



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÇOCUK
ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN YEŞİL ALAN
HASTALARININ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURU DURUMLARININ VE ACİLİYET
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Buse ÇATMALI

Antalya, 2025



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÇOCUK
ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN YEŞİL ALAN
HASTALARININ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURU DURUMLARININ VE ACİLİYET
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Buse ÇATMALI

Tez Danışmanı: Dr Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, meslek etiğine özeni ve özverili çalışması ile bize örnek olan, hekimliğin sadece hasta muayene etmek olmadığını öğreten, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Melahat AKDENİZ'e ve tez sürecimde ve uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya, tıp fakültesi eğitimimde iyi hekim olmam için ben de emeği olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma,

Beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığım hekim arkadaşlarıma, eşkıdemlerime ve Anabilim Dalının biricikleri çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e;

Her daim yanımda olan, tez sürecindeki desteği paha biçilmez olan sevgili eşim Sinan ÇATMALI'ya, ponçığımız Alice'e,

Hayat boyu yanımda olan, tıp eğitimim boyunca desteklerini hep hissettiğim, her kararında destekçim olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem Aysel PALAZ'a, babam Arif PALAZ'a, annem Fatma ÇATMALI'ya, babam Fahri ÇATMALI'ya ve her türlü sevincime, derdime, mutluluğuma ortak olan kardeşlerim Ceylin PALAZ'a, Ece Gönül'e ve İshak GÖNÜL'e,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÇİZELGELER DİZİNİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.i
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Acil Servis Hizmetleri	6
2.1.1. Acil Servis.....	8
2.1.2. Çocuk Acil Servisi	10
2.1.3. Acil Serviste Triyaj Yönetimi	11
2.1.4. Türkiye’de Acil Servis Hizmetleri Tarihçesi	15
2.1.5. Dünya’da Acil Servis Hizmetleri Tarihçesi	16
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	17
2.2.1. Toplum Sağlığı Merkezi	19
2.2.2. Aile Sağlığı Merkezi	21
2.2.3. Pediatrik Bakımın Birinci Basamaktaki Yeri	22
2.2.4. Dünya’da Birinci Basamak Sağlık Hizmeti’nin Önemi	25
2.3. Aile Hekimi	27
2.3.1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri	29
2.3.2. Aile Hekimliği İlkeleri	31
2.3.3. Aile Hekimi Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	33
2.3.4. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Yeri	34
2.3.5. Dünya’da Aile Hekimliği’nin Yeri	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırma Evreni,Örneklem Seçimi Ve Verilerin Toplanması	37
3.2. Çalışmaya Alma Kriterleri	37
3.3 Çalışmada Dışlama Kriterleri.....	38
3.4. Araştırmada Kullanılan Anket Ve Ölçekler	38
3.5. Verilerin Analizi.....	38
4. BULGULAR.....	40
5.TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82

7. KAYNAKLAR	88
8. ÖZET.....	98
9. ABSTRACT	100
10. EKLER.....	102



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
İSG	İş yeri sağlığı ve güvenliği
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
BHSR	Biotechnology and Strategic Health Research
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CPR	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
BMC	BioMed Central
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
ESI	Emergency Severity Index (Acil Durum Ciddiyet İndeksi)

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1 Ebeveynin Sosyodemografik Özellikleri	41
Çizelge 4.2 Hastanın Sosyodemografik Özellikleri.....	42
Çizelge 4.3 Hastanın Kronik Hastalık Bilgileri.....	42
Çizelge 4.4 Hastanın Kullandığı İlaç Bilgileri.....	43
Çizelge 4.5 Hastanın Ameliyat Öyküsü.....	43
Çizelge 4.6 Acile Başvuru Bilgileri.....	45
Çizelge 4.7 Acil Servise Başvurma Nedenleri.....	46
Çizelge 4.8 Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri.....	46
Çizelge 4.9 Acile Yönlendirme ve Acil Öncesi Muayene/Tedavi Bilgileri.....	47
Çizelge 4.10 Düzenli Doktor Kontrolü ve Sağlık Danışma Bilgileri.....	48
Çizelge 4.11 Son 1 Yıl İçindeki Sağlık Eylemleri.....	49
Çizelge 4.12 Hastaların Bilgi Düzeyi.....	49
Çizelge 4.13 Aile Sağlığı Merkezi Uzaklığı.....	50
Çizelge 4.14 Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Nedenleri.....	50
Çizelge 4.15 Yeşil Alan Katılım Payı Hakkında Bilgi Düzeyi.....	51
Çizelge 4.16 Aile Hekimine İlişkin Önermeler.....	51
Çizelge 4.17 Muayene Bilgilerine Göre Bazı Önermeler.....	52
Çizelge 4.18 Muayene Bilgilerine Göre Düzenli Doktor Kontrolü ve Sağlık Danışma Bilgileri.....	53
Çizelge 4.19 Muayene Bilgilerine Göre Ebeveynin Sosyodemografik Özellikleri.....	54
Çizelge 4.20 Muayene Bilgilerine Göre Hastanın Sosyodemografik Özellikleri..	55
Çizelge 4.21 Muayene Bilgilerine Göre Acile Başvuru Şikâyetleri.....	56
Çizelge 4.22 Acile Başvuru Saatine Göre Acile Başvuru Bilgileri.....	57
Çizelge 4.23 Hastanın Yaşına Göre Şikâyet Süresi, Başvuru Sayıları ve Başvuru Şikâyetleri.....	58
Çizelge 4.24 Hastanın Takipli Kronik Hastalığı Varlığına Göre Düzenli Doktor Kontrolü.....	59

