SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis. Mean and standard deviation were used for descriptive continuous variables, and frequency and percentage distributions were used for categorical variables. T-test was applied to compare continuous and categorical numerical independent variables. In all analyses, $p < 0.05$ was considered statistically significant. The population of the study consisted of patients who applied to Dokuz Eylül University Education Family Health Centers located in three central districts of Izmir. 3 out of 6 centers were randomly selected

Results: The rate of patients who applied to family physicians to get a prescription was higher than that of patients who applied to be examined. In general, when looking at the PCAS sub-dimension scores, it was found that the highest sub-dimension score was the protective services and counseling sub-dimension, and the mean scores of "Personal Approach" and "Communication" were higher than the other sub-dimensions, and the sub-dimension mean with the lowest score was "Longitudinal Continuity". It was determined as . In our study, a significant difference was detected in all sub-dimensions of our survey administered to patients, except the Financial Accessibility sub-dimension. The difference in the sub-dimensions of Organizational Accessibility, Longitudinal Continuity, Physician-Based Continuity, Holistic Knowledge of the Patient, Coordination, Physical Care, Communication, Personal Approach and Trust was found to be in favor of patients who applied to their physicians for examination.

Conclusion: In our study, it was determined that the patients who applied to their physicians to get a prescription actually had a negative situation in many sub-dimensions compared to the patients who came to their physicians for examination. There is no study in the literature showing that these thoughts of patients towards their physicians are really the thoughts of the patients. There is also a need for qualitative research to investigate this type of thinking on the part of family physicians.

Key words: family medicine, write a prescription, Primary care assessment survey (PCAS)

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık kurumları kişilerin çeşitli nedenlerle başvurduğu, sağlık problemlerini sunduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gereği durumunda ikinci ve üçüncü basamağa sevkinin gerçekleştiği yerlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ise bu kurumlarda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Bu hizmetlerin toplumla bulunduğu nokta esas olarak aile hekimliği, hizmeti sunan kişi ise aile hekimidir (1). Birinci Basamağın sağlık sistemine hastalar ile gerçekleşen ilk temas noktası olması, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon bu sağlık hizmetlerinin hemen tüm tanımlamalarında yer alan unsurlardır (2).

Birinci basamak sağlık hizmeti, çeşitli ülkelerde farklı biçimlerde sunulmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetleri sunumundaki başarı temel sağlık hizmetleri yaklaşımının yeterliliğine göre değerlendirilmektir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı iyi olan ülkeler daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkla ilgili eşitsizlikleri daha azdır ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür (3). Temel sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde önemli rolü olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin 1978 yılında Alma Ata konferansında bütüncül bir yaklaşımla sunulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu konferansta Birinci basamak sağlık hizmetleri tanımı içerisinde; süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, toplum katılımı ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin yer aldığı görülür (4).

WONCA Avrupa 2002 tanımına göre aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Bu tanım tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de Aile Hekimliği, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir (5). Revize edilen WONCA Avrupa 2005 ve 2011 yayınlarında ise Aile hekimliği tanımlaması değişmemiştir.

Hastaların sağlıkla ilgili talepleri ve gereksinimlere geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Reçete yazdırmak bu talepler içerisinde özellikle birinci basamak hekimlerinin sık karşılaştırdıkları bir durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü, hekimlerin yazmış olduğu reçeteyi tanım olarak “reçeteyi yazan hekim tarafından eczacıya yazılmış bir talimat formu” şeklinde belirtmiştir (6). Hekimlerin var olan çeşitli tedavi alternatifleri arasında, tıbbi reçete yazma şüphesiz hekimler tarafından en sık uygulanan tedavi şeklidir (7).

Hekimlerin reçete yazma şekilleri ve reçetelerini doğru biçimde seçmeleri ile ilgili çoğu araştırma, iyi reçete yazma ya da doktorun ilaç seçimini incelemeye odaklanmıştır (8) (9). Mevcut kanıtlar gösteriyor ki; birinci basamakta klinik karar verme, başvuran hastaların beklentileri dahil sosyal faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenmektedir (10) (11) (12) (13).

Hastalar belirli bir ilacı tercih ettiklerini belirtebilir. Bazen bu doğrudan bir istek şeklinde olur, bazen ise belirli bir hastalığı belirtmek suretiyle ilaç isteyebilirler. Bazı durumlarda hastalar, mutlaka ilaç gerektiğini düşündükleri bir hastalık için tipik olan semptomlar ile başvururlar (14). Bazen de daha önce kullandıkları bir ilacın tekrar yazılmasını (RPT=repeat) isteyebilirler. Hastalar hekimlerinden reçete yazılmasını bekleyip alamadıklarında memnuniyetsiz olabilirler. Böyle durumlarda hastaların aynı şikâyetle başka herhangi bir doktora başvurma ihtimallerinin iki kat arttığı bulunmuştur (15). Ancak hastalar hekimler tarafından yönetilmesi nispeten kolay olan bu tür talepler dışındaki nedenlerle de ilaç yazdırmak isteyebilmektedirler. Özellikle kendi deneyimleri, eczanelerin önerileri hatta yakınlarının tavsiyeleri ile ilaç talep etmekte hatta bu ilaçları kullandıktan sonra yazdırmak üzere başvurabilmektedirler. Bu tür durumların adli yönden ortaya çıkarabileceği sorunlar dışında hasta hekim ilişkisinde birçok problemi beraberinde getirmektedir.

Reçete tekrar ettirmek yani RPT hekimlik pratiğinde önemli bir sorundur. Başvurular oldukça yüksek oranlarda seyretmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin yarısından fazlası günlük polikliniklerinin %30- 49'unun RPT başvuruları olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada RPT başvurularının hangi şekillerde yapıldığı incelendiğinde; ilk sırayı kronik hastalık nedeniyle ilaç yazdıranlar, ikinci sırayı ise bir başka hekimin reçetesini resmileştirmek isteyenlerin aldığını görülmektedir (16).

RPT için başvuran bireylerin özellikle de en çok RPT başvurusunun yapıldığı Aile Sağlığı Merkezlerindeki hekimlerini ne vasıfta gördüğü, ne kadar güvendiği, almış olduğu sağlık hizmetine güveninin ne ölçüde olduğu, devamlı yazdırdığı reçetesinin hekimi tarafından bilinçli ve doğru şekilde kontrol edilerek yazılıp yazılmadığı merak konusudur. Oysa ki hasta hekim arasındaki iletişimde hekimin hastasının yararını her şeyden üstte tutan bir tutum içerisinde olması gerekmektedir. Hekimin doğru ve yeterli bilgi, beceri birikimine sahip olup hastasına bunu hissettirmesi ve güvenini kazanması büyük önem arz etmektedir. Hastaların başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarını ve aile hekimlerini reçete yazdırma yeri gibi görmesi birinci basamak hekimine ve sağlık kuruluşuna olan güvenin toplumda daha da yitirilmesine ve bu güvensizlik hekimin mesleğini hakiki manada icra etmesine engel teşkil edecektir.

Aile Hekimleri birinci basamağa reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimleri hakkında düşüncelerinde tıbbi bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olmadığını, hastalıkları hakkındaki yapılacak olan uygulamalarında kendilerine güvenmediklerini düşünebilmektedirler. Ancak bu düşüncelerinin gerçekten hastaların düşünceleri olduğuna ilişkin bir bilgi bulunmadığı gibi, aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin muayene için başvuranlar ile karşılaştıran herhangi bir çalışma da bulunmamaktadır. Bu çalışmada aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin muayene için başvuranlar ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği ve Tanımlar

Tanım olarak Aile Hekimliği, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900’lu yılların başından itibaren Leeuwenhorst grubu, Gay, DSÖ ve Olesen tarafından geliştirilerek 2002 yılında WONCA tarafından günümüzdeki formuna ulaştırılmıştır (17).

Leeuwenhorst grubu tarafından 1974’te yapılan ilk tanım; “Genel Pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın kişilere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve devamlı birinci basamak sağlık hizmeti veren tıp fakültesi mezunudur. Onu şahsına özgü kılan, bu fonksiyonların sentez edilişidir. Hastalarına hastalarının evlerinde, hasta görüşme odalarında ve bazen bir klinik ya da hastanelerde sağlık hizmeti verebilirler. Hastalarının bakımı esnasında sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, toplumsal ve psikolojik etkenleri göz önüne alır ve onu içselleştirir. Asıl hedefi erken tanı koymak olmakla beraber, bir hekim olarak şahsına sunulan her şikâyetle alakalı ilk kararları verir. Kronik, tekrarlayan ya da terminal dönem şikâyetleri, semptomları olan hastaların devamlı yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli yakınlık, genel pratisyenin tekrarlayan hastayla karşı karşıya gelme olanaklarını, her hasta için uygun bir süratte bilgi toplamak ve mesleğini icra etmede kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla bir birlik içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim vasıtasıyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını olumlu yönde düzeltme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Bunun dışında topluma karşı da mesleki sorumluluğu varlığını da kabul eder.” (18).

WONCA’nın yapmış olduğu 1991’de yapılan tanımlama; “Genel pratisyen ya da aile hekimi, asıl olarak tıbbi bakım arayan her bir bireye kapsamlı bakım verme ve icabında diğer sağlık personeli görevi çağırma sorumluluk yüklemesi misyonu taşıyan hekimidir. Genel pratisyen/aile hekimi, bakım arayan her bir bireyi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür. Buna zıt olarak başka sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarlar. Aile hekimleri din, ırk, kültür ve sosyal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında sağlık hizmeti sağlar. Sosyoekonomik kültürel ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük bölümünü sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına sürekli ve kapsamlı bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen ya da aile hekimi, görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir” (19).

2000 yılında Olesen, aile hekimliğini şu şekilde tanımlamıştır: “Aile hekimi, sağlık sisteminin ön cephesinde çalışan ve hastaların her türlü sağlık sorunu için ilk bakım adımlarını atan uzman bir hekimidir. Aile hekimi, hastanın mevcut hastalığının türüne veya diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sağlar. Hastalarının yararına olacak şekilde sağlık kaynaklarını en iyi şekilde düzenler. Aile hekimi, biyolojik tıp, tıbbi sosyoloji ve tıbbi psikoloji bilimlerini kullanarak ve tamamlayarak önleme, teşhis, tedavi, bakım ve rahatlama (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.” (20).

WONCA Avrupa'nın 2002 tanımına göre, aile hekimliği akademik ve bilimsel bir disiplin olup kendine özgü bir eğitim içeriği, araştırma yapıp kanıtlar temelinde klinik uygulamaları olan birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanıdır. Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin temel ilkeleri doğrultusunda eğitim almış uzman hekimlerdir. Temel olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye bütüncül ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu olan kişisel doktorlardır. Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda bahsedilen özelliklerini hekimin çalışma ortamıyla ilişkilendirir. Bu tanım, tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği ideal bir durumu yansıtmaktadır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine sfesifik olmamakla birlikte, genel olarak tıp mesleğinde de uygulanabilir. Bununla birlikte, Aile Hekimliği, bu özelliklerin hepsini yerine getirebilecek tek disiplindir (5). Aile hekimliği tanımlaması yeniden düzenlenmiş olan WONCA Avrupa 2005 ve 2011 yayınlarında üzerinde değişiklik yapılmamıştır.

2.2. Aile Hekimliği İlkeleri ve ekirdek Yeterlilikler

2.2.1 Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

Aile Hekimliği disiplininin tanımlanması doğrudan doğruya, aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, sağlık sistemine bakılmaksızın disiplin için zorunlu olan değerler anlamını taşımaktadır (21). Her aile hekiminin ustalaşması gereken belli başlı yetenekler mevcuttur. Bu yetenekler altı çekirdek yeterlikte toplanabilir:

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Aile hekimliği disiplini olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- a. Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b. Tutumla ilgili: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve ahlaki değerlere dayalı olma.
- c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım meydana getirme ve devamlı öğrenme ve kalite yükseltme yoluyla bunu devam ettirme.

WONCA- AVRUPA bölgesi 2002 yılında Aile Hekimliği disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir (22).

Bu yetenekler, çekirdek yeterlilikler başlıkları bünyesinde aile hekimliğinin temel özelliklerinden oluşmaktadır. Bunlar;

1. Birinci basamak yönetimi

a) Hastalarla ilk teması yönetebilme,

b) Hastanın savunuculuğunu icabında üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

2. Kişi merkezli bakım

c) Hastalarla ve onların şikayetleriyle uğraşırken şahıs merkezli bir yaklaşım kabul edebilme,

d) Aile hekimliği hasta görüşmesini efektif bir hekim-hasta ilişkisi meydana getirmek üzere kullanabilme ve geliştirebilme,

e) Bakımın hastanın ihtiyaçlarıyla belirlenen devamlılığının meydana gelmesini sağlanmak.

3. Özgün problem çözme yetenekleri

f) Şikâyetlerin ve semptomların toplum bazında prevalans ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme evresini kullanabilme,

g) Erken dönemde ve henüz ayrımlaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları idare edebilme ve icabında acil ve hızlı bir biçimde girişimlerde uygulayabilme.

4. Bütüncül yaklaşım

h) Kişilerin hem akut hem de kronik sorunlarını birlikte aynı süreçte sürdürebilme,

i) Sağlığın olum şekilde düzeltilmesi ve hastalıkların önlenmesi planlarını uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

5. Toplum yönelimli olma

j) Birey olarak hastaların sağlık ihtiyaçlarıyla onların içinde bulundukları toplumun sağlık ihtiyaçlarını, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içerisinde uzlaştırabilme.

6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

k) Aile hekimi, kültürel ve varoluşsal boyutları dikkate alan biyopsikososyal bir modelle kişilere yaklaşma yeteneği göstermeli, aynı zamanda klinik görevleri, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yönetimi konusunda da bu yetkinliklere sahip olmalıdır. Aile hekimliği alanında, temel yeterlilikler, kullanım alanları ve temel özellikler arasında iç içe geçen bir ilişki disiplini tanımlar. (22).

2.2.2 Aile Hekimliği disiplininin özellikleri

a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet bekleyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir (5) (23).

Aile Hekimliği, belli bir sistem, bölge veya semptom yerine insanlarla ilgilenir. Aile hekimi, genellikle ciddi travma durumları haricinde ilk tıbbi temas noktasıdır ve herhangi bir yaş veya cinsiyetten olan kişilere açık ve sınırsız bir şekilde hizmet verir. Aile hekimi, hastaların sağlık sorunlarını tanımlamak için öncelikle hastayı değerlendirir ve herhangi bir sınırlama olmaksızın ilgilenir. Örneğin, bir uzmanlık gerektiren bir hastalık olsa bile tedavi sürecinin koordinasyonu ve sürdürülmesi açısından aile hekimi ilk değerlendirmeyi yapar. Ayrıca, tedavi süreci boyunca ve sonrasında aile hekimi iletişim halinde kalır. Aile hekimliği, insan ilişkileri açısından değerlendirildiğinde daha faydalı hale gelir ve klinik tıp alanındaki diğer konularla ayrılır (23).

b. Sağlık kaynaklarının efektif kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı yöneterek, birinci basamakta başka sağlık personelleriyle beraber çalışarak ve icabında hasta üstüne üstlendiği savunuculuk misyonuyla diğer uzmanların vermiş olduğu hizmetlerle teması koordine ederek yapar (5), (23) .

Bireylerle ilk temas eden hekimler olarak, aile hekimleri, hastaneye sevk, tetkik isteğinde bulunma, tedavi düzenleme veya ilişkili uzmanlık branşına başvurma gibi durumları koordine eden mekanizmanın ilk kısmında yer alır. Özellikle eldeki kaynakların çok sınırlı olduğu koşullarda aile hekimlerinin bu rolü daha önem kazanır (23).

Eşgüdüm içerisinde olmanın rolü, sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğini sağlamak ve hastaların özel ihtiyaçlarına en uygun sağlık profesyonellerine ulaşmalarını sağlamaktır. Tüm sağlık çalışanlarını içeren bir ekip çalışması oluşturmak, hizmet kalitesini artırabilir. Aile hekimliği, ikinci basamak bakım için yüksek teknoloji hizmetlere ihtiyaç duyanların kolayca bu hizmetlere erişimini sağlayarak diğer uzmanlarla bağlantıları yönetir. Ayrıca, hastaları gereksiz tarama, test ve tedaviden kaynaklanabilecek tıbbi zararlardan korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklıkları hakkında rehberlik etmek için savunuculuk yapmak da aile hekimliğinin temel bir amacıdır. (5) (23).

c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir (5) (23). Bireysel, ailesel ve sosyal bağlamları dikkate

olarak hastalığı anlamaya çalışır. Genellikle hastane ortamında hastalar hastalığının bu yönlerini düşünmek yerine mevcut durumuna odaklanır. (23).

Süreç hastayla başlar. Bir hastanın hastalığıyla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin kendisiyle başa çıkmak kadar önemlidir. (5). Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve ihtiyaçları olan kişidir ve hastanın ilk temas ettiği kişi aile hekimleridir.

d. Hastanın güçlendirilmesinin teşvik edilmesi: Aile hekimliği, hastanın güçlendirilmesini ve özyönetim hedeflerini destekleyecek şekilde stratejik bir konuma sahiptir. Uzun vadeli bakım, multidisipliner bir yaklaşım, benzersiz bir danışma sürecine ve güvene dayalı güçlü ilişkiler, kişi merkezli bir yaklaşım, hastayı güçlendirmeyi hedefleyen devamlı bir eğitim sürecinin başlangıç noktalarıdır. (23). Hastanın şikayetleri ve semptomları açısından bilgi ve becerisini yükseltmek, tutum kazanmasını ve bu tutumu gündelik hayatta uygulayabilir hale gelmesi amaçlanır.

e. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır: Bu süreç efektif bir iletişimle, doktor ve hasta için zaman içinde gelişen bir ilişki meydana gelmesini sağlar (5) (23). Hasta ve aile hekimi arasında oluşturulan her temas bir önceki görüşmenin üzerinden devam eder ve aile hekiminin iletişim yetenekleri sayesinde daha da önem bir konuma yükselir, hem de hastalığın daha hızlı bir süreçte ve etkili bir biçimde daha iyi bir konuma gelmesine katkıda bulunur. Aile hekimi hastalarıyla her görüşmesini, onları hastalıklardan korumak ya da sağlıklı durumlarını devamlılığını sağlamak için bir fırsat olarak görür. Genel aile hekiminin hastasının her birini sene içerisinde birkaç kez gördüğü düşünüldüğünde, koruyucu hekimliğin yeterliliklerinin yerine getirilmesi bakımından, bu durumun ne kadar önemli bir avantaj olduğunu görmektedir.

f. Sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarıyla belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Aile hekimliği yaklaşımı, doğumdan (bazen daha evvelinden) ölüme (bazen daha sonrasında) kadar devam etmelidir. Aile hekimliği hastalarını bütün hayatları boyunca gözlemleyerek bakımın devamlılığını yürütür. Hastanın tıbbi dosyası bu devamlılığın açık ispatıdır. Bu dosya, hasta ile iletişimin nesnel belleği olmakla beraber hasta ve hekimin ortak hikayesinin sadece bir parçasıdır. Aile hekimleri, hayatlarının önemli bir kısmında birçok şikayetleri sırasında hastalarına sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bunun dışında, Günün tamamı boyunca sağlık hizmeti vermekten ve bunu şahsen kendisi olarak yapamadığı durumlarda diğer kişilere devretmek ve yönetmekten sorumludurlar. Sağlık hizmetlerinin devamlılığı sayesinde hizmet kalitesi ve hekim-hasta ilişkisi arasındaki memnuniyet daha da iyi duruma gelirken, maliyet düşmektedir (5) (23).

g. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgül bir karar verme süreci vardır. Şikayetler, toplum içinde görev yapmakta olan aile hekimlerine, ikinci basamak sağlık kuruluşlarından daha da farklı bir biçimde verilmektedir. Herhangi bir ön elemek yapılmadığından dolayı semptomların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az aralıklarla görülmektedir. Bu ise hastalara ve içinde bulundukları toplum hakkında bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgül bir karar verme süreci gerektirir. Klinik bir bulgunun ya

da tanısal bir testin olumlu ya da olumsuz kestirim değeri (prediktif değeri), hastane ortamı ile karşılaştırıldığında aile hekimliğinde farklı bir düzeydedir (5) (23).

h. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Aile hekimliği bir hastanın bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenmek, hastalarının akut ve kronik meydana gelen sağlık problemlerini eşzamanlı yönetmektedir. Aile hekimi, hastaların ilk başvurusundaki şikayetleriyle ilgilenmekle kalmayıp, süreci, hastanın ve hekimin önceliklerini önemseyerek, yaşa bağlı olarak beliren çeşitli hastalıkları da aynı zamanlı bir şekilde hiyerarşik bir düzenle yönetir (5) (23).

i. Gelişiminin erken safhasında henüz ayrılaşmamış bir biçimde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Hastaların başvurduğu zamanlarda tanı koymak zor olabilir çünkü hastalığın ilk belirtileri genellikle belirsizdir ve birçok farklı hastalıkta benzer şekilde görülebilir. Bu nedenle, hastaların önemli kararlar vermesi gerekebilir ve klinik testlerin sınırlı etkisi olabilir. Risk yönetimi bu durumda önemli bir rol oynar. Eğer durum ciddi değilse, beklemek ve daha sonra yeniden değerlendirme yapmak uygun olabilir. Bir görüşmenin sonunda semptomlarla ilgili belirsizlik genellikle devam eder, hastalık düşüncesi oluşabilir ve nadiren kesin bir tanı konabilir. (5) (23).

j. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Girişimlerin etkili ve uygun olması için sağlam kanıtlara dayanması önemlidir. Gereksiz girişimler zarar verebilir ve sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına neden olabilir. Bu nedenle, her girişim önceden iyi değerlendirilmeli ve gereklilikleri kanıtlara dayanmalıdır. Kanıtlar olmadan yapılan girişimlerin istenmeyen sonuçları olabilir. (5) (23). Aile hekimleri, yalnızca hastaları tedavi etmekle kalmaz, aynı zamanda hastalıkla savaşmadan önce hastalıkları önlemek için çaba sarf ederler. Çeşitli önleyici tedbirler ve sağlıklı yaşam tarzı önerileri ile insanların sağlık durumunu iyileştirme yolunda çaba gösterirler.

k. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Disiplin, sağlık hizmeti konularında hem şahıslara hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul eder (5) (23). Aile hekimleri genel anlamda kişi merkezlidir, ancak toplum sağlığını da göz ardı edemez. Bulaşıcı ve bildirimi zorunlu hastalıklar onlar için önem arz eder.

l. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. Tüm bu boyutları aynı anda tanımlayan ve her birine gereken önemi veren bir disiplin, rahatsızlık davranışlarını ve hastalık kalıplarını değiştirir. Bunların çoğu hastayı memnun etmeyen ve sorunun asıl nedenine odaklanmayan yaklaşımlardır. Aile Hekimliği disiplini, her bir uzmanın sahip olması gereken 12 temel yeteneği tanımlar ve bu yetenekler altı çekirdek beceriyle toplanabilir (23) .

Birinci basamak yönetimi: Hastalarla ilk temas etmek, duruma göre savunmayı üstlenmek ve birinci basamaktaki sağlık çalışanları ve uzmanların hizmetlerini koordine etmek, etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunmak için gereklidir (23).

Kişi merkezli bakım: Hasta ile yakın bir ilişki kurmak ve hastaya özgü sorunları ve ihtiyaçları ele almak, bireye odaklı bir yaklaşımın temel prensipleri arasındadır. Görüşme

sürecinde, hasta ile aktif bir ilişki kurarak, hasta otonomisine saygı göstermek ve hastanın önceliklerini belirlemek önemlidir. Ortak hareket ederek hastanın ihtiyaçlarına ve koşullarına uygun bakım sağlamak, sürekli ve uyumlu bir bakım yönetimi sağlamak amacıyla ideal bir yaklaşım benimsenmelidir (17).

Özgül Problem Çözme Becerileri: Özgül karar verme süreçlerini hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansları ile ilişkilendirip; öykü, fizik muayene ve tetkikler aracılığı ile amaca yönelik bilgi toplayıp yorumlayarak bu bilgi ile hasta ile iş birliği içinde yapılan bir yönetim planı oluşturmaktır (17). Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilmek ve gerektiğinde acil girişimlerde bulunabilmektir.

Kapsamlı Yaklaşım: Bireyin hem ani hem de uzun süreli sağlık sorunlarını aynı anda ele alarak, sağlığını ve iyilik halini geliştirebilmek için uygun stratejileri kullanabilmesidir. (23).

Toplum Yönelimli Olma: Sağlık beklentileri ile toplumun sağlık kaynaklarının kullanımı arasında bir denge kurabilme amacıyla bireyin sağlık gereksinimlerini ve toplumun sağlık gereksinimlerini bir araya getiren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, kişinin kültürel ve varoluşsal boyutlarını dikkate alarak biyopsikososyal bir modele dayalı olarak kişiye yaklaşma yeteneği gerektirir. Ayrıca, aile hekimliği disiplini içinde, bu özelliklerin uygulanmasında üç ek yetkinlik önemlidir. (5) :

Bağlamsal: Hekimlerin kendi bağlamlarını ve içinde çalıştıkları ortamın (çalışma koşulları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılması.

Tutumsal: Hekimin mesleksi yeteneklerine, değerlerine, duygularına ve etik değerlerine dayanmaktadır.

Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım sergileme ve devamlı öğrenme ve kalite yükseltme vasıtasıyla bunu devam ettirme.

2.3. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimliği, kişinin tüm sağlık ihtiyaçlarını takip eden ve ona özel sağlık hizmeti sunan bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Bu hizmetin sunumunda aile hekimi, bireyin sağlık sorunlarının yanı sıra yaşam tarzı, aile geçmişi ve psikososyal durumu gibi faktörleri dikkate alarak koruyucu tedaviler planlar ve uygular. Ayrıca, ailenin sağlık gereksinimlerine odaklanarak ailenin sağlık durumunu değerlendirir ve tedavi planı oluşturur. Aile hekimi, bu süreçte sağlık ekibi ve diğer sağlık kurumlarıyla işbirliği yaparak kişinin sağlığını en iyi şekilde geliştirmeyi hedefler. Aynı zamanda toplumun sağlığını geliştirmek için sağlık eğitimi ve politikalarına katkıda bulunur. Aile hekiminin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları belirlenen yönetmelik ve kurallar çerçevesinde belirlenmiştir (24).

1) Bölgedeki toplum sağlığı merkeziyle işbirliği yaparak bölgesel sağlık hizmet planlamasını gerçekleştirmek önemlidir

2) Bölgesindeki toplum sağlığı merkezine, hekimlik pratiği sırasında karşılaşılan toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bildirmek önemlidir.

3) Altı ay içerisinde kendi kayıtlı olan kişilerin evlerini ziyaret ederek veya onlarla iletişime geçerek ilk değerlendirmeyi yapmak.

4) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

5) Rehberlik yaparak, sağlığı iyileştiren ve koruyan hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri sunmak, sağlıkla ilgili kayıtlı kişilere rehberlik yapmak.

6) Rutin yapılması gereken sağlık muayenesi gerçekleştirmek.

7) Kayıtlı kişilere yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına bağlı olarak sağlık izlemi ve taraması yapmak, kanser, kronik hastalıklar, gebelik, doğum sonrası dönem, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, ergenlik dönemi, yetişkinlik dönemi, yaşlılık gibi konuları içeren hizmetler sunmak.

8) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür.

9) Engelli, yaşlı veya yatalak gibi günlük yaşamlarında evde takibi gereken kişilere yönelik olarak, evde veya mobil olarak sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında, kişiyeye özgü koruyucu sağlık hizmetleri sunmak ve birinci basamak tedavi, teşhis, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sağlamak.

10) Sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti sunmak.

11) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

12) Tetkik hizmetlerinin gerçekleşmesine öncülük etmek ya da bu hizmetleri gerçekleştirmek.

13) Vermiş olduğu hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını kaydetmek ve gerekli bildirimleri yapmak.

14) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

15) Gerekğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

16) Entegre sağlık hizmetinin verildiği merkezlerde icabında hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

17) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

18) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlerde yer almak.

19) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yerine getirmek.

2.4. Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar

Bireylerin aile hekimlerine ilk olarak kaydolması, ikamet ettikleri bölgeye göre müdürlük tarafından belirlenmektedir. Henüz nüfusa kaydı yapılmamış olan bebekler ve çocuklar, annelerinin kaydının olduğu aile hekimine kayıt yaptırır. İl merkezleri, her ilçe ve Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan ayrı bir bölgedir. Kişiler, bölge sınırlaması olmadan istedikleri aile hekimini seçebilir. Ancak, zorunlu durumlar dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. Aile üyeleri farklı aile hekimlerini seçebilir. Aile hekimi değişikliği, kişinin yazılı talebi üzerine istediği aile hekimi tarafından, toplum sağlığı merkezi tarafından veya elektronik ortamda (e-devlet, e-nabız) yapılabilir. Eğer sağlık hizmeti sırasında şiddet olayı yaşanır ve bu olay adli veya idari belge ile belgelenirse, şiddet uygulayan kişinin kaydı silinir. Uzun süre başka bir yerde yaşayan veya geçici olarak Türkiye'de ikamet eden kişiler, yanlarında bir aile hekimliği birimine misafir hasta olarak başvurabilir. (24).

2.5. REÇETE

Bu bölümde; reçetenin tanımı, Hastaların Reçete Beklentisi ve Doktorların Algısı üzerine bilgiler yer almaktadır.

2.5.1.Reçetenin Tanımı

Reçete (prescription) kelimesi Latince prae, before ve scribo kelimelerinden türemiş olup, “önceden yazılan” anlamı içermektedir. Tıbbi literatürde reçete ise; “Belirli ilaç ya da ilaçları belirli bir hastaya verilebilmesi için hekimler, diş hekimleri veya veteriner hekimler tarafından eczacılara yönelik olarak hazırlanan yazılı bir talimat” olarak tanımlanabilir (25). DSÖ’ reçeteyi “hekim tarafından eczacıya yazılmış bir talimat formu” olarak tanımlamıştır (26).

Reçete; doktorun profesyonelliği ve uyguladığı sanatın bir göstergesi olan, basit bir kağıt parçasına indirgenemeyen değeri ve önemi olan, hukuki anlamda geçerli olan resmi bir belgedir. Reçetenin resmi olması, hastanın sosyal güvenlik kuruluşlarından güvence taşımasıyla ilişkili değildir. Sosyal güvencesi olmayan bir hastaya verilen reçete de resmi bir belge olarak kabul edilmektedir. Reçetenin resmi bir belge olması, doktorluğun aynı zamanda bir kamu görevi olmasıyla da ilgilidir. (27).