Çizelge 4.25 Hastanın Ebeveyninin Son 1 Yılda ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Durumu.....	61
Çizelge 4.26 Hastanın Ebeveyninin Öğrenim Durumuna Göre Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi.....	61
Çizelge 4.27 Son 1 Yılda Çocuk Acile Başvuru Durumuna Göre Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi.....	61
Çizelge 4.28 Hastanın Son 1 Yılda Acile Başvuru Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Durumu ve ASM'ye Başvuru Nedenleri.....	62
Çizelge 4.29 Ebeveynin ASM'ye Başvuru Nedenlerine Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Nedenleri.....	62
Çizelge 4.30 Ebeveynin ASM'ye Başvurma Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Nedenleri.....	63
Çizelge 4.31 İlaç Başlama Durumuna Göre Hastanın Şikâyet Süresi ve Acil'e Başvuru Durumu.....	63
Çizelge 4.32 Acile Başvuru Nedenlerine Göre Tedavi Eden Kişi.....	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Triyaj Beşli Sınıflama Sistemi Farklılıkları.....	13
Şekil 2.2 Birinci Basamakta Bebek-Çocuk-Ergen İzlemleri Özet Tablo	24
Şekil 2.3 WONCA Ağacı Güncel Versiyonu	32



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servis, kaza, evde tedavi edilemeyecek hastalıklar ve benzeri durumlarda başvurulanan, hastayı sakatlık ve ölüm risklerinden korumayı amaçlayan, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde bulunan birimdir (1). Acil servis, 24 saat hizmet vermekle birlikte, acil başvuru yapan hastaların tedavisi kesintisiz ve ücretsiz bir şekilde halkın hizmetine sunulmaktadır (2). Yetişkin acil servis, 18 yaş ve üstü yetişkinlere sağlık hizmeti sunarken, çocuk acil servis, 18 yaş altı çocuk hastalara hizmet vermektedir. 2017 yılı itibarıyla, toplam hastane başvuru sayısı 357.748.167 olup, bunun %28,4'ü acil başvurusudur (3).

Aile sağlığı merkezleri, bir ya da birden fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanının birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunduğu, tam gün esasına dayalı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarıdır. Aile hekimleri, nüfuslarına bağlı hastalara yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kapsamlı, devamlı, bütüncül ve kişiye yönelik sağlık hizmeti sunan, aile hekimi uzmanı ya da Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen eğitimleri almış tabiplerdir. Aile hekimleri, aile sağlığı merkezlerinde ya da gezici sağlık birimleri aracılığıyla kişilere evde sağlık hizmeti de sunabilmektedirler (2).

Triyaj, birden fazla hasta ve yaralının bulunduğu acil servis, kaza yeri, afet alanı gibi yerlerde, hastaların öncelikli tedavi edilmesi gerekenler arasında aciliyet durumlarına göre sınıflandırılmasını sağlayan bir sistemdir (4). Triyaj işlemi, tedavi önceliğinin belirlendiği, hastaların zarar görmesini engellemek ve ihtiyaç duydukları tıbbi bakıma gecikmeksizin erişmelerini sağlamak amacıyla uygun sayıda tabip ya da triyaj eğitimi almış sağlık personeli tarafından yapılır. Türkiye'de kullanılan triyaj sistemi ile hastalar kırmızı (kategori 1 ve 2), sarı (kategori 1 ve 2) ve yeşil olarak sınıflandırılmaktadır. Yeşil alan, tedavi ihtiyacı acil olmayan, acil serviste müdahale gerektirmeyen ve vital değerleri stabil olan en düşük risk grubundaki hastaları tanımlar. Sarı alan, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı bulunan hastaları ifade ederken, kırmızı alan, hayati tehlike riski yüksek ve 10 dakika içinde tedaviye başlanması gereken hastaları tanımlamak için kullanılır (5).