Reçeteler, bir hekimlik pratiği olarak kabul edilen belgelerdir. Ancak bazı ülkelerde, hemşire, ebe veya sağlık memuru gibi sağlık çalışanları da reçete yazma yetkisine sahiptir. Reçete yazabilenlerin kim olduğu ve hangi ilaçların reçete gerektirdiği gibi konularda, her ülkenin kendi düzenlemelerine göre belirlenmiş kuralları vardır. Reçetelerde bulunması gereken minimum bilgiler de bulunmaktadır (28).

2.5.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı

Tıbbi gözetim altında kullanılmak üzere tasarlanmış, güvenli ve etkili olarak kullanılması onaylanmış ilaçların, yaygın sağlık sorunlarının tedavisinde kullanılmasına kendi kendine ilaç kullanımı denilmektedir. Bu tür ilaçlar genellikle reçetesiz veya tezgah üstü olarak adlandırılır ve doktor reçetesi olmadan kullanılır. Bazı ülkelerde tezgah üstü ilaçlar süpermarketler ve mağazalarda satılabilmektedir (29). Ülkemizde ise 12 Nisan 2014’ de resmi gazetede yayınlanmış olan Eczacılar ve Eczacılar Hakkında Yönetmelikte madde 30’ a göre, reçeteye tabi olan ilaçların reçetesiz satılması yasak olup, bilgilendirilmesinde eczacılarında sorumlu olduğu belirtilirken, madde 7’ e göre ise reçetesiz satılan ilaçların kullanımında eczacıların danışmanlık vermesi, ilaçların akılcı kullanımının sağlanması gerektiği ifade edilmiştir (30). Bireylerin kendiliğinden ilaç kullanmalarının nedenlerine bakıldığında, daha kolay olması, sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmaması gibi sebepler sıralanabilir. (31).

Kendi kendine ilaç kullanımı, insanların veya aile üyelerinin kendi başlarına ilaç seçerek ve kullanarak kendilerini tedavi etme yöntemidir. Bununla birlikte, bu uygulama tamamen güvenli değildir. Kendi kendine ilaç kullanımının potansiyel riskleri arasında doğru teşhis yapamama, tıbbi tavsiye alma gecikmesi, nadir ancak ciddi yan etkilerin meydana gelmesi, tehlikeli ilaç etkileşimleri, yanlış uygulama yöntemi ve dozaj, yanlış tedavi seçimi, ciddi hastalıkların gizlenmesi, bağımlılık ve istismar riski bulunur. Ayrıca, kendi kendine ilaç kullanımı, antibiyotik direncinin dünya genelinde ciddi bir sorun haline gelmesini sağlayarak bir tehlike oluşturur. (32).

Türk Eczacıları Birliği’ne göre; özel bir firma tarafından yapılan araştırmada; reçetesiz ilaçların kullanımı son zamanlarda Türkiye’de çok ciddi seviyelere çıkmıştır. Neredeyse iki hastadan birinin reçetesiz ilaç aldığını ve bunu tıbbi bakım aramadaki fiyata bağladığını belirtmiştir. Antalya’da Aktekin ve arkadaşları tarafından reçetesiz ilaç kullanımıyla ilgili yürütülen bir başka araştırmada insanların %43,5’inin sağlık merkezlerine başvurmadan önce

reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır (33). Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili benzer bir araştırma kişilerin %31,9'unun doktora danışmadan eczaneye gidip ilaç aldıklarını belirtmiştir (34). İlaç satın alma eğilimini belirleyenler ise arkadaş, akraba, eczacı – kalfa önerisi, ya da kişisel deneyim olarak bildirilmiştir (35).

2.5.3. Hastaların Reçete Beklentisi ve Hekimlerin Algısı:

Hastalar belirli bir ilacı tercih ettiklerini belirtebilir. Bazen bu doğrudan bir istek şeklinde olur, bazen ise belirli bir hastalığı belirtmek suretiyle ilaç isteyebilirler. Bazı durumlarda hastalar, mutlaka ilaç gerektiğini düşündükleri bir hastalık için tipik olan semptomlar ile başvururlar (36).

Semptomların devamlılığı (şikâyetlerim geçecek gibi gözüküyor doktor) ve hayatla ilgili durumlar ('gelecek hafta yurtdışına bir yolculuk yapacağım') reçete yazılması için bir gerekçe olarak hekime verebilir. Belirli bir ilacın daha önceden kullanmasıyla ilgili deneyimleri doktorun kararını etkilemek amacıyla kullanılabilir (37). Bu durum, hastanın sürece katılım gösterdiğinin bir göstergesi şeklinde değerlendirilerek olumlu karşılanmalıdır (14).

Reçete beklentileri hastanın tutumu, sosyodemografik özellikleri ve hastalık değişkenleri ile alakalıdır(30). Hastaların mevcut sağlık sorunuyla ilgili faktörler, doktorun reçete kararıyla yakından ilişkilidir ve bu beklentileri doktorun reçete kararı ile ilgilidir. Ayrıca hastanın sağlık sorunuyla ilgili anksiyetesi, beklentilerini ve doktorun davranışını etkilemektedir. Hasta talepleri ve beklentileri reçete kararını etkilemektedir. Reçete beklentisi, ilaç reçetesi yazma olasılığını artırmaktadır. (38).

Reçete talebi, gereksiz reçete yazmayla sonuçlanabileceği gibi, doktorun dikkatini belirli bir soruna çekerek fayda da sağlayabilir. Bununla birlikte, hastaların beklentileri sabit değildir. Doktor, hastanın belirli bir ilacı istemesinin nedenlerini araştırmalı ve reçeteden sağlanabilecek fayda ve zararların tartışılmasıyla, karşılıklı anlaşmaya dayalı bir karara ulaşılmalıdır (14). Hastalar bir reçete bekleyip alamadıklarında hoşnutsuz olabilirler. Böyle durumlarda hastaların aynı şikâyetle başka bir doktora danışma ihtimallerinin iki kat arttığı saptanmıştır (39). Özellikle Türkiye'de aile hekimleri arasında nüfus kaybetme endişesi yaratan bu durum, hekimlerin hastalarının beklentilerini karşılamak için gereksiz tedaviler ve yanlış tıbbi uygulamalar gibi sorunlar yaşamasına neden olabilir. Ancak yapılan bir çalışmada, hastaların beklentilerinin yerine getirilmesiyle hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu görülmemiştir. Bu nedenle, doktorlar uygun olmayan reçete yazmayı reddederlerse, hastaların doktor değiştirecekleri endişesine gerek olmayabilir. (40).

Hastalar belirli bir ilacı tercih ettiklerini belirtebilir. Bazen bu doğrudan bir istek şeklinde olur, bazen ise belirli bir hastalığı belirtmek suretiyle ilaç isteyebilirler. Bazı durumlarda hastalar, mutlaka ilaç gerektiğini düşündükleri bir hastalık için tipik olan semptomlar ile başvururlar (14). Bazen de daha önce kullandıkları bir ilacın tekrar yazılmasını (RPT) isteyebilirler. Özellikle ülkemizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında RPT çok sık karşılaşılan bir durumdur. Bir çalışmada hekimlerin yarısından fazlası günlük polikliniklerinin

%30- 49'unun RPT başvuruları olduğunu belirttiler (16) .Hasta reçete yazdırmaya başvurduğu aile hekimini hekim olarak görmekten çok, reçete yenileme memuru gibi görmesi birinci basamak hekimine ve sağlık kuruluşuna olan güvenin toplumda daha da yitirilmesine ve bu güvensizlik hekimin mesleğini hakiki manada icra etmesine engel teşkil edecektir.

Hastanın reçete beklentisi olduğu algısı, reçete yazma yönünde güçlü bir dürtüye neden olmaktadır ve bir çalışmada, bu algının reçete yazma ihtimalini 10 kat artırdığı gösterilmiştir (41). Doktorlar hastaların beklentilerini reçete yazmaları yönünde bir baskı olarak algılayabilmektedir (42). Hastanın beklediği reçeteyi yazmamaları durumunda, doktor hasta ilişkisinin zarar görebileceği ve etkili bir tedavi ortaklığının kurulma olasılığının azalabileceği yönünde endişeleri olduğunu belirtmektedir (43).

Hasta başvurularının yaklaşık üçte ikisinde doktorlar, hastanın reçete beklentisini doğru olarak tanımlar (44). Hastaların kendi durumlarına reçete yazılması gerektiğine inanmaları, doktorun ne yapması gerektiği konusunda daha kararlı hale gelmelerine neden olabilir. Bu nedenle, doktorun bu şekilde davranması, hastaların gelecekte daha fazla reçete beklemlerine yol açabilir. Bununla birlikte, doktorların hastaların reçete beklentilerini abartma eğilimleri olduğu ve bu durumun gereksiz reçete yazmaya yol açabileceği birçok çalışmada belirtilmektedir (43). Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren Aile hekimlerinde gereğinden fazla reçete yazmak çok sık karşılaşılmakta ve reçete yenileme(RPT) başvuruları aile hekimliği pratiğinin çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Aile hekimliği günlük polikliniklerinin %30- 49'unun RPT başvuruları olduğunu belirlenmiş (16). Farklı bir açıdan bakıldığında, hastanın reçete istemediği algısı da gereğinden az reçete yazılmasına neden olabilmektedir.

Hekimin hastanın algısına göre reçete kararı belirlemesi yanlış hekimlik icrasına sebep olabilir. Oluşabilecek birçok çeşitli doktor-hasta yanlış anlamaları göz önüne alındığında, hem doktorların reçete kararları hem de hastaların tedaviye uyumu etkilenebilir (45). Reçete umudu olan birçok hasta hekimine istediği ilacı yazdıramamaktadır. Ayrıca, öncelikle bilgi ve danışma beklentisi olan hastalara aslında reçete yazılmaktadır. (44). Bu durum özellikle ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülebilmektedir. Günlük aile hekimliği pratiğinin büyük bir bölümünü reçete yenilemek (RPT) veya hastasının yazdırmayı düşündüğü ilacı yazmak olan hekimlerimiz kendisini hekimden çok reçete yenileme memuru olarak görmesi hekimlerimizin mesleki tatmin duygusunu köreltecektir ve verdiği hizmet kalitesinin ve birinci basamak sağlık kuruluşuna olan güvenin azalmasına sebep olacaktır.

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.Örneklem Seçimi ve Yöntem

Çalışmanın evreni İzmir'in üç merkez ilçesinde bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar oluşturmıştır. Toplam 6 merkezden 3 tanesi rastgele olarak seçilmiştir. Belirlenen merkezler şunlardır:

-Balçova 6 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

-Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

-Buca 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

Örneklem sayısı tüm merkezlerde 2022 Yılı sonu kayıtlı nüfus toplamı olan 28.432 kişi içerisinde evreni bilinen örneklem hesabı ile %95 güven düzeyi, %5 hata payı ve prevalans %50 olarak kabul edildiğinde toplam 380 kişi olarak hesaplanmıştır.

$$(n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)])$$

Veriler toplanırken örneklem sayısı belirlemiş olduğumuz 3 merkezin bulunduğu ilçelerin güncel nüfuslarına oranlanarak dağıtım yapılmıştır. Çalışma merkezlere başvuran hastalara yapıldığı için tekrarları önlemek için anket uygulanan bir kişiye başka başvurusunda tekrardan anket uygulanmamıştır. Veriler 2023 yılı Şubat ve Mart aylarında belirlenen merkezlere başvuran 18 yaş ve üstü hastalar üzerinden gönüllülük esasına dayanarak çalışmayı yürüten araştırmacının bizzat kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1-)Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 2-)Okuma yazma becerisine sahip olmak
- 3) RPT veya muayene için başvurmuş olmak

Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:

- 1-)Kendi aile hekimi tarafından ilaç tekrarına çağrılan bireyler

İzinler

Araştırmaya katılan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma için DEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve DEÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan onay alınmıştır

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi

Çalışmayı yürüten araştırmacının hazırlamış olduğu cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu şeklindeki sosyodemografik bilgiler anket vasıtası ile yüz yüze görüşme yöntemi ile sorulup kaydedilmiştir. Aynı zamanda hastalara yine çalışmayı yürüten araştırmacının hazırlamış olduğu “Niçin aile sağlığı merkezine başvurdunuz?” ve “Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız?” şeklinde sorular sorulup kaydedilmiştir.

3.2.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) anketi

ABD'nin Massachusetts Eyaletinin başkenti Boston'da 6094 kişiden oluşan bir grup üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda geliştirilen ve uluslararası geçerlilik çalışmalarına tabi tutulan PCAS (Primary Care Assessment Survey) birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan bir ölçek olup, bu hizmetleri değerlendirmek için kullanılmaktadır. (46).

Türkiye'de Lağarlı ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2007 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uygulanmıştır (47). Cronbach alfa değeri 0,80-0,90 şeklinde hesaplanmıştır. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) orijinal halinde 33 adet ana sorunun alt tabakasında 83 adet soru anketin içerisinde yer almaktadır. Bu sorular sağlık hizmeti alanların hizmeti değerlendirmesine yöneliktir. Ölçekte yer alan 49 soru boyutları sorgulamakta ve skorlamaya katılmaktadır; 34 soru ise katılmamaktadır. Ölçekteki 11 alt boyut uluslararası geçerlilik çalışmasında 7 boyuta indirgenmiştir (48). Bu yapısal özet boyutları tamamlayan alt boyutlar, ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olup, hekim-hasta ilişkisi özet boyutunu tamamlamak için kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven alt boyutlarını içerir.

Tablo 1. Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS) 11 alt boyutu, indirgenmiş olan 7 alt boyut tablodaki gibidir :

Alt Boyutlar(11)	Boyutlar(7)	Özet Boyutlar(2)
1.Finansal Ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	1.Yapısal Özet Boyut
2.Örgütsel Ulaşılabilirlik		
3.Boylamsal Süreklilik	2.Süreklilik	
4.Hekim Temelli Süreklilik		
5.Hastanın Bütüncül Bilgisi	3.Kapsayıcılık	
6.Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık		
7.Eşgüdüm	4.Eşgüdüm	
8.İletişim	5.Hizmet Memnuniyeti	2.Hekim-Hasta İlişkisi Özet Boyutu
9.Fiziksel Bakı		
10.Kişisel Yaklaşım	6.Kişisel Yaklaşım	
11.Güven	7.Güven	

PCAS indirgenmiş 7 alt boyutun tanımını aşağıda belirtilmiştir:

1. Ulaşılabilirlik: Hekime muayene olmak için yapılan başvuruları ve birinci basamakta uygulanan tedavilerin ücretlerini değerlendirmek, hekime her an internet telefon veya herhangi bir yol ile randevu alabilme ve danışmanlık hizmeti alabilme hizmetinin değerlendirilmesi, hekiminin bulunduğu kurumun hastanın kendi yerleşim yerine olan konuma ulaşımının değerlendirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşunun hizmet üzere olduğu süreçlerin ve gün içerisindeki sürelerin değerlendirilmesi.

2. Süreklilik: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta olan hastanın hekiminin kayıt sisteminde yer aldığı süre boyunca ilgili sağlık kurumunda gerçekleştirilen var olan rutin muayeneleri ve kendisinin veya yakınının hastalığı için alınmış randevularda düzenli doktoru tarafından ne kadar sıklıkla karşılaştığının değerlendirilmesi.