National Health Statistics Reports 2010 raporunda triyaja göre aciliyet sınıflaması şu şekilde yapılmıştır: 15 ila 60 dakika arasında değerlendirilmesi gereken hastalar acil hastalar, 1 ila 2 saat arasında değerlendirilmesi gerekenler yarı acil hastalar ve 2 ila 24 saat arasında görülmesi gereken hastalar acil olmayan hastalar olarak tanımlanmıştır. “Acil olmayan” terimi, gereksiz hastane ziyaretini ifade etmemekle birlikte, bu hastaların acil servise başvurmalarının acil servisin hasta yükünü artırdığı vurgulanmıştır (6).

National Institutes of Health dergisinde 2013 yılında yayınlanan bir sistematik incelemede, acil servis başvurularının aciliyet tanımlarının yorumlanmasının zor olduğu ve her makalede farklı tanımların kullanıldığından bahsedilmektedir. Bazı makaleler triyaj koduna, bazıları mevcut duruma, bazıları ise retrospektif incelemelere dayalı olarak acil olmayan acil servis başvurularını tanımlamıştır. Acil olmayan ziyaretleri tanımlamak için kullanılan kriterler arasında hastaneye yatış, tanı, hayati belirtiler, şikâyet, ziyaretin zamanlaması, hastanın ambulans kullanıp kullanmadığı, prosedürler ve/veya testler, hastanın değerlendirme veya bakım için bekleme süresi, komorbiditeler, ziyaretin türü (kaza, yaralanma), triyaj değerlendirmesi ve sevk gibi unsurlar yer almaktadır (7).

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi aile hekimliği bölümünde 2020 yılında yapılan bir çalışmaya göre, katılımcıların çocuklarının şikayetlerinin başlama zamanı, yakınlık nedeniyle çocuk acil servise başvurma durumu, çocuklarının kontrol/ takiplerinin ilgili hastanede olması nedeniyle çocuk acil servise başvurma durumu, aile sağlığı merkezinde eksiklik/sorun düşüncesi, aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğu düşüncesi, çocukları hasta olduğunda aile hekimini tercih etme ve mesai saati dışında çocuk acil servisine başvurma durumu ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya göre, katılımcıların çocuklarının aldığı tanı ve triyaj koduna göre aciliyet durumu değerlendirildiğinde, çocuk acil servisi başvurularının çoğunun “uygun olmayan başvuru” olduğu ve bu hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında yeterli tedavi alabileceği öngörülmüştür. Yakın olduğu için çocuk acil servisine başvuran katılımcıların %87,9’unun çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür. Kontrol/ takipleri Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde olduğu için çocuk acil

servisine başvuranların ise %91,3'ünün daha önce aile hekimine başvurmadığı saptanmıştır. Aile sağlığı merkezinden memnun olmadığını belirten ve eksiklik/sorun düşündüğünü ifade eden katılımcıların %90,5'inin daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür. Aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünenlerin %94,8'inin daha önce aile hekimine başvurmadığı tespit edilmiştir. Çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvuran katılımcıların %93,3'ü, çocukları hasta olduğunda aile hekimine başvurmayı tercih ettiğini belirtmiştir (8).

Gaziantep Üniversitesi Hastanesi çocuk acil servisine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir anket çalışması, European Journal of General Practice dergisinin Ekim 2020 sayısında yayınlanmıştır. Anket çalışması, 2019 yılının nisan ve mayıs aylarında Gaziantep Üniversitesi Hastanesi çocuk acil servisine başvuran 1 ay-16 yaş arasındaki 457 hastanın ebeveynlerine uygulanmış olup, çalışmada triyaj kodu yeşil olan hastalar acil olmayan hasta kategorisinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre, ebeveynlerin aciliyet algısı ve çocuklarının durumunun kötüleşeceği düşüncesi, ailelerin çocuk acil servisine başvurması için önemli bir sebep olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda, ebeveyn eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ulaşılabilirliğini artırmanın, acil olmayan pediatrik acil servis başvurularını azaltabileceği hipotezi tartışılmıştır (9).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi çocuk acil servisinde Nisan 2011-Nisan 2012 arasında başvuran hastalar ve çocuk acil servisinde çalışan doktorlara uygulanan bir anket çalışmasına göre, iki saat içinde müdahale edilmesi gereken acil vakaların %19,7 olduğu saptanmıştır. Ebeveynler, çocuklarının bakımı için en sık acil servisi tercih etmişlerdir. Acil servise başvuran ailelerin çocuklarıyla ilgili aciliyet algısının, doktorların aciliyet algısı ile ters orantılı olduğu tespit edilmiştir (10).