3. Kapsayıcılık: İlgili hekimin hastasının var olan hastalıklarının, özgeçmişinin, soy geçmişinin, ev ve işteki sorumlulukları, başlıca biyolojik ve psikolojik sorunları, bireyin inanç ve değerlerine olan yaklaşımının değerlendirilmesi ve genel olarak hekimin sunmuş olduğu birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.

4. Eşgüdüm: Aile hekimliğinden sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, aile hekimliğinde kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi.

5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve düzenli hekiminin yaptığı fizik bakımın yeterliliğinin değerlendirilmesi.

6. Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi.

7. Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi

PCAS soruları altılı likert tipindedir. En küçük değer 1, en yüksek değer 6 olarak değerlendirilmiştir ve puan arttıkça özelliğin daha iyi olduğu anlatılmaktadır. 7 soruda sorunun soruluş biçimi/şıkların sıralanış biçimi sebepleriyle skor tersine çevrilmelidir. (Soru numarası: 14a, 15a, 23a, 23c, 23e, 23f, 26). Bu sorular anket formunda 1 puan en olumlu, 6 puan en olumsuz olarak düzenlenmiştir. 8 sorunun ise (21a, 21b, 21c, 21d, 21e, 21f, 21g, 26) değerleri düzenlenmelidir. Örneğin 21. Soru koruyucu hizmetleri sorgulamaktadır ve evet cevabı için 100 hayır cevabı için 0'a dönüşüm yapılmıştır. Boyutları oluşturan soruların puanları toplanarak boyut puanları hesaplanmıştır. Elde edilen bu puan 0-100 puan sistemine dönüştürülmüş, dönüşümde PCAS skora rehberinde verilen formül kullanılmıştır. Dönüşüm puanı = (alınan puan – minimum puan)x100/ (maximum-min puan farkı)

PCAS Boyutları ve Soruların İçerikleri aşağıda belirtildiği şekildedir:

1.Boyut

Finansal ulaşılabilirlik

FINU1 (S11b): Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?

FINU2 (S12b): İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını nasıl değerlendirirsiniz?

2.Boyut

Örgütsel ulaşılabilirlik

ORGU1 (S9b): Doktorunuzdan randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

ORGU2 (S10b): Muayene olmadan önce bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU3 (S13a): Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU4 (S13b): Telefon aracılığıyla tıbbi yardım alabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU5 (S7b): Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU6 (S8b): Doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz?

3.Boyut

Boylamsal süreklilik

BS (S2): Doktorunuzun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

4.Boyut

Hekim temelli süreklilik

HTS1 (S14a) :Düzenli kontrolleriniz veya genel muayene (çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz?

HTS2 (S15a): Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)

5.Boyut

Hastanın bütüncül bilgisi

HBB1 (S26): Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir?

HBB2 (S25a): Doktorunuzun tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB3 (S25b): Doktorunuzun ev ve iş yerindeki sorumluluklarınız ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB4 (S25c): Doktorunuzun tıbbi olarak sizi endişelendirecek durumlar ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB5 (S25d): Doktorunuzun inanç ve kültürel değerleriniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

6.Boyut

Koruyucu hizmetler ve danışmanlık

KOHD1 (S21a): Doktorumla sigara içme ilgili konuştuk.

KOHD2 (S21b): Doktorumla alkol kullanma ile ilgili konuştuk.

KOHD3 (S21c): Doktorumla aile planlaması hakkında konuştuk.

KOHD4 (S21d): Doktorumla sağlıklı beslenme ile ilgili konuştuk.

KOHD5 (S21e): Doktorumla egzersiz yapma hakkında konuştuk.

KOHD6 (S21f): Doktorumla sağlıklı cinsel ilişki yönetimi hakkında konuştuk.

7.Boyut

Eşgüdüm

EŞG1 (S31a): Doktorunuzun gideceğiniz uzman hekimi seçmedeki yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG2 (S31b): Doktorunuzun uzman hekimden randevu almada yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG3 (S31c): Doktorunuzun uzman hekim tarafından tedavi edilirken hastalığınız ve tedavinize ilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG4 (S31d): Doktorunuzun diğer uzman hekimlerle iletişimini nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG5 (S31e): Doktorunuzun uzman hekimlerin verdiği öneri ve tedavileri anlayabilmen konusunda yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG6 (S31f): Doktorunuzun sizi gönderdiği diğer uzmanların kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

8.Boyut

Fiziksel bakı

FM1 (S16a): Doktorunuzun yaptığı fizik muayeneyi nasıl değerlendirirsiniz?

9.Boyut

İletişim

İLT1 (S17a): Doktorunuzun şikayetinizle ilgili sorduğu soruların yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz?

İLT2 (S17b): Doktorunuzun anlattıklarınızla ilgili dikkatini nasıl değerlendirirsiniz?

İLT3 (S17c): Doktorunuzun sağlık sorunlarınızı ve tedavilerini açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz?

İLT4 (S17d): Doktorunuz sizi uzmana sevk ettiğinde hazırladığı raporları nasıl değerlendirirsiniz?

İLT5 (S17e): Doktorunuzun sağlığınızla ilgili karar verme konusunda yardım ve önerilerini nasıl değerlendirirsiniz?

İLT6 (S18): Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

10.Boyut

Kişisel yaklaşım

KŞSY1 (S19a): Doktorunuzun size ayırdığı zamanı nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY2 (S19b): Doktorunuzun sorularınız ve endişelerinize gösterdiği sabrı nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY3 (S19c): Doktorunuzun size karşı dostluk ve yakınlığını nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY4 (S19d): Doktorunuzun size ilgisi ve bakımını nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY5 (S19e): Doktorunuzun size karşı saygısını nasıl değerlendirirsiniz?

11.Boyut

Güven

GVN1 (S23a) Doktoruma her şeyi anlatabilirim.

GVN2 (S23b) Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar.

GVN3 (S23c) Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim.

GVN4 (S23d) Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder.

GVN5 (S23e) Doktorum sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler

GVN6 (S23f) Doktorum sağlığıma benim kadar dikkat eder.

GVN7 (S23g) Doktorum sağlığımla ilgile hata yaptığında benden saklamaya çalışır.

GVN8 (S24) Bütün etkenleri göz önünde bulundurarak güven konusunda doktoruna on üzerinden kaç puan verirsin.

3.3. Veri toplanması ve Araştırmanın Yürütülmesi.

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri olan Balçova 6 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Buca 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek hasta popülasyonu üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara sosyodemografik özellikleri içeren 4 soru, birinci basamağa başvurma sebeplerini sorgulayan 2 soru ve Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS) soruları yüz yüze görüşme yöntemi şeklinde anket vasıtası ile araştırmayı üstlenen araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25.00 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, tepe noktası) yanı sıra hipotez testleri uygulanmıştır. Normal dağılım için ölçülebilen değişkenler için ise t testi, normal olmayan dağılımlar için ise bunların non-parametrik karşılıkları kullanılmıştır. Çalışmamızdaki bağımsız değişkenleri Sosyodemografik Özellikler, bağımlı değişkenleri ise Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) anketinin alt puanları oluşturmaktadır. P değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5 Karşılaştırmalı Analizler

Aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerini muayene için başvuranlar ile karşılaştırılması için anketimizin beşinci sorusu “Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurdunuz?” sorusunun cevabı olan altı seçenek iki seçeneğe indirgenmiştir. Bu altı seçenekten ilki olan “Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)” seçeneği ayrı bir seçenek olarak ve geri kalan beş seçenek ise “Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.” şeklinde çevrilmiştir. İki seçenekli hale çevrilmiş olan bu iki başvuru sebebi, PCAS ölçeğinin alt başlıklarına göre “Bağımsız T Testi” uygulanarak analiz edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamıza katılması için hedeflenen 380 kişiye ulaşılmıştır. Anketimizde yer alan 7. Soru yani “Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?” sorusuna hayır diyenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan kişilerin niçin aile sağlığı merkezine başvurdıklarına yönelik soruya verilen yanıtlar; 160(%42,1) kişi muayene olmak, 75(%19,7) kişi Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek, 45(%11,8) kişi kendisi veya yakınına almak istediği ilacının reçetesini yazdırmak, 41(%10,8) kişi kendisine veya yakınına eczacısının verdiği ilacı yazdırmak, 24(%6,3) kişi özel doktorunun veya dış hekimimin önerdiği ilacın reçetesini yazdırmak şeklindedir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların “Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurdunuz?” Sorusuna Yanıtları

Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurdunuz?		
	Sayı	%
Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	%42,1
Raporlu ilacımın reçetesini yeniletmek.	75	%19,7
Kendim veya yakınıma almak istediğim ilacımın reçetesini yazdırmak (hekim veya eczacıya danışmadan)	45	%11,8
Kendim veya yakınıma eczacımın verdiği ilacı yazdırmak.	41	%10,8
Özel doktorum veya dış hekimimin önerdiği ilacın reçetesini yazdırmak.	24	%6,3

Komşumdan veya herhangi bir yakınımın öğrendiğim ilacımın reçetesini yazdırmak.	35	%9,2
Toplam	380	100,0

Çalışmaya katılanların Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız sorusuna cevapları; 28 kişi (%7,4) “Eczacı da doktor kadar ilaçları bilir”, 16 kişi (%4,2) “Zaten başka doktora gittim farkı yok”, 22 kişi (%5,8) “İlacı tavsiye eden kişiyle aynı hastalığım olduğunu düşündüm”, 39 kişi (%10,3) “Daha önceden devamlı aynı ilacı kullanıp fayda sağladığım için danışmaya gerek duymadım”, 16 kişi (%4,2) “Reçeteyi uzman doktorum verdi”, 24 kişi (%6,3) “Diğer sebepler”, 235 kişi (%61,8) “Bir önceki seçeneği A ve B olarak işaretlediği için bu soruyu boş bırakanlar” şeklindedir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların “Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız?” Sorusuna Yanıtları

Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız?		
	Sayı	%
Eczacı da doktor kadar ilaçları bilir.	28	%7,4
Zaten başka doktora gittim farkı yok.	16	%4,2
İlacı tavsiye eden kişiyle aynı hastalığım olduğunu düşündüm.	22	%5,8
Daha önceden devamlı aynı ilacı kullanıp fayda sağladığım için danışmaya gerek duymadım.	39	%10,3
Reçeteyi uzman doktorum verdi.	16	%4,2
Diğer sebepler	24	%6,3

Bir önceki seçeneği A ve B olarak işaretlediği için bu soruyu boş bırakanlar.	235	%61,8
Total	380	%100,0

4.1.Tanımlayıcı Analizler

4.1.1.Demografik Özellikler

Çalışmaya katılanların ortalama yaşı $44,23 \pm 15,54$ olup çalışmaya katılan en genç katılımcı 18 yaşında, en yaşlı katılımcı 83 yaşındadır. (Tablo 4)

Tablo 4. Katılımcıların Yaş Ortalaması

Yaşınız?	
Ortalama	44,23
Ortanca Değer	42,00
Standart Sapma	15,54
Minimum	18
Maximum	83

Çalışmamıza katılan hastaların toplam sayısı 380 kişi olup katılımcıların %53,7'sini (n:204) kadın, %46,3'ünü (n:176) erkek bireyler oluşturmaktaydı. Çalışmamıza katılan katılımcıların kadın nüfus oranı erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyetleri

Cinsiyetiniz?		
	Sayı	%
Kadın	204	%53,7
Erkek	176	%46,3
Total	380	%100,0

Çalışmamıza katılan 380 hastanın %40,3'ünün (n:153) geliri giderinden az, %21,1'inin (n:80) geliri giderinden fazla, %38,7'sinin geliri giderine denkti. (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların Gelir Durumları

Gelir Durumunuz?		
	Sayı	%
Gelirim giderimden az	153	%40,3
Gelirim giderimden fazla	80	%21,1
Gelirim giderime denk	147	%38,7
Total	380	%100,0

4.1.2.PCAS Sonuçları

Çalışmamızdaki PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutun Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık alt boyutu olduğunu görmekte hastaların genel olarak vermiş olduğu puanlara bakıldığında 68,15 puan almış olduğunu görmekteyiz ve standart sapmasını 85,71 olarak saptamaktayız. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık alt boyutunda hekimlerine en düşük puan veren hasta 0 puan almış olup en yüksek puan veren hasta ise 100 puan vermiştir. PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en düşük ortalamaya sahip alt boyut Boylamsal Süreklilik alt boyutudur ve hastaların puanlarına genelde 32,5 puan olarak ölçülmüştür. Boylamsal Süreklilik alt boyutuna hekimlerine en düşük puan veren hasta 0 puan almış olup en yüksek puan veren hasta ise 100 puan vermiştir Bunlar dışında Finansal Ulaşılabilirlik alt boyutu genelde 51,92 puan almış olup standart sapması 23,28 olarak bulunmuş ve bu alt boyuta en düşük puan veren hasta 10 en yüksek puan veren hasta ise 100 puan vermiştir. Örgütsel Ulaşılabilirlik alt boyut puanı genel olarak ortalamaya baktığımızda 58,25 olarak ölçülmüş ve standart sapması 19,44 tür. Örgütsel Ulaşılabilirlik alt boyutuna en düşük puanı veren hasta 16,67 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 96,67 puan vermiştir. Hekim Temelli Süreklilik alt boyut puanlarına genel olarak baktığımızda 61,84 bulunmuş olup standart sapması 26,03'tür. Bu alt boyut puanına en düşük puan veren hasta 0 puan vermiş olup en yüksek puan veren hasta 100 puan vermiştir. Hastanın Bütüncül Bilgisi puan ortalamasına genel olarak baktığımızda katılımcıların puan ortalaması 50,22 olup standart sapması 22,15 tir. Hastanın Bütüncül Bilgisi alt boyutuna en düşük puanı veren hasta 12 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 100 puan olarak hekimini puanlamıştır. Eşgüdüm alt boyut puanına genel olarak baktığımızda ortalama puan 48,67 olarak bulunmuş ve standart sapması 19,03 olarak bulunmuştur. Eşgüdüm alt boyut puanına en düşük puanı veren hasta 6,67 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 96,67 puan vermiştir. Fiziksel Bakı alt boyut puanına genel olarak baktığımızda ortalama puan 55,84 olup standart sapması 24,14 olarak bulunmuştur. Fiziksel Bakı alt boyut puanına en düşük puanı veren hasta 0 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 100 puan vermiştir. İletişim alt boyut puanına genel olarak baktığımızda ortalama puan 59,26 olup standart sapması 63,33 olarak bulunmuştur. İletişim alt boyut puanına en düşük puanı veren hasta 13,33 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 100 puan vermiştir. Kişisel Yaklaşım alt boyut puanına genel olarak baktığımızda ortalama puan 58,86 olup standart sapması 60 olarak ölçülmüştür. Kişisel Yaklaşım alt boyut puanına en düşük puanı veren hasta 8 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 100 puan vermiştir. Güven alt boyut puanına genel olarak baktığımızda ortalama puan 49,46 olarak bulunmuştur ve standart sapması 53,12 en düşük puanı veren 18,75 hasta 6,67 puan vermiş olup en yüksek puanı veren hasta 78,13 puan vermiştir. (Tablo 7)

Tablo 7. PCAS Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	Ortala ma	Ortanca Değer	Standart Sapma	Minim um	Maksim um
Finansal Ulaşılabilirlik	51,92	40	23,28	10	100
Örgütsel Ulaşılabilirlik	58,25	60	19,44	16,67	96,67
Boylamsal Süreklilik	32,5	25	37,03	0	100
Hekim Temelli Süreklilik	61,84	60	26,03	0	100
Hastanın Bütüncül Bilgisi	50,22	46	22,15	12	100
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	68,15	85,71	31,87	0	100
Eşgüdüm	48,67	46,66	19,03	6,67	96,67
Fiziksel Bakı	55,84	60	24,14	0	100
İletişim	59,26	63,33	22,71	13,33	100
Kişisel Yaklaşım	58,86	60	25,33	8	100
Güven	49,46	53,12	13,21	18,75	78,13

4.2.Karşılaştırmalı Analizler

Çalışmamızda anketimizin beşinci sorusu “Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurdunuz?” sorusunun cevabı olan altı seçeneğin ilk seçeneği olan “Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)” seçeneği ayrı bir seçenek olarak ve geri kalan beş seçenek ise “Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.” şeklinde çevrilip karşılaştırmalı analiz edildiğinde Finansal Ulaşılabilirlik alt boyutu haricindeki diğer 10 alt boyutta anlamlı düzeyde fark ortaya çıkmıştır. Anketimizin beşinci sorusundaki “Raporlu ilacımın reçetesini yenilemek” seçeneğini işaretleyenleri iki seçeneğe indirgenmiş sorulardan “Muayene olmak için başvuranlar” grubuna dahil ettiğimizde de iki grup karşılaştırmalarında sonuçlar değişmemiştir.

4.2.1.Finansal Ulaşılabilirlik

Finansal ulaşılabilirlik alt boyutuna hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $52,9375 \pm 22,64$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $51,1818 \pm 23,76$ olarak hesaplanmıştır. İki grup kendi arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark olsa bile bu fark anlamlı değildi. (p değeri>0,05) Raporlu ilacının reçetesini yenilemek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 8. Finansal Ulaşılabilirlik Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
Finansal Ulaşılabilirlik Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	52,9375	22,64289	,725	,469
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	51,1818	23,76567		

4.2.2.Örgütsel Ulaşılabilirlik

Örgütsel ulaşılabilirlik alt boyutuna hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $63,0625 \pm 16,18$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $54,7576 \pm 20,85$ olarak hesaplanmıştır. Örgütsel ulaşılabilirlik alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $< 0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 9. Örgütsel Ulaşılabilirlik Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart sapma	t	P
Örgütsel Ulaşılabilirlik Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	63,0625	16,18366	4,369	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	54,7576	20,85177		

4.2.3.Boylamsal Süreklilik

Boylamsal süreklilik alt boyutuna hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $38,2813 \pm 38,94$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $28,2955 \pm 35,07$ olarak hesaplanmıştır. Boylamsal süreklilik puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri<0,05) Raporlu ilacının reçetesini yenilemek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı

Tablo 10. Boylamsal Süreklilik Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Boylamsal Süreklilik Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	38,2813	38,94459	2,572	,011
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	28,2955	35,07889		

4.2.4.Hekim Temelli Süreklilik

Hekim temelli süreklilik alt boyutuna hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $69,0625 \pm 23,81$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurduğum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $56,5909 \pm 26,37$ olarak hesaplanmıştır. Hekim temelli süreklilik alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $<0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 11. Hekim Temelli Süreklilik Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hekim Temelli Süreklilik Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	69,0625	23,81260	4,739	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum.	220	56,5909	26,37482		

4.2.5.Hastanın Bütüncül Bilgisi

Hastanın bütüncül bilgisi alt boyutuna hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $53,7813 \pm 21,92$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurduğum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $47,6318 \pm 22,00$ olarak hesaplanmıştır. Hastanın bütüncül bilgisi alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $<0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 12. Hastanın Bütüncül Bilgisi Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Hastanın Bütüncül Bilgisi Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	53,7813	21,92287	2,694	,007
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	47,6318	22,00510		

4.2.6.Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık

Koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $63,8393 \pm 34,09$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $71,2987 \pm 29,84$ olarak hesaplanmıştır. Koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için başvuranlar ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında hekimine ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $<0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 13. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	63,8393	34,09809	-2,217	,027
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	71,2987	29,84728		

4.2.7.Eşgüdüm

Eşgüdüm alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $53,5833 \pm 17,41$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $45,1061 \pm 19,41$ olarak hesaplanmıştır. Eşgüdüm alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $< 0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yenilemek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edilip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 14. Eşgüdüm Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Eşgüdüm Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	53,5833	17,41326	4,387	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	45,1061	19,41140		

4.2.8.İletişim

İletişim alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $68,3125 \pm 19,37$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $52,6818 \pm 22,74$ olarak hesaplanmıştır. İletişim alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için başvuranlar ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri<0,05) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edilip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 15. İletişim Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İletişim Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	68,3125	19,37888	7,033	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	52,6818	22,74045		

4.2.9.Fiziksel Bakı

Fiziksel Bakı alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $61,8750 \pm 20,65$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurdum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $51,4545 \pm 25,56$ olarak hesaplanmıştır. Fiziksel Bakı puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için başvuranlar ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri<0,05) Raporlu ilacının reçetesini yeniletmek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edilip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 16. Fiziksel Bakı Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel Bakı Toplam Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	61,8750	20,65553	4,245	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	51,4545	25,56526		

4.2.10. Kişisel Yaklaşım

Kişisel Yaklaşım alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $67,0250 \pm 22,06$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurduğum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $52,9273 \pm 25,94$ olarak hesaplanmıştır. Kişisel Yaklaşım alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $<0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yenilemek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edilip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 17. Kişisel Yaklaşım Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurdunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kişisel Yaklaşım Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	67,0250	22,06336	5,563	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	52,9273	25,94716		

4.2.11. Güven

Güven alt boyut puanlarına hekimlerine muayene olmak için başvuran 160 hastanın hekimlerine vermiş olduğu ortalama puan $54,9805 \pm 10,09$ olarak bulunmuştur. Hekimlerine ilaç yazdırmak için başvurduğum 220 kişinin ise vermiş olduğu puan ortalaması $45,4545 \pm 13,78$ olarak hesaplanmıştır. Güven alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine bir fark mevcuttu ve bu fark anlamlıydı. (p değeri $<0,05$) Raporlu ilacının reçetesini yenilemek için başvuranları muayene olmak için gelenler grubuna dahil edip tekrardan iki grup karşılaştırmalı analiz edildiğinde sonuçlarda değişiklik olmadı.

Tablo 18. Güven Puanı İki Grubun Karşılaştırılması

	Niçin Aile Sağlığı Merkezine başvurduunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Güven Puanı	Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)	160	54,9805	10,09303	7,415	,000
	Hekimime ilaç yazdırmak için başvurdum.	220	45,4545	13,78030		

5.TARTIŞMA

5.1.Mevcut Literatür İle Karşılaştırma

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar ile yapılan bu çalışma hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerini, muayenene olmak için başvuran hastalar ile kıyaslamış ve araştırma sonucunda elde edilen veriler birinci basamak sağlık hizmetleri için ileriye yönelik yapılacak olan iyileştirmeler açısından önemli ipuçları ortaya koymuştur.

Çalışmamızda uygulanan anket sonucu aile hekimine başvuran katılımcıların yarısından fazlasını kadınlar (%53,7) oluşturmaktaydı. Bu durum; gebe takibi, çocuk takibi, aşılama ve aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılmasının bir sonucu olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen verilerde aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların sayısı muayene için başvuran hastalardan fazlaydı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin yarısından fazlası günlük polikliniklerinin %30- 49'unun reçete yazdırma başvuruları olduğunu belirtmişlerdir ve bu sonuç çalışmamızdaki elde edilen veriler ile yakındır (16). Bu durumun nedenini hastaların ülkemizde halihazırda var olan birinci basamak sağlık kuruluşlarını ve aile hekimliklerini aktif şikayetin tedavisini alma yeri amacının dışında reçete yazdırma yeri gibi gördüğü düşüncesinden kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde birinci basamağa başvuran hastaların büyük kısmının hekimlerini ve birinci basamak sağlık kuruluşunu reçete yazdırma veya reçetesini resmileştirme yeri gibi gördüklerini düşünmekteyiz lakin bu düşüncelerinin gerçekten hastaların düşünceleri olduğuna ilişkin bir bilgi literatürde bulunmadığı gibi, aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin muayene için başvuranlar ile karşılaştıran herhangi bir çalışma da bulunmamaktadır. Ülkemizde yapılan niteliksel bir çalışmada aileler aldıkları hizmet açısından Aile Hekimliği uygulamasıyla ilgili farklı yorumlarda bulunmuşlardır. Bazıları aile hekimliklerinin kendileri için yeterli olduğunu düşünmekteyken bazıları uygulamada eksik buldukları yönlerin olduğunu söylemiştir. Kronik hastalıkları olan, daha çok yaşlı bireylerden oluşan ailelerde ilaç yazdırmak için aile hekimliğini kullanma ön plana çıkmış ve bu kişiler genellikle sadece rutin kontrollerini yaptırmak amacıyla ASM'lere gittiklerini söylemişlerdir. Aile hekimliklerinin daha çok ilaç yazdırma yeri olduğunu, muayene olmak için hastaneleri tercih ettiklerini anlatmışlardır (49). Literatürdeki bu bahsettiğimiz niteliksel çalışmadaki hastaların bazı gözlemleri ve yorumları şu şekildedir: “Aile hekimlerine çoğunlukla ilaç

yazdırmaya gidiliyor ve herkes böyle görüyor.”, “Aile hekimi mevsim hastalıklarında gidilen ve sadece ilaç yazdırılan bir yer.”, “Muayene etmeden ilaç yazmıyorlar.”, “Kendi istediğini yazıyordu bu yüzden ben de aile hekimimi değiştirdim.”, “Başından savmak için ilaç yazıyor.”, “Ben de aile hekimliğinin amacına hizmet ettiğini düşünmüyorum. Sadece görevi ilaç yazmak. Başka bir şey yaptığını sanmıyorum.”, “Gerçekçi konuşmak gerekirse tedavi amaçlı olarak aile hekimimizi kullandığımız söylenemez.” (49). Hastaların aile hekimleri hakkında bu tarz bir düşünce yapısında olması ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin ortak sorunudur ve bu düşünce yapısının nedenlerine yönelik daha çok çalışmalar yapıp literatüre katkı sunulmasını beklemekteyiz. Ülkemizde geçmişte uygulanmayan lakin yakın zamanda aile hekimlerinin yapmakla yükümlü oldukları Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması ile aile hekimleri, reçete yazdırmak amaçlı gelen bir hastasına ilacını yazıp göndermekten ziyade rutin olarak bir aile hekiminin yapması gereken bir çok kronik hastalıkların taramasını ve izleminin yapılması için teşvik edilmeye çalışılmış ve hastaların akut sorunlarının yanında süregelen sorunlarına, sağlığı geliştirme fırsatlarına ve sağlık arama davranışlarının da değerlendirilmesine imkan tanınmıştır. Lakin bu platformun sonuçları henüz görülmediği gibi daha baştan hekim başına düşen kayıtlı hasta sayısının çokluğu nedeni ile sonuçları ile ilgili kuşku oluşturmuştur. Bu uygulamanın önündeki engeller (ilaç yazma konusundaki kısıtlamalar, yüksek sayıda kayıtlı hasta bulunması, başta hemşire ve laborant dışında hekim dışı personel sayı ve çeşitliliğindeki sınırlılıklar gibi) kaldırıldığı zaman bu uygulamanın olumlu sonuçlar vererek aile hekimliği ve birinci basamak sağlık kuruluşları hakkında düşünülen reçete yazdırma yeri algısının zamanla kaybolacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hekimine başvurma sebebi olarak hastanın kendisine veya yakınına eczacısının verdiği ilacı yazdırmak amaçlı başvuruların oranı %10,8 olarak bulunmuş olup kategorize ettiğimiz başvuru sebepleri arasında yüksek bir oranı temsil etmektedir. Eczacılar da borç ilaç verme alışkanlığı, genellikle hasta talepleri, acil durumlar veya ödeme gücü çeken hastaların talepleri gibi durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Ancak, eczacılar genellikle bu tür durumlarda dikkatli davranarak yasal düzenlemelere uygun şekilde hareket etmeye çalışmaktadırlar. Çalışmamızda başvurma sebebi olarak hastanın kendisine veya yakınına eczacısının verdiği ilacı yazdırmak amaçlı başvuruların sayısının yüksek çıkmasını ülkemizde hastaların eczanelerinden borç ilaç alma alışkanlıklarının yüksek olmasına ve eczacıların da hastalara borç ilaç verme alışkanlıklarının yüksek olmasına bağlayabiliriz. Literatürde

Ülkemizde eczacıların borç ilaç verme alışkanlığı ve hastaların eczacılarından borç ilaç talep etme sıklığını araştıran bir çalışma bulunamamıştır.

Başvuru sebebi olarak hastaların kendi özel doktoru veya dış hekimlerinin önerdiği ilacın reçetesini yazdırmak amaçlı aile hekimlerine başvurma oranı %6,3 olarak bulunmuştur. Ülkemizde zel sektörde sağlık hizmeti veren kurumların veya poliklinik hizmeti veren hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) anlaşması olmaması sonucu hekimlerin vermiş olduğu reçetelerde protokol numaraları bulunmamaktadır. Dolayısıyla hastaların sağlık sigortaları çoğu özel sektörde yazılmış olan reçeteyi karşılayamamaktadır. Bunların yanında ülkemizdeki mevcut ilaç fiyatlarının yüksek olmasından kaynaklı hastalar özel hekimlerinin yazdığı ilaçlarını ücretsiz almak amacıyla aile hekimlerine ilaç yazdırmak için başvuruyor olabilirler ve bu durum sık yaşanıyor olabilir.

Çalışmamızda hastaların aile hekimlerine ilaç yazdırma sebebi olarak komşularından veya herhangi bir yakınlarından öğrendiği ilacı hekimlerine reçete ettirme oranı %9,2 olarak bulunmuştur ve bu oran da kategorize edilmiş olan başvuru sebepleri arasında büyük bir oranı temsil etmektedir. Literatürde hastaların birbirine ilaç tavsiyesinde bulunmalarını araştıran çalışmalar mevcuttur. zkan ve arkadaşlarının çalışmalarında hastaların %22,6'sının başkalarına ilaç tavsiye ettiği belirtilmiştir (50). zelikay ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların %24,5'inin kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önerdiği görülmüştür (51). Sağlık kurumlarının ücretlerini karşılayamayan ve ilaç maliyetlerini yüksek bulan düşük gelir grubundaki insanlar için kendi kendine ilaç kullanımının yüksek olması ve kullandıkları bu ilaçları başkalarına da tavsiye ediyor olmaları, hastalığı ile alakalı ilgili branşın uzman hekimlerine muayene olmadan eczacısından ilaç talep etmesi ve aile hekimlerine hastaların bu ilaçları yazdırmayı talep etmesinin ülkemizde yüksek oranda olduğunu düşünmekteyiz. Hastalar bu durumu sağlık bakım hizmetlerinde gittikçe daha ucuz ve kolay alternatif yöntem olarak kabul etmektedirler. Kassie ve meslektaşları bu durumun nedenini açıklarken bireylerin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayamadığı ve ilaç maliyetlerini yüksek bulduğu zamanlarda, bireyler kendi kendine ilaç kullanmaya veya kullanmak istediği ilacını hekimine danışmadan reçete ettirtmeyi talep ettiğini ve bu oranın yüksek olduğu şeklinde belirtmişlerdir (52).