Baltimore Tıp Fakültesi'nde 2021 yılında yapılan bir çalışmaya göre, ebeveynlerin ve birinci basamak sağlık hizmeti başvurusunun acil olmayan acil servis kullanımıyla ilişkisini belirlemek amacıyla anket çalışması yapılmıştır. On sekiz yaş altı çocuğu olan 218 kişiye birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri ve çocukları ile ilgili 5 hastalık senaryosunda nereye başvuracaklarıyla ilgili bir

davranış anketi uygulanmıştır. Acil olmayan ziyaretlerin %27,4'ü mesai saatlerinde, %72,6'sı ise mesai saatleri dışında gerçekleşmiştir. Ebeveynlere çocukları hasta olduğunda nereye başvurdıkları sorulduğunda, %36,7'si polikliniği, %29,4'ü ise acil servisi tercih ettiklerini bildirmiştir. Ailelere sunulan beş senaryodan dördünde, aileler acil servisi, birinci basamak doktorundan daha sık ziyaret etmeyi seçmiştir. Ebeveynlerin birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri sınırlı olup, hasta-doktor ilişkisi ile acil olmayan acil servis kullanımı arasında ilişki bulunamamıştır. Acil serviste ebeveynlerin üçte biri ile üçte ikisi, çocuklarının acil servis ziyaretinin aciliyetini abarttıkları saptanmıştır. Ebeveyn/hasta-doktor ilişkisini artırmaya yönelik eğitimlerin bu durumu iyileştirebileceği düşünülmüştür. Acil olmayan acil servis kullanımını azaltmaya yönelik müdahalelere dair daha fazla literatür çalışmasına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (11).

Kansas City'de 2019 yılında yapılan retrospektif bir çalışmada, pediatrik hasta popülasyonunun yüksek acil bakım bağımlılığı ile diğer ayakta sağlık hizmeti kullanımının azalması arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüksek acil servis bağımlılığı, sağlıklı okul çağındaki çocuklarda daha fazla görülmüş ve diğer ayakta tedavi ortamlarında daha düşük sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Artan acil servis kullanımının çocuk hasta popülasyonunda daha düşük birinci basamak ve çocuk doktoru kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma, acil servis kullanımının doktor-hasta birinci basamak ilişkisinin kesintiye uğrayabileceğini göstermektedir (12).

İsveç'te 2020 yılında yapılan bir çalışmaya göre, hastane ile entegre birinci basamak birimi açıldıktan sonra çalışma saatleri içinde çocuk acil servise başvuran hasta sayısında %28 oranında bir azalma olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda hastaların birinci basamakta kalış süresinin, acil servise oranla dörtte birinden daha az olduğu belirlenmiş, çocuk acile başvuran ateşi ve kulak ağrısı semptomlarına sahip hasta sayısında azalma, bebek hasta sayısında ise artış saptanmıştır (13).

Çalışmamızın hipotezi, çocuk acil servisine başvuran, acil olmayan kategorisinde triyajı yapılan hastaların, birinci basamakta alacakları sağlık hizmeti ile acil serviste alacakları sağlık hizmeti arasında tedavi sürecini olumsuz

etkileyecek bir fark olmadığı yönündedir. Ailelerin sağlık sorunları için aile sağlığı merkezini tercih etme oranları ve tercih etmeme sebeplerinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Acil servisteki yoğunluğun, gerçek acil hastalarının tedaviye ulaşım süresini kısıtladığı düşünülmektedir. Bu çalışma ile çocuk acil servisindeki yoğunluğun azaltılması ve ebeveynlerin farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktayız.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil servis, kaza, evde tedavi edilemeyecek hastalıklar ve benzeri durumlarda başvurulanan, hastayı sakatlık ve ölüm riskinden korumayı amaçlayan ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde mevcut olan birimdir (14). Ülkemizde sağlık yönetiminin tek merkezden yönetilmesi amacıyla, Bakanlık başkanlığında kamu ve özel kuruluşların birlikteliğiyle acil sağlık hizmetleri kurulmuştur. Acil sağlık hizmetlerinin ülke çapına yayılabilmesi için, kesintisiz 24 saat hizmet vermesi ve her bölgeden insan için ulaşılabilir olması büyük önem taşımaktadır. Bu hizmetlerin yürütülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu, Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi ve İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığınca oluşturulan bu kurulların görev ve yetkileri şu şekildedir (4):

a) Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu: Acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik tavsiye niteliği taşıyan kararlar alır, mevzuatla ilgili çalışmalar yapar ve ilgili kurumlarda verilecek olan eğitim ve sertifikalı ilk yardım gibi eğitim programlarının usul, esas, amaç ve müfredatlarını belirler.

b) Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi: Acil sağlık hizmetleriyle ilgili araştırma yapar ve hizmete özel eğitim planları oluşturur. Ayrıca, bu eğitimlerin sertifikalı programlarını düzenler, eğitim materyalleri ve görsel- yazılı dokümanlar hazırlar. Afetler ve olağandışı durumlarda bağlı iller ile iletişim kurar ve bu durumlarla ilgili organizasyonlar yapar. Hizmette uygun bina ve arazilerde Bakanlığa bağlı merkezler kurar.

c) İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM): İl genelinde hastane acil servisleri ile il ambulans servisi arasındaki iletişimi sağlamak ve hizmet standartlarını belirlemek amacıyla, müdürlük teklifi ve valilik onayı ile kurulan komisyondur.