Çalışmamızda kendisine ve yakınına almak istediği ilacı hekimine veya eczacısına danışma gereği duymadan istediği ilacı aile hekimine yazdırmak amaçlı başvuranların oranı yüksektir(%11,8). Bireylerin kendiliğinden ilaç kullanmalarının ve hekimlerine kendi kullanmak istediği ilaçları yazdırmak amaçlı başvurma nedenlerine bakıldığında, daha kolay

olması, özel sektördeki sağlık hizmetlerinin pahalı olması, uzman hekime ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmaması gibi sebepler sıralanabilir (31). Hastalar semptomların devamlılığı ve hayatla ilgili durumlarını örneğin “Gelecek hafta yurtdışına bir yolculuk yapacağım.” veya ”Gelmişken şunu da yazdırayım bir daha gelmem zor olur.” şeklindeki beyanlarını reçete yazılması için bir gerekçe olarak hekime verebilir. Belirli bir ilacın daha önceden kullanmasıyla ilgili deneyimleri doktorun kararını etkilemek amacıyla kullanılabilir (37). Bu durum, hastanın sürece katılım gösterdiğinin bir göstergesi şeklinde değerlendirilerek olumlu karşılanmalıdır (14).

Çalışmamızda hastalara yöneltilmiş olan” Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız? “ sorusuna hastaların daha önceden devamlı aynı ilacı kullanıp fayda sağladığını düşündüğü için hekimine danışmaya gerek duymadığı cevabı en yüksek orandaydı. Çalışmamızda elde edilene benzer şekilde literatürde mevcut bir çalışmada kişilerin ilacın prospektüsünü kolayca okuyabilme ve anlayabilme yetenekleri sayesinde hastalıkları bir doktora danışmadan tedavi edebileceklerine inandığını ve devamlı aynı ilacı kullanıp daha önce fayda sağladığını düşündüğü için ilacı hekimine danışmadan yazdırmayı talep ettiği saptanmıştır (53).

5.2 PCAS Puanlarının Karşılaştırılması

Genel olarak PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek alt boyut puanın koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutu olduğu bulunmuştur. Koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyut puanlarını muayene olmak için başvurduğum diyen hastalar ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyen hastalar arasında karşılaştırma yapıldığında hekimime ilaç yazdırmak için başvuran hastalar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Aynı şekilde genel PCAS alt boyut puanlarından kişisel yaklaşım ve iletişim puanlarının da diğer alt boyut puanlarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir. İzmir’de yapılan bir çalışmada birinci basamağa başvuran hastalara uygulanan PCAS anketine göre en yüksek puanın yine koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutunda olduğu görülmüştür (54). Literatürde reçete yazdırmak amaçlı gelen bir hastanın koruyucu hizmetler ve danışmanlık hizmetlerine olan bakış açısını muayene olmak için başvuran hastalar ile karşılaştıran bir çalışma mevcut değildir. Koruyucu hizmetler ve danışmanlık puanının diğer alt boyutlara göre çalışmamızda yüksek bulunmasının sebebinin eğitim aile sağlığı merkezlerindeki hekimlerin toplum sağlığı için uygulanan tarama programlarını ve aşılama uygulamalarını eğitimin parçası olarak görerek daha da önem gösterdiğinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında hekimlerin hastaları ile

koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutundaki sigara içme, alkol kullanımı, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, sağlıklı cinsel ilişki yönetimi ve aile planlaması hakkında konuşması aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli esaslarından olması bu alt boyut puanının en yüksek gelmesinin nedenini açıklayabilir. Tüm bunların yanında eğitim aile sağlığı merkezlerindeki genel poliklinik sayısının az olması, poliklinik sayısı olarak yoğun olan EASM’lerde ise randevu sistemi ile hasta bakılıyor olması ve buna bağlı olarak da hekimin hastalara daha fazla vakit ayırabiliyor olması yine koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyut puanının yüksek çıkmasını sağlamış olabilir. Literatürde de bu durumu açıklayan çalışmalar mevcuttur. Örneğin Amerika’da yapılan bir çalışmada muayenelere ayrılan sürelerin kısaltmasının koruyucu hizmetlere ayrılan süreleri kısalttığı görülmüş muayene süresinin yeterince uzun olması sonucu koruyucu hizmetlerin arttığı belirlenmiştir (55). Yine ülkemizde Edirne’de yapılan bir çalışmada aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin, görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunda arttığı ve uygulanan koruyucu hizmetlerin de buna paralel olarak arttığı belirlenmiştir (56). Aile hekimliği sisteminde randevulu hasta kabulü uygulanması ile hastaların bekleme süreleri kısaltılarak hasta-hekim görüşmesini olumsuz etkileyebilecek faktörler elimine edilebileceğini ve koruyucu hizmetlerin ve danışmanlık hizmetlerini buna paralel olarak artacağını öngörmekteyiz.

Çalışmamızdaki “Kişisel Yaklaşım” ve “İletişim” puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmamızda olduğu gibi Slovenya’da yapılan “An Evaluation of Patient Satisfaction With Family Practice Care in Slovenia” isimli çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde hekimin hastasıyla olan kişisel yaklaşımı ve iletişimi konularında hastaların genel memnuniyet oranının yüksek olduğu görülmüştür (57). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hastalar aile hekimleri ile kurdukları iletişimden ve hekimlerinin hastaları ile olan kişisel yaklaşımlarından memnun oldukları belirtmişler aynı zamanda hekimler de hastaların kendilerine yaklaşımlarını olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Hastalar "hekimlerin kendilerini her zaman nazik ve güler yüzlü karşıladıklarına katıldıklarını" belirterek, bu konudaki olumlu düşüncelerini yansıtmışlardır (58). Literatürde olduğu gibi bu iki alt boyuta memnuniyet oranının yüksek çıkmasının sebebinin yine eğitim aile sağlığı merkezlerinde hekimlerin hastasına ayırdığı zamanın yeterince uygun olmasına bağlayabiliriz. Aynı zamanda eğitim aile sağlığı merkezlerindeki hekimlerin hastalarının soruları ve endişelerine gösterdiği sabrın yüksek olması, hekimlerin hastalarına karşı dostluk, yakınlığı, saygısı, ilgisi ve karşılıklı iletişiminin yüksek olması bu iki alt boyut puanlarının diğer alt boyutlara göre yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Hekimin hasta ile olan ilişkisini

tanımlayan unsurlar, sabır, dostluk, nezaket ve ilgidir. Bu unsurların hepsi, EASM'lerin memnuniyet düzeyinde önemli bir rol oynamaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde hasta yaklaşımı, hasta-hekim iletişimine daha çok odaklanması ve bu konuya hekimlerin özellikle önem vermesi, bu iki alt boyut puanlarının yüksek çıkmasını açıklayabilir. Ayrıca, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde eğitim gören asistan hekimlerin meslekteki deneyimlerinin sınırlı olması, yıpranma faktörlerini azaltmış ve bu iki alt boyut açısından olumlu sonuçların elde edilmesini sağlamış olabilir. Ülkemizde sık karşılaşılan malpraktis davalarının hekimlerde yıpranma faktörünü artırdığı düşünmekte ve bu hekimlerdeki yıpranmışlığın yüksek olması hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada malpraktis geçmişli olan hekimlerin yıpranma faktörünün yüksek olduğu belirlenmiş ve bu hekimlerin hastalarını muayene sürelerinin diğer hekimlerden daha kısa olduğu görülmüştür (59). Eğitim aile sağlığı merkezlerindeki hekimlerin genelde mesleğe yeni atılan asistan hekimler olması yıpranma faktörünün az olmasını dolayısıyla bu iki alt boyutun diğerlerine göre daha yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların vermiş olduğu puanlara genel olarak bakıldığında en düşük puanı alan alt boyut ortalaması “Boylamsal Süreklilik” olarak saptanmıştır. Eğitim aile sağlığı merkezlerinde eğitim gören ve aynı zamanda hizmet veren hekimlerin düzenli aralıklar ile değişiyor olması, hizmet veren sabit bir hekimin bu merkezlerde bulunmuyor olmasından dolayı “Doktorunuzun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?” sorusuna hastaların kısa süreler belirtmesine ve bu alt boyutun düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir. Genel olarak katılımcıların vermiş olduğu puanlara bakıldığında eşgüdüm alt boyut puanının da diğer alt boyutlara göre düşük olduğunun göze çarptığını görmekteyiz. Bu durumun nedeni, ülkemizde sevk sisteminin var olmaması ve hastaların hekim seçiminde veya randevu almasında yardımcı olunmaması kaynaklı olabilir. Literatüre baktığımızda bir çalışmada sevk uygulanan ülkelere hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu sevk sistemi var olmayan ülkelere hasta memnuniyet düzeyinin düşük seyrettiği belirlenmiştir (49). Çalışmamızda eşgüdüm alt boyut puanının genel ortalamalara göre düşük saptanmasının bir diğer nedeni ise ülkemizde hastalara uygulanan genel tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin bilgilere erişilebilen bir hasta takip ve kayıt sisteminin eksikliği olabilir. Bu durum, hastaların değerlendirme yaparken zorluk yaşamasına neden olmuş olabilir. Sağlık raporu başvurularında gereken sevkler için dikkatli olunması ve diğer raporların daha az sevk edilerek kolayca verilmesi de sonuçların bu şekilde çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda örgütsel ulaşılabilirlik puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Hastaların hekimlerinden randevu alabilme sürelerinin yeterli olması, muayene olmadan önce bekleme sürelerinin kısa olması, hekimin sağlık hizmeti verdiği saatlerin yeterli olması, hastaların hekimine telefon ile ulaşabilmek ve tıbbi yardım alabilmek konusunda hekimlerini yeterli bulabilmesi aile hekimlerinin Örgütsel olarak ulaşılabilir olduğunu gösteren unsurlardır. Aktif şikayetine çözüm aramak amaçlı muayene olmak veya tetkik edilmek isteyen bir hastanın hekimini ulaşılabilir olmasını isteyeceğini, hekimin kendisine yeterince vakit ayırmasını beklediğini, aktif şikayetine yönelik telefon ile hekiminden danışmanlık alabilme beklentisinde olduğunu düşünmekteyiz. Muayene olmak için gelen hastaların bütün bu beklentileri bu alt boyut puanının muayene olmak için gelenler grubunda yüksek çıkmasını açıklamaktadır. Literatürde hastanın hekimine örgütsel olarak ulaşılabilirliğini başvuru sebepleri ile karşılaştıran bir çalışma mevcut değildir. Ülkemizde EASM’lerde yapılan bir çalışmada hastaların hekimlerine olan memnuniyetsizliğinin en yüksek olduğu konu olarak ulaşılabilirlikle ilgili olan “Doktorunuza telefonla ulaşabilmek”, “ASM’ye telefonla ulaşabilmeniz” ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman” başlıkları olduğu saptanmış böyle bir sonuç çıkmasını çalışmanın bir EASM’de yapılmış olmasına dolayısıyla sorumlu hekimin belli aralıklarla değişmesinden, sabit bir aile hekiminin olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür lakin bu memnuniyetsizliği hastaların aile hekimine hangi başvurma sebebi sonucu oluştuğuna çalışmada değinilmemiştir (60). Literatürde Potiriadis ve arkadaşlarının Avusturalya’da yaptıkları ve 7130 hastanın katıldığı farklı bir çalışmada her seferinde aynı hekimle görüşmenin hasta memnuniyetini artırdığı saptanmış (61). Yine Baker ve Lionis tarafından yapılan çalışmalarda aynı hekim tarafından uzun süreli takip edilmenin hekime güveni artırdığı ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (62). Lakin bu çalışmalarda da hastaların başvurma sebeplerine göre memnuniyet düzeyleri kıyaslanmamıştır.

Çalışmamızda boylamsal süreklilik ve hekim temelli süreklilik alt boyut puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimine ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Bu iki alt boyutun soruları “Doktorunuz ne zamandan beridir sizin doktorunuz olduğunu belirtirmisiniz? “ ve “Hastalandığımızda veya düzenli kontrolleriniz, genel muayene (çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?” şeklindedir.

Çalışmamız EASM'lerde yapılmış olması ve bu merkezlerde çalışan aile hekimi asistanlarının sık sık değişmek durumunda olması bu iki alt boyut puanının değerlendirilmesine engel bir durum teşkil ettiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda aile hekimlerinin hastalarının tıbbi özgeçmişi ile ilgili bilgilerinin yeterliliğini, hastalarının inanç ve kültürel değerleri, ev ve işyerindeki sorumlulukları açısından bilgi düzeyini ve hastalarının tıbbi olarak kendilerini endişelendirecek durumlar ile ilgili bilgi düzeyini ölçen “Hastanın Bütüncül Bilgisi” puanları, hastaların başvurma sebeplerine göre karşılaştırılmış ve muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark saptanmıştır. Muayene edilme ve tedavi beklentisi içerisinde olan hastaların hekimlerini değerlendirirken bahsettiğimiz bu kriterlerin önemli olduğunu ve muayene olmak için gelen hastaların hekimlerinin bilgi düzeyinin yeterliliği ile hastaların hekimine olan güveninin sağlanıp tedaviye uyumun artacağını düşünmekteyiz. Sadece reçete yazdırmak için aile hekimine başvuran hastaların hekimlerinin bilgi düzeyinin yüksek olması beklentisi içerisinde olmayacağını düşünmekteyiz ve bu hastaların devamlı yazdırdığı reçetesinin hekimi tarafından bilinçli ve doğru şekilde kontrol edilerek yazılıp yazılmadığını merak etmekteyiz.

Çalışmamızda fiziksel bakı puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için başvuranlar ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Eğitim aile sağlığı merkezlerinde muayene olup tedavi olma arayışında olan hastalara uygulanan fizik muayenenin ve yapılan tetkiklerin yeterli düzeyde olduğunu ve hasta memnuniyetini sağladığını düşünmekteyiz. Buna karşı olarak sadece reçete yazdırmak için hekimine başvurmuş olan hastaların hekiminden muayene beklentisi içerisinde olmadan talep ettiği ilacı yazdırıp sağlık kuruluşundan çıkma eğiliminde olmaları bu farkı açıkladığını düşünmekteyiz. Uygun ve yeterli bir fizik muayene yapılabilmesi için hekimin hastasına ayırdığı vaktin yeterli olması gerekmektedir. Landau ve arkadaşları ABD’de 2007 yılında hastalar tarafından optimal olarak kabul edilen fizik muayene sürelerinin ortalamasını 15,4 dakika olarak hesaplamışlardır ve bu optimal sürede uygulanan muayene süreleri hasta memnuniyetini arttırdığı ortaya çıkmıştır (63). Eğitim aile sağlığı merkezlerinde hasta yoğunluğunun az olması fizik muayeneye ayrılan vaktin daha yeterli olmasını sağlamış olabilir ve muayene olmak için başvurmuş hastaların hekimlerine vermiş olduğu fiziksel bakı puanlarının yüksek çıkmasını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda Eşgüdüm alt boyut puanları karşılaştırıldığında muayene olmak için aile hekimlerine başvuranlar ile hekimlerine ilaç yazdırmak için başvuranlar arasında ortalamalar

arasında kıyaslama yapıldığında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Aile hekiminin hastasını sevk edeceği uzman hekimi seçmede ve randevu almada hastasına olan yardımı, yönlendirdiği uzman hekimi ile olan iletişimi ve yönlendirdiği uzman hekimin hastasına vermiş olduğu öneri ve tedavileri hastasının anlayabilmesi konusunda yardımı aile hekiminin uzman hekimi ile eşgüdüm içerisinde çalışmasının bir sonucudur ve aile hekiminin görevleri arasında olmazsa olmaz bir yer etmektedir. Reçete yazdırmak amaçlı hekimine başvuran hastaların hekiminden genel olarak ilaç yazdırmak dışında aktif başka bir isteğinin olmaması dolayısıyla muayene edilmek ve ileri basamak sağlık kuruluşunda uzman hekim gözetiminde tetkik edilmek gibi bir beklentisinin olmaması bu durumu açıklayabilir. Aktif bir şikayetine çözüm bulmak veya rutin muayenesini olmak için aile hekimine başvurmuş bir hastanın gerektiği durumlarda şikayetini tetkik ve tedavi edebilecek yeterli donanıma sahip sağlık kuruluşuna ve uzman hekime sevk edilmeyi aile hekiminden bekliyor olması bu alt boyut grubunun hekimlerine muayene olmak için gelenler grubunda yüksek çıkmasını açıklayabileceğini düşünmekteyiz. Literatüre baktığımızda bir çalışmada sevk sisteminin etkili bir biçimde uygulayan ülkelerde hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu fakat istediği uzmana erişmesi engellenen hastanın daha az memnun olduğu saptanmış, ayrıca sevk sisteminin hasta hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini savunan görüşlerinde olduğu gösterilmiş. Yani sevk sistemine karşı toplumun tutumunda önemli farklılıkların olduğu gösterilmiştir (49).

Çalışmamızda iletişim puanlarını karşılaştırdığımızda muayene olmak için başvuran hastalar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Aile hekimi ve hasta arasında kurulan her temas, zamanla gelişmekte ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulmaktadır. Bu ilişki aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanarak kendi başına iyileştirici bir nitelik taşımaktadır (64). Yapılan araştırmalar da hekimin yetkinliğinin bir boyutu olarak iletişim becerilerinin önemini desteklemektedir (65). Mevcut literatürde hekim hasta arasındaki iletişimi hastaların hekimine başvurma sebepleri ile olan ilişkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Hastaların perspektifinden hekim-hasta iletişiminin değerlendirildiği ve Ankara’da yapılan bir araştırmada hekimle olan iletişimin yaş, hekimle görüşme süresi, hekimin adını bilme, başvuru poliklinik ve genel sağlık durumuna göre farklılık gösterdiği; cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hekim ile olan ilişkinin hekime niçin başvurduğuyla olan ilişkisi çalışmada araştırılmamıştır (66). Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile hekimleri görevlerini yaparken gelecek kaygısı içerisinde olduğu, son yıllarda sık değişen yasa ve yönetmelikler

hekimlerin motivasyonunu olumsuz yönde etkilendiği ve bunun sonucu olarak işlerini seyerek yapamadıkları ve hastaları ile iletişimin bu durum karşısında olumsuz etkilendiği bulunmuş aynı zamanda polikliniklerine başvuran hastaların devamlı reçete yazdırma girişiminde olmaları hekimlerin meslek icrasını monoton bir hale getirmiş olması ve bu olumsuz durumu hastalarına yansıtmaları sonucu hekim hasta arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkarmıştır. Bu durum çalışmamızda reçete yazdırmak amaçlı başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin diğer başvuru sebeplerine göre olumsuz olmasını açıklayabilir (58).

Çalışmamızda kişisel yaklaşım puanlarını iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark saptanmıştır. Mevcut literatürde hastaların aile hekimlerine başvuru sebeplerine göre hastaların hekimine olan kişisel yaklaşım alt boyutuna yönelik düşüncelerinin nasıl fark olduğunu değerlendiren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Hekimin empati becerisi, hastasına ayırdığı zamanı, hastasının var olan endişelerine gösterdiği sabrı, hastasına olan saygısı, hastasına karşı dostluk ve yakınlığı, ilgisi ve bakımı. hekim-hasta ilişkisinde kişisel bir yaklaşımın olmazsa olmaz unsurlarıdır. Hekimin hastasına kişisel yaklaşımının üst düzeyde olması, hastaların tedaviye uyumunu artırdığı, tedavi sonuçlarını olumlu etkilediği ve genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükselttiği bilimsel çalışmalarla da desteklenmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların aile hekimlerinden algıladığı görüşme ve ilişkisel empati becerisi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet derecelerinin de arttığı görüldü (67). Bu nedenle, hekimlerin hastalarına kişisel bir yaklaşım sergilemesi, hastalarına empati kurabilmesi ve hastaların bireysel ihtiyaçlarına duyarlı olmaları, sağlık hizmetlerinin temel bir parçası olarak kabul edilmelidir. Hekimin hastasına karşı dostluk ve yakınlığı, ilgisi ve bakımı hekimin hastasına yeterli zaman ayırması sonucu oluşan etmenlerdir. Reçete yazdırmak için gelen bir hastanın öncelikle ilacını bir an önce almak ve sağlık kuruluşunu terk etme eğiliminde olduğunu ve hekimin de sadece ilaç yazdırma talebi için başvuran hastasına ayırdığı zamanın bu sebepten dolayı yetersiz kalabileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında reçete yazdırmak amaçlı hekimine başvuran ve hekiminden reçete dışında başka bir talepte bulunmayan hastalara hekimlerin de empati geliştirmede zorlandığını düşünmekte; hastalarına olan ilgi ve bakımı, sabrı, saygısı, dostluk ve yakınlığının yetersiz olabileceğini düşünülmüştür.

Güven puanlarında iki grup arasında karşılaştırıldığında muayene olmak için gelenler ile hekimime ilaç yazdırmak için başvurduğum diyenler arasında ortalamalar arasında muayene olmak için başvuranlar lehine anlamlı bir fark mevcuttu. Hastaların hekimlerine olan güvenin

hastanın tedavi uyumunu arttıracacağı ve buna bağlı olarak hekimin mesleki tatminin artacağı beklenen bir durumdur. Hekime güven, hastanın tedaviyi kabul etmesini, tedaviye bağlılık göstermesini, tedavi önerilerine uymasını, hekimden memnuniyet duymasını, hasta hekim ilişkisinin uzun süreli olmasını, hekimlerini tavsiye etmeye istekli olmasını ve hekimlerini değiştirmeye isteksiz olmasını sağlar. Hekime güvensizlik ise, hastanın tanı ve tedavi sürecinde olumsuzluklara ve hastanın hekim hekim gezerek zaman ve para kaybına neden olabilmektedir (68). Hastası tarafından hekimine güvenilmemenin ve ciddiye alınmamanın hekimin mesleki deformasyonunu arttıracacağını düşünmekteyiz. Hallowell'a göre ciddiye alınmak, sağlık profesyonellerine güven duymanın ön koşuludur (69). Aile hekimine reçete yazdırmak için başvuran bir hastanın hekimine güvenmeden ve hekimine danışma gereği duymadan ilaç yazdırma talebinde bulunması sık karşılaşılan bir durumdur. Reçete için başvuran hastaların hekimlerine olan güvenini farklı bir sebeple hekimine başvuranlar ile karşılaştırıldığı bir çalışma literatürde mevcut değildir. Akkaş'ın 2012'de yapmış olduğu çalışmada hastalar ile hekimler arasında güven sorunu yaşandığı ve bu sorunlara yönelik çalışmalar yapılması gerekliliğinden bahsedilmiş lakin hastaların hekimine yönelik başvuru sebebine göre güven düzeyi karşılaştırılmamıştır (70). Eğitim aile sağlığı merkezlerinde genel eğitim prosedürü gereği hekimlerin sık aralıklarla değişmesi, zamanla hastaların hekimleri ile olan güveni daha da düşürmüş olabilir ve genel olarak güven alt boyut puanının düşük çıkmasını bu durum açıklayabilir. İngiltere'de yapılan niteliksel bir çalışmada; kendi hekimleri tarafından bakımın devamlılığının sağlanması hastalarda güveni inşa ettiği sonucuna varılmıştır (71). Baker ve Lionis tarafından yapılan çalışmada ise aynı hekim tarafından uzun süreli takip edilmenin hekime güveni artırdığı belirtilmektedir (62). Literatürdeki bu çalışmalar çalışmamızdaki genel güven alt boyut puan ortalamasının düşük çıkmasını açıklasa da reçete yazdırmak için hekime başvuran hastaların neden hekimlerine daha az güvendiğini açıklamamaktadır.

5.3.Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız Türkiye'de aile hekimliği birimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin muayene olmak için başvuranlar ile karşılaştıran ilk çalışmadır. Aynı zamanda aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının reçete yazdırma yeri gibi algılanması üzerine değinen ve RPT için başvuran bireylerin özellikle de en çok bu başvurunun yapıldığı Aile Sağlığı Merkezlerin'deki hekimlerini ne vasıfta gördüğünü, ne kadar güvendiği, almış olduğu sağlık hizmetine güveninin ne ölçüde olduğunu, devamlı yazdırdığı reçetesinin hekimi tarafından bilinçli ve doğru şekilde kontrol edilerek yazılıp

yazılmadığını araştıran ilk çalışmadır. Çalışmamızda elde edilmiş veriler ışığında ilgili kurumlara müdahaleler oluşturulabilir ve sonrasında etkilerinin değerlendirilmesi için bir temel oluşturabilir.

Farklı özelliklerle ve çeşitli sebeplerle aile sağlığı merkezine başvurmuş hastaların geliş sebeplerinin araştırılması, hastaların gruplandırılarak değerlendirilmesi, bu geliş sebeplerinin ve oluşturulan grupların ayrı ayrı hekimlerine yönelik düşüncelerinin değerlendirilip sonuçlarının karşılaştırılabilmesi ve araştırılması çalışmamızın önemli bir gücünü oluşturmaktadır. Ayrıca büyük bir örneklemin olması başvuran kişilerin dahil edilme kriterlerinin geniş tutulması ve çalışmaya dahil edilen tüm hastalar için eksiksiz verilerle ve mümkün olduğunca tüm anket sorularına cevap alınarak değerlendirme yapılmış olması önem arz etmektedir. Toplanan tüm veriler geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış anketlere dayanmaktadır.

Çalışmamızın bir diğer önemli gücünü oluşturan etmen ise çalışmanın ilk etabında İzmir'in 11 merkez ilinde ayrı ayrı 11 ASM belirlenip bu merkezlerin hekimleri ile çalışmamızın konusu hakkında görüşülmüş olmasıdır. Bu konunun ülkemizdeki aile hekimliği sistemi için ne kadar büyük önem arz ettiği hekimlerin fikirleri sözel olarak dinlenerek teyit edilmiş bu durumun ülkemizdeki sahada çalışan aile hekimleri için gerçek bir sorun olduğu saptanmıştır. Lakin görüşülmüş 54 hekim tarafından çalışmanın yapılabileceğine dair izinleri ve imzaları alınmasına rağmen çalışmanın İzmir genelinde yapılması için izin alınamamış ve çalışmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmasına karar kılınmıştır. Çalışmanın EASM'ye başvuran hastalar gibi dar bir kitleyi kapsamaması ve İzmir genelini kapsayamıyor olması çalışmanın kısıtlılığı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamıza başvuran hastaları kategorize ederken ve hekimlerine yönelik düşüncelerini sorgularken yalnızca o anki başvurma sebebine göre kategorize etmiş olmamız, daha önceki başvurma sıklığını ve hangi sebeple başvurduğunu araştırma imkanımızın olmaması çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamız EASM ortamında yapılmış olmasından ve EASM'deki hekimlerin sabit kalamıyor düzenli aralıklar ile değişiyor olmasından dolayı anketimizin Boylamsal Süreklilik alt boyut puanının düşük çıkmasına sebep olmuştur. Hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin araştırıldığı bu çalışma için hekimlerin sıklıkla değişiyor olması önemli bir kısıtlılık olabileceğini düşünmekteyiz. Aile hekimliği birimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinin muayene olmak için başvuranlar ile karşılaştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerine en sık başvurulardan biri olan reçete yazdırmak için başvurularının sıklığını, bu başvuru şekliyle gelen hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerini farklı sebep ile başvuran hastalar ile karşılaştıran literatürdeki ilk çalışmadır. Hekimine reçete yazdırmak veya reçete yeniletmek amaçlı yapılan başvurular ile hekimlerine muayene olmak için başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşüncelerinde çalışmamızda anlamlı bir fark saptanması birinci basamakta hizmet veren hekimler adına ve hastaların hekimlerine bakış açısı yönünden önem arz etmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlarda aile hekimlerine reçete yazdırmak için başvuran hastaların oranı muayene olmak için başvuran hastalara göre yüksekti. Genel olarak PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek alt boyut puanın koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutu olduğu aynı zamanda “Kişisel Yaklaşım” ve “İletişim” puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu bulunmuş, en düşük puanı alan alt boyut ortalaması “Boylamsal Süreklilik” olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara benzer sonuçlar literatürdeki birçok çalışmada da mevcuttur.

Çalışmamızda hastalara uygulanan anketimizin alt boyutlarından Finansal Ulaşılabilirlik alt boyutu haricindeki diğer tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark saptanmıştır. Örgütsel Ulaşılabilirlik, Boylamsal Süreklilik, Hekim Temelli Süreklilik, Hastanın Bütüncül Bilgisi, Eşgüdüm, Fiziksel Bakı, İletişim, Kişisel Yaklaşım ve Güven alt boyutlarındaki fark hekimine muayene olmak için başvuran hastalar lehine olarak bulunmuştur. Aile Hekimleri birinci basamağa reçete yazdırmak için başvuran hastaların hekimleri hakkında düşüncelerinde tıbbi bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olmadığını, hastalıkları hakkındaki yapılacak olan uygulamalarında kendilerine güvenmediklerini düşünebilmektedirler. Çalışmamızda hastalar bazında reçete yazdırmak için hekimlerine başvuran hastalarda gerçekten de hekimlerine yönelik düşüncelerde bir çok alt boyutta hekimine muayene olmak için gelen hastalara göre olumsuz bir durumun varlığı saptanmıştır. Reçete yazdırmak için aile hekimine başvuran hastaların hekimlerine yönelik düşünce yapısıyla ilgili altta yatan sebeplerin araştırılmasına yönelik daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Literatürde hastaların hekimlerine yönelik bu düşüncelerinin gerçekten hastaların düşünceleri olduğuna ilişkin bir çalışma yoktur. Hastaların kendi aile hekimleri adına düşüncelerini incelerken son başvurma sebeplerine göre değil de daha önceki başvurma sebepleri ve bu başvurma sebeplerinin sıklığı da araştırılarak bir araştırma yapılması bu konuda literatüre daha iyi ışık tutacaktır aynı zamanda hastaların aile hekimleri adına bu tarz bir düşünce yapısını araştırmak amaçlı niteliksel araştırmaların da varlığına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKÇA

1. Starfield B. The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. A Celebration of General Practice. Oxon, UK: Radcliffe; 2003: 19-36 .
2. Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. The lancet, 344(8930), 1129-1133.
3. WHO Primary Health Care: Now More Than Ever, 2008: Geneva, Switzerland World Health Organization.
4. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
5. Başak O, Saatçi E. Wonca (World Organization Of National Colleges, Academies) World Family Doctors Caring For People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, 2011.
6. Hartley BH. Clinical pharmacology. Prescription writing. British medical journal 1981; 282(6265): 711.
7. Ferber L, Köster I, Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. Pharmacoepidemiology and drug safety 2002; 11(4): 291-299.
8. Bradley CP. Decision making and prescribing patterns—a literature review. Family Practice 1991; 8(3): 276-287.
9. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010; 13(1).
10. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. Br J Gen Pract 1994; 44(381): 165- 169.
11. Virji A, Britten N. A study of the relationship between patients' attitudes and doctors' prescribing. Family Practice 1991; 8(4): 314-319.
12. Britten N. Patient demand for prescriptions: a view from the other side. Family Practice 1994; 11(1): 62-66.
13. Britten N. Patients' demands for prescriptions in primary care. BMJ: British Medical Journal 1995; 310(6987): 1084.
14. Knight A. Patient-centred prescribing. Australian Prescriber 2013; 36(6).
15. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. Bmj 1997; 315(7117): 1211-1214.