Acil sağlık hizmet birimleri, temel ve destek hizmet birimlerinden oluşmaktadırdır. Acil sağlık hizmetlerinde yer alan temel hizmet birimleri şunlardır (4):

a) Acil Sağlık Hizmetleri şube M¼d¼rl¼ę¼: Acil sağlık hizmetleriyle ilgili çalışmalar y¼r¼t¼r, planlama yapar, hastane acil servisleri arasında koordinasyon sağlar ve denetimlerini gerçekleştirir. İl d¼zeyinde ilkyardımdı eğitimini d¼zenler ve bu eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılmasını ve denetimini yapar. Ayrıca, il sağlık afet planlarını hazırlayıp uygular ve acil sağlık hizmetleri ile ilgili verileri toplar.

b) İl Ambulans Servisi Başhekimliği: İl d¼zeyinde ambulansların bakım, onarım ve ruhsatlandırılmasından sorumlu olan birimdir. B¼nyesinde hizmet veren personelin hizmet içi eğitim ve sertifikalı eğitim programlarını d¼zenler ve ilgili personeli denetler.

c) Hastane Acil Servisleri: Ülkemizde, ikinci ve üç¼nc¼ basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları b¼nyesinde acil sağlık hizmeti veren b¼l¼mlerdir. Bu servisler, kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralıları acil tıbbi m¼dahale yapar. Ayrıca, verilen hizmetle ilgili kayıt tutmak ve gerektiğinde doğrudan ya da bağlı oldukları kurumlar aracılığıyla Merkeze geri bildirimde bulunmakla y¼k¼ml¼d¼r.

Ülkemizde acil sağlık hizmeti sunan t¼m birimler, Sağlık Bakanlığı'na yaptıkları işlemlerle ilgili olarak d¼zenli ve aylık şekilde bildirim yapmak zorundadır. Bu bildirimler, ilgili formlar aracılığıyla sağlanır. Bu kayıtlar, mevzuat h¼k¼mlerine g¼re 3 ay s¼reyle saklanır. Bu s¼renin sonunda kayıtlarla ilgili herhangi bir başvuru yapılmazsa, kayıtlar silinir. Acil durumlarda, sağlık merkezine bildirim 112 üzerinden yapılır. 112 ağrı merkezi, hastane dışından yapılabildiği gibi, hastane acil servislerinden başka merkeze hasta sevkı için de kullanılabilir (4). 112 acil ağrı ve sevk sisteminin d¼zenini, s¼reklilięini ve verimini sağlamak için gerekli önlemleri almakla y¼k¼ml¼d¼r (17). Sağlık Bakanlığı tarafından 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu başkanlığın en temel g¼revi, ¼lke çapında acil sağlık hizmetleri ile ilgili koordinasyonu sağlamak ve bu hizmeti uluslararası standartlar çerçevesinde

geliştirmektedir (18). 112 komuta kontrol merkezi, valiliklere bağılı olarak çalışır (5). Merkezin nakil için yükümlülüğü, acil servisin bağılı bulunduğı ilgili kuruluş tarafından yerine getirilir. İmkanlar yetersiz olduğunda, nakil gerçekleştirilir. Acil servis, nakil öncesinde hastanın ihtiyacı olan tedaviyi, sağıık sigortası durumu göz önünde bulundurulmaksızın sağıılamakla yükümlüdür. Acil sağıık hizmet birimleri arasındaki iletişim, telsiz sistemi ve ilgili frekanslar üzerinden yapılır. Bu iletişim sistemleri, yalnızca acil sağıık hizmeti birimleri tarafından kullanılabilir (4). Çağırı merkezinde verilen hizmetler mevzuata uygun bir şekilde kayıt altına alınır. Vaka kaydı olmayan çağrılar bir yıl, vaka kaydı olan çağrılar ise on yıl süreyle saklanır (17).

2.1.1. Acil Servis

Acil servis, acil sağıık hizmetine ihtiyaç duyan hastalara sağıık hizmeti sunulan poliklinik ve yataklı servis işlevi gören birimdir. Hem ülkemizde hem de dünyada acil sağıık hizmet birimleri arasında acil servisin önemi oldukça büyüktür. Kamu, üniversite ve özel sağıık tesislerinde acil servis birimleri bulunur. Acil servis hizmetleri ise hastaların ani gelişen kaza, yaralanma, sakatlanma gibi durumlarda ihtiyaç duydukları tedavinin acil serviste yapılan kısmını tanımlar. Acil servisteki işleyişin, yürütümü ve koordinasyonu, acil servis sorumlu hekimi tarafından sağılanır. Her acil servis, müdürlük tarafından belirlenen ilgili seviyeye göre ayrılır. Bu nedenle her acil servis tipi birbirinden farklıdır. Acil servis tipleri şu şekildedir (5):

- a. Erişkin Acil
- b. Çocuk Acil
- c. Karma Tip Acil
- d. Kadın Doğum Acili
- e. Dal Acil Servisi

Karma tip acillerde, her yaş ve bransa yönelik acil hizmet verilir. Dal tipi acil servisler, dal rol grubundaki hastanelere ait acil servislerdir. Dal hastaneleri, birden çok branşı barındıran hastaneler olup, ihtiyaç halinde her branş kendine ait olacak şekilde acil servis kurabilir. Erişkin tip acillerde 18 yaş ve üzeri hastalara

hizmet verilirken, çocuk acil servislerinde 18 yaş altındaki bireylere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kadın doğum acilleri ise gebe ve doğum yapmak üzere olan kadın hastaların acil durumlarına yönelik olarak kurulmuştur (5).

Acil servislerde çalışanlar için dinlenme alanları ve hastalar için uygun bekleme alanları sağlanması; ayrıca, 24 saat kesintisiz bir şekilde hasta ve çalışan sağlığını korumakla görevli güvenlik personeli bulundurulması gerekmektedir. Hastane çevresinde acil servisi gösteren tabela ve levhaların olması da gerekmektedir. Hasta bakımı için uygun fiziksel şartların yanı sıra gerekli cihaz, ilaç ve malzeme temin edilmiş olmalıdır. Personel için başta kardiopulmoner resüsitasyon eğitimi olmak üzere, yılda en az bir kez düzenli aralıklarla iletişim ve kriz yönetimine yönelik eğitimlerin; ayrıca, hastane, yüksek riskli bir çalışma alanı olduğu için çalışanlara, en az yılda bir defa, iş yeri sağlığı ve güvenliği (İSG) eğitimi verilmesi gerekir. Bu eğitimler, hastanenin İSG hekimi tarafından sağlanır ve işveren tarafından düzenlenir (1, 14).

Acil servisler, hizmet sürekliliğinin sağlanması gereken karmaşık birimlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sisteminde acil servisin geleceğine yönelik Ulusal Akademiler ve Tıp Enstitüsü (IOM), 2003 yılında kurulmuştur. Kurulduğu günden bugüne kadar IOM, acil bakıma yönelik bir dizi rapor düzenlemiştir. Komitenin amacı, Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis hizmetlerini incelemek, karşılaşılan zorlukları ve sınırlamaları belirlemek ve acil servis hizmetlerinin gelişimini sağlamaktır. Komite, birçok katılımcı ile birlikte çeşitli alt gruplara bölünerek ve saha çalışmaları yaparak literatüre katkı sağlayacak bilgiler sağlamıştır. Bu komiteye göre acil servisler, kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gereken ve birbirine bağımlı parçalardan oluşan bir sistemdir (16).

Acil servisler, sağlık sisteminin kritik unsurlarından biri olup, hayatı tehdit eden durumlarla başa çıkmada önemli bir rol oynamaktadır. Acil servise başvuran hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması, sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yanı sıra yaşam kalitesini de artırmaktadır. Ancak, acil servislere aşırı yüklenme, sağlık profesyonellerinin iş yükünü artırmakta ve hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, acil servislerin etkinliği; kaynakların doğru yönetilmesi, eğitilmiş personel

sayısının artırılması ve hastaların önceliklendirilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, toplum sağlığına yönelik farkındalık ve acil durum eğitimlerinin artırılması, acil servislerin daha verimli çalışmasına katkı sağlayacaktır. Sonuç olarak, acil servislerin güçlendirilmesi, yalnızca bireysel sağlık açısından değil, toplumsal sağlık açısından da büyük önem taşımaktadır (4, 70).

2.1.2. Çocuk Acil Servisi

Çocuk acil servisleri, yaşam kurtarıcı sağlık hizmetlerinin verildiği ve 18 yaş altındaki bireylere hizmet sunan birimlerdir. Dünya genelinde 2021 yılı itibarıyla beş yaş altı çocuk ölüm oranı %38,1 iken, ülkemizde bu oran %11,1'dir. Bu veriler, çocuk acil servislerinin yetişkin acil servislerinden ayrı birimler olarak kurulmasının ve alanında uzman hekimlerce yönetilmesinin önemini açıkça ortaya koymaktadır (20, 21).