16. Dr. Fatih Şua Tapar, Dr. Selma Okkaoğlu (2002 Bursa, Repete Araştırması ve 2003 PHK/ Repete Araştırması / <https://www.ttb.org.tr/sted/sted1203/recete.pdf>.
17. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta Mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012; 16(3):107-112.
18. Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands-1974.
19. Bentsen B, Weeb C, Carchemical M, et al. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health-Care Systems: a Statement From Wonca. 1991.
20. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-Time for a New Definition, BMJ. 2000; 320(7231):354-357. .
21. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. (2011) The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short version. WONCA Europe 2011.
22. Ungan M, Ceyhun Peker GC. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Dergisi. 2006;1(1):1-6.
23. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. WONCA Europe. 2011 ed. Allen, Justin ve et al. Barcelona, 2011:8-29.
24. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013 Cuma .
25. Muldoon H.C. Lessons in pharmaceutical Latin and prescription writing and Interpretation. Joline Pres, 2008.. .
26. Hartley BH. Prescription Writing. British Medical Journal 1981; 282, 711-714.. .
27. Göksel S. Reçete Yazmanın Genel İlkeleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi/Farmakoloji&Klinik Farmakoloji AD / Ders sunumu.
28. Vries TPGM., Henning RH., Hogerzeil HV., Fresle DA. Guide To Good Prescribing: A Practical Manual. Geneva: World Health Organization, 1994.
30. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik 12.04.2014.
31. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011.
32. Bennadi D. Self-Medication: A Current Challenge. J Basic Clin Pharm 2013; 5(1): 19-23 .
33. Aktekin, M., Erengin, K.H. (1994). Sağlık ocağı polikliniğine başvuru öncesi ilaç kullanımı. M. Aktekin ve K. H. Erengin (Editörler). Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı araştırma özetleri, Antalya, Akdeniz Üniversitesi, YN:57,1 .

34. Mollahaliloğlu, S., Tezcan, S. (2002). Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarından sağlık hizmeti alan hastaların akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır 499-501.
35. Güneş, S. (2004). Halkın beşte biri reçetesiz ilaç kullanıyor. URL: <http://www.ntvmsnbc.com/news/health>.
36. Knight A. Patient-centred prescribing. *Australian Prescriber* 2013; 36(6):199-201.
37. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing 1999 Jun;16(3):255-61.
38. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract* 1994; 44(381): 165- 169.
39. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *Bmj* 1997; 315(7117): 1211-1214.
40. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice Sep;15(3):118-22.
41. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study , 30;315(7107):520-3.
42. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study 21;328(7437):444.
43. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing 1999 Jun;16(3):255-61.
44. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey Dec 6;315(7121):1506-10.
45. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study 2000 Feb 19; 320(7233): 484-488.
46. Safran DF, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et alç The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical care*. 1998;36 (5): 728-39 .
47. Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M., Aydoğdu, B., Baklaya, Ü., Fıra, C., ... & Topçu, K. aCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, bCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi December 2015 *Turkish Journal of Public Health* 9(1):16-16.

48. Wei X, Li H, Yang N et al. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. 2015 Mar 31;10(3):e0121269.
49. Delican O. ve ark. Ailelerin Aile Hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (1): 18-34. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00118.
50. Özkan, S., Özbay, O. D., Aksakal, F. N., İlhan, M .N. and Aycan, S. (2005). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(5), 223-237.. .
51. Özçelıkay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerine bir pilot çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 30, 9-18.. .
52. Shafie, M., Eyasu, M., Muzeyin, K., Worku, Y., & Martı'nArago'n, S. (2018). Prevalence and Determinants of Self-Medication Practice Among Selected Households and Determinants of Self-Medication Practice Among Selected Households in Addis Ababa Community. .
53. Afolabi, A. O. (2008). Factors Influencing The Pattern of Self Medication In An Adult Nigerian Population. Annals of African Medicine, 7(3), 120-127.
54. Çelik M., Limnili G. ve Güldal AD. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (4): 163-72. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00463.
55. 33. Lafata JE, Shay LA, Brown R, Street RL. Office-Based Tools and Primary Care Visit Communication, Length, and Preventive Service Delivery. Health Serv Res.2016 ve 51(2):728-745.
56. Çaylan, A., Dağdeviren, H. N., Öztora, S., & Turgu, S. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(2), 78-91.
57. Kersnik, J. (2000). "An Evaluation of Patient Satisfaction With Family Practice Care In Slovenia". Int J Qual Health Care, 12 (2), 143-7 .
58. Turhan E. S., Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırılma, Yüksek Lisans Ankara - 2014 .
59. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA. 1994;272(20):1583-1587.
60. İlhan, E. (2021). Birinci Basamakta Reçetesiz İlaç Kullanımı Ve Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
61. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian Patients Rate Their General Practitioner? A Descriptive Study Using The General Practice Assessment Questionnaire". Med J Aust, 189 (4), 215-219.

62. Baker R, Mainous AG 3rd, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21(1):27-32..
63. Landau DA, Bachner YG, Elishkewitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage* 2007 Jul-Aug;23(1):12-5.
64. (Görgün, M. (2015). Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum.
65. King ve Hoppe, 2013) King, A. ve Hoppe, RB. (2013). “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5 (3): 385-393..
66. Gezergün A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C., Bayer E. (2006) Hastaların Bakış Açısıyla HekimHasta İlişkisi ve İletişimi ve Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (1), s.129-144.
67. Şakiroğlu F, Çayır Y. Aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. *Türk Aile Hek Derg.* 2022 ;26(3):116-123.
68. Gordon, H.S, Pugach, O, Berbaum, M.L, Ford, M.E, Examining patients' trust in physicians and the VA healthcare system in a prospective cohort followed for six-months after an exacerbation of heart failure 2014 Nov ve 97(2):173-9.
69. Hallowell N. (2008) Encounters with medical professionals: a crisis of trust or matter of respect? 10.1007/s11019-008-9156-9 .
70. Akkaş E. (2012) Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
71. Vançelik, S., Çalıkoğlu, O., Güraksın, A. ve Beyhun, E. (2006). Erzurum il merkezindeki erişkinlerinilaçkullanım davranışları ve ilişkili faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(2), 33-38..
72. Dicker, D., Nguyen, G., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., ... & Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease St.
73. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
74. Lim MT, Lim YMF, Tong SF, Sivasampu S. Age, sex and primary care setting differences in patients' perception of community healthcare seeking behaviour towards health services 2019 Oct 21 ve 2019, 14(10):e0224260. doi: 10.1371/journal.pone.0224260. eCollection.

8.EKLER

8.1. EK-1: Anket Form

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)



The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ☐ ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen _____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

|

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız: ...

3. Eğitim durumunuz:

- () Okuryazar değil
() 8 yıl ve altında okuryazar
() 8 yıldan fazla

4. Gelir durumunuz:

- () Gelirim giderimden az
() Gelirim giderimden fazla
() Gelirim giderime denk

5. Niçin aile sağlığı merkezine başvurduunuz?

- (a) Muayene olmak. (kendi aktif şikâyetimden dolayı, rutin kontrol amaçlı, çocuk ve gebe periyodik bakım gibi...)
(b) Raporlu ilacımın reçetesini yeniletmek.
(c) Kendim veya yakınıma almak istediğim ilacımın reçetesini yazdırmak (hekim veya eczacıya danışmadan)
(d) Kendim veya yakınıma eczacımın verdiği ilacı yazdırmak.
(e) Özel doktorum veya diş hekimimin önerdiği ilacın reçetesini yazdırmak.
(f) Komşumdan veya herhangi bir yakınımın öğrendiğim ilacımın reçetesini yazdırmak.
(g) Diğer.

Cevabınız a, b ise 6. soruyu atlayınız c, d, e, f seçeneği ise 6. soruyu cevaplayınız.

6. Niçin hangi ilacı temin etmek gerektiğini öğrenmek için öncelikle hekiminize danışmadınız?

- () Eczacı da doktor kadar ilaçları bilir.
() Zaten başka doktora gittim farkı yok.
() İlacı tavsiye eden kişiyle aynı hastalığım olduğunu düşündüm.
() Daha önceden devamlı aynı ilacı kullanıp fayda sağladığım için danışmaya gerek duymadım.
() Reçeteyi uzman doktorum verdi.
() Diğer sebepler

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1. Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?

evet
[1]



hayır
[2]



Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

6 aydan daha az

[1]

6ay-1yıl arası

[2]

1-2 yıl arası

[3]

3 – 5 yıl arası

[4]

5 yıldan çok

[5]

3. Bir sağlık sorunuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?

evet [1]

hayır [2]

4. Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?

evet [1]

hayır [2]

5. Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?

Bir aydan daha
kısa

[1]

1-3 ay

[2]

4-6 ay

[3]

7ay-1yıl

[4]

Bir yıldan daha
çok

[5]

6. Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?

Kesinlikle evet

[1]

Muhtemelen evet

[2]

Emin değilim

[3]

Muhtemelen hayır

[4]

Kesinlikle hayır

[5]

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla** ilgili sorulardır.

7a. Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?

[1] 15 dakikadan az

[2] 16 – 30 dakika

[3] 31- 60

[4] 60 dakikadan uzun



B. Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?



Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8a. Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)



[1] sabahları erkenden

[2] akşamları ve geceleri

[3] hafta sonları

[4] çalışma saatlerinden memnunum



B. Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

9a. Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?



[0] Telefonla randevu alamıyorum

[1] aynı gün içinde

[2] ertesi gün için

[3] 2 veya 3 gün içinde

[4] 4-5 gün içinde

[5] 5 günden daha çok



B. Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

10a. Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genellikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor

(randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

→

[1] zamanında başlıyor

[2] beş dakikadan daha az

[3] 6-10 dakika geç

[4] 11-20 dakika geç

[5] 21-30 dakika geç

[6] 31-45 dakika

[7] 45 dakikadan daha fazla

B. Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

→

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11a. Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi ertelediğiniz oldu mu?

→

→

(0) hiç para ödemiyorum (12a sorusuna geçiniz)

evet	evet	hayır
Çoğu kez	bazen	kesinlikle olmadı
[1]	[2]	[3]

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12a. Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?

→

→

evet	evet	hayır
çoğu kez	bazen	kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B. İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını (tedavi maliyetini) nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13. Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre doktorunuzu nasıl değerlendirirdiniz?

A. Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda?

Çok kötü
[1]

Kötü
[2]

Orta
[3]

Iyi
[4]

Çok iyi
[5]

Mükemmel
[6]

B Bir sorunuz veya sorunuz olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda

Çok kötü
[1]

Kötü
[2]

Orta
[3]

Iyi
[4]

Çok iyi
[5]

[6]

14a. Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz?

→

Her zaman

Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Hemen hemen hiçbir zaman

Hiçbir zaman

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

B Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?

→

Çok kötü

Kötü

Orta

Iyi

Çok iyi

Mükemmel

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

15a. Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)

→

Her zaman

Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Hemen hemen hiçbir zaman

Hiçbir zaman

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

B Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?

→

Çok kötü

Kötü

Orta

Iyi

Çok iyi

Mükemmel

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

16. Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta		İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]		[4]	[5]	[6]

B. sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz? (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A. <u>Sıkayet</u> ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye <u>veya</u> uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları						
E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

18. Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

Her zaman

Hemen hemen
her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Hemen hemen
hiçbir zaman

Hiçbir zaman

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

19. Doktorunuzdan aldığımız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirirsiniz? (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A. Size ayırdığı zaman						
B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır						
C. Size karşı olan dostluk ve yakınlığı						
D. İlgisi ve bakımı						
E. Size karşı saygısı						

20. Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz? (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]
	Evet	Hayır
A. Oldukça az öneride bulunuyor		
B. Oldukça çok öneride bulunuyor		

21. Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

Her şıkki ayrı yanıtlayınız		[1]	[2]	[3]	[4]
		Evet üç yıl içinde	Evet 3 yıldan daha uzun	Evet zamanını hatırlamıyorum	hayır
A.	Sigara içme				
B.	Alkol kullanımı				
C.	Aile planlaması				
D.	Beslenme (gebe bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.				
E.	Egzersiz ve spor yapma				
F.	Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)				
G.	Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki				

22. Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ? (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

(answer each line)		[1]	[2]
		Evet	Hayır
A.	Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak		
B.	Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak		
C.	Aile planlaması yöntemi kullanmak		
D.	Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek		
E.	Egzersiz ve spora başlamak		
F.	Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstermek		
G.	Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)		

23. Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E. Sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F. Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

24. Tüm bunları dikkate aldığımızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç güvenmiyorum Tam olarak güveniyorum

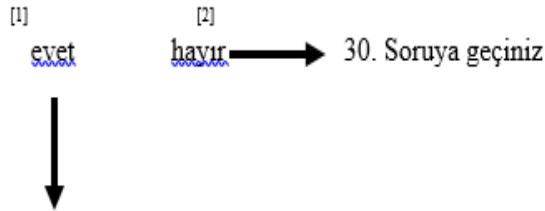
25. Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Çok kötü	Kötü	Orta	<u>İyi</u>	Çok iyi	Mükemmel
A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi						
B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi						
C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi						
D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi						

26. Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

27. Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı?



28. Diğer doktor ve hemşirelerin bakımınızda önemli bir rol oynadığını düşünüyorsanız aşağıdaki verilen durumları nasıl değerlendirirsiniz? (uygun kutuya X ile işaretleyiniz)

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgileri						
B. Tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileri						
C. Onlardan aldığınız hizmetin kalitesi						
D. Sürekli doktorunuzla onların arasındaki eşgüdüm						
E. Sağlık sorunlarınız ya da tedavilerinizle ilgili gereksinim duyduğunuz açıklamalar						

29. Düzenli doktorunuzun sizin diğer doktor ve hemşirelerden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgilerinin düzeyini nasıl değerlendirirsin?

Herseyi biliyor	Çoğunu biliyor	Bazı şeyleri biliyor	Çok az şeyi biliyor	Hiçbir şeyi bilmiyor
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

30. Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?

[1]
Evet

[2]
Hayır



32.soruya geçiniz

31. Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A. Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı						
B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı						
C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi						
D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi						
E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı						
F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi						

32. Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı.
- (2)Çok memnunum.
- (3)Biraz memnunum.
- (4) Ne memnun ne de değilim.
- (5) Biraz memnun değilim.
- (6) Hiç memnun değilim
- (7) Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı.

8.2. EK-2: Etik Kurul Onay Yazısı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7208-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimlerine Reçete Yazdırmak İçin Başvuran Hastaların Hekimlerine Yönelik Düşüncelerinin Muayene İçin Başvuranlar ile Karşılaştırılması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL Aile Hekimliği A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/21-08	Tarih:08.06.2022			
	Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu "Aile Hekimlerine Reçete Yazdırmak İçin Başvuran Hastaların Hekimlerine Yönelik Düşüncelerinin Muayene İçin Başvuranlar ile Karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