Ülkemizdeki ilk çocuk acil servisi, 1980 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı olarak kurulmuştur. İkinci çocuk acil servisi ise 1998 yılında Çukurova Üniversitesi Hastanesi'nde faaliyete geçmiştir. Çocuk acil servislerinde sunulan sağlık hizmetleri şu şekilde özetlenebilir (21):

- Girişimsel sedasyon analjezi
- Ultrasonografi
- Travma hastası yönetimi
- Çocuk suistimali takımı ve hazırlanmış rehberler
- Santral kateter yerleştirme
- Kemik içi damar yolu açma
- Tüp torakostomi
- Krikotiroidotomi

Acil servis hizmetlerinin çocukların ihtiyaçlarını karşılama konusunda sınırlı kapasiteye sahip olduğunu gösteren "Çocuklar İçin Acil Tıbbi Hizmetler" raporu 1993 yılında yayımlanmıştır. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, 2008 yılında yayınladığı öneriler kılavuzunda, dönemin mevcut çocuk acil başvuru sayılarına doğrudan ulaşmanın mümkün olmadığını belirtmiş ve bölgesel

hesaplamalar ile acil başvurularının yaklaşık %30'unun çocuk acil başvurularından oluştuğu tahmin edilmiştir (16,21).

Dünyada çocuk acil tıbbının gelişimi, ülkemizden farklı bir seyir izlemiştir. İlk Çocuk Hastanesi özelliğine sahip Philadelphia Çocuk Hastanesi, 1855 yılında ABD'de kurulmuştur. Çocuk acil tıbbı alanında çocuklara özel sorumlu hekim görevlendirilmesi ve çocuk acil eğitimi ilk kez 1970'lerde ABD'de yapılmıştır. Avrupa'da ise çocuk acil tıbbı örgütlenmesi, 2004 yılında "Pediatric Emergency Medicine Task Force of European Countries" adı altında, Türkiye, İspanya ve Suriye'nin desteğiyle kurulmuş ve Fransa, Belçika, İsviçre, İngiltere, Macaristan, İtalya, Kuzey İrlanda ve Suudi Arabistan'ın katılımıyla büyümüştür (21).

2.1.3. Acil Serviste Triyaj Yönetimi

Afet, savaş, kaza ve benzeri durumlarda, hastaların aciliyet durumlarına göre sınıflandırılabilmesi amacıyla triyaj yöntemi kullanılmaktadır. Acil servise başvuran her hasta, muayene öncesinde aciliyet durumuna göre sınıflandırılır. Bu sınıflandırma işlemine triyaj denir ve hastaların tıbbi öncelik durumlarının kararlaştırılmasını sağlar. Triyaj işlemi, hastanın ek hastalıkları ve mevcut acil başvuru şikayetlerinin şiddetinin yanı sıra, tıbbi durum aciliyeti de göz önünde bulundurularak yapılır (4, 5).

Trijaj kelimesinin etimolojisi Fransızcadır. Triyajın fiil formu olan trier, 12. yüzyıldaki Gallo-Romance triare terimine kadar uzanmaktadır. Bu kelime, sırasıyla "üç" ve "ezme" anlamına gelen tria ve eur köklerinden türetilmiştir. Fransızca kökenli olan triyaj kelimesi, Japonca'da "inceltmek" ve İngilizce'de "kategorize etmek" anlamlarına gelir. Triyajın orijinal anlamı, daha çok "inceltme" kavramına yakınken, afet tıbbi alanında bu kavram, üçe bölme ve inceltme anlamlarını birleştirerek kullanılmaya başlanmıştır (25).

Fransız askeri cerrahları Pierre François Baron de Percy ve Dominique Jean Larrey, savaş alanlarında triyajın geliştirilmesinde önemli bir rol oynamışlardır (26). Askeri tıbbi bakım açısından Larrey, triyajı üç aşamaya ayırmış; I. Dünya Savaşı'ndaki Fransız askeri doktorları ve II. Dünya Savaşı'ndaki Japon askeri doktorları ise hastalık ve yaralanmalarına göre askerleri üç kategoriye

ayırmışlardır. Benzer şekilde, afetler ve toplu kayıplarla başa çıkmak için modern bir Amerikan triyaj yöntemi olan Sıralama, Değerlendirme, Hayat Kurtaran Müdahaleler, Tedavi ve/veya Taşıma (SALT) triyajı, vakaların ilk sınıflandırmasını üç kategoriye ayırmaktadır. Basit triyaj ve Hızlı Tedavi yöntemi olarak bilinen START triyaj yöntemi, 1980'li yıllarda Hoag Hastanesi ve Kaliforniya Newport Beach İtfaiyesi tarafından geliştirilmiştir (25).

Her ülkede kullanılan triyaj sistemi, o ülkenin acil servis yoğunluğu ve sağlık sistemine göre düzenlenmiş olup, uluslararası kabul görmüş çeşitli triyaj sistemleri mevcuttur. Triyaj, sağlık çalışanları tarafından hasta mahremiyetinin sağlanabileceği bir ortamda yapılmalı ve triyajda öncelik sıralamasını belirlemek için en az üç renkten oluşan bir kodlama sistemlerinden biri kullanılmalıdır (1).

Trijaj sistemleri, insan sağlığını koruma, kaynakların verimli kullanılmasını sağlama ve topluluk yararına hizmet etme amacı taşır. Ancak triyajla ilgili tek bir doğru yöntem bulunmamaktadır. Örneğin, zengin kaynak ortamına sahip acil servislerde rutin triyaj, her hastanın faydalarını en üst düzeye çıkararak en acil hastalara tedavi önceliği vermeyi hedefler. Afet durumlarında ise, sınırlı kaynaklarla mümkün olduğunca fazla hayat kurtarmak için afet triyajı uygulanır. Afet ve savaş gibi durumlarda, sosyal düzenin bozulması ve kaynakların eksikliği triyajı imkânsız hale getirebilir. Bu nedenle, triyajın etkinliği, uygulandığı ortam, toplum ve mevcut koşullar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (28).

En yaygın triyaj türleri arasında acil servis, yatan hasta, çoklu, askeri ve afet triyajları yer almaktadır. Her bir triyaj türünün kendine özgü ortak ve ayırt edici özellikleri vardır. Rutin acil servis triyajında, her hastayı tedavi etmek için uygun kaynaklar mevcut olmakla birlikte, hasta yoğunluğunun fazla olması nedeniyle daha az ağır hastaların daha uzun süre beklemesi gereken bir triyaj yapılır. Kanada, İspanya, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi ülkelerde olduğu gibi, Amerika Birleşik Devletleri'nde de rutin acil servis triyajı için daha güvenilir olduğu kanıtlanmış 5 seviyeli triyaj sistemleri kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen Acil Durum Şiddet Endeksi, en acil hastaları seviye 1 (en yüksek seviye) veya 2 olarak belirler. Seviye 5 hastalar ise aciliyeti en düşük olan hastaları tanımlar. Büyük Britanya'da yaygın olarak kullanılan Manchester Triyaj Ölçeği, triyaj seviyesini belirlemek için hastanın ana şikayetine dayalı 52

algoritma kullanır. Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği, hastaları 5 triyaj seviyesinden birine yerleştirmek için kapsamlı bir klinik tanımlayıcı listesi kullanır. Tüm seviye 1 hastalarının derhal tedavi edilmesi gerekir. Afet triyajı için çeşitli yöntemler benimsenmiştir. Bunlar arasında, ABD'deki afet ekipleri tarafından kullanılan Basit Triyaj ve Hızlı Tedavi (START) ve JumpSTART yer almaktadır. Newport Beach, CA'daki Hoag Hastanesi'nde geliştirilen START, solunum, perfüzyon ve zihinsel durumla ilgili birincil gözlemlerle, minimal eğitilmiş ilk müdahale ekiplerinin en ciddi yaralı hastaları belirlemelerine ve birden fazla kurbanı 30 saniye veya daha kısa sürede triye etmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış uygun bir triyaj sistemidir. Pediatrik hastalar için START'ın bir modifikasyonu olan JumpSTART, afet durumlarında tercih edilebilir (27).

Sınıf	Kanada Triyaj Skalası (CTAS= Canadian Triage and Acuity Scale)	Manchester Triyaj Skalası	Avustralya Triyaj Skalası (ATS= Australian Triage Scale)	Aciliyet Şiddeti Endeksi (ESI= Emergency Severity Index)
1	Resüsitasyon (Hemen)	Hemen (Kırmızı) (0 dakika)	Hayati tehlike mevcut (Hemen)	ESI – 1 (Hemen)
2	Çok acil (15 dakika içinde)	Çok acil (Turuncu) (10 dakika içinde)	Yaşam tehdidi yakın (10 dakika içinde)	ESI – 2 (Birkaç dakika içinde)
3	Acil (30 dakika içinde)	Acil (Sarı) (60 dakika içinde)	Yaşam tehdidi olasılığı (30 dakika içinde)	ESI – 3 (Bir saate kadar)
4	Az acil (60 dakika içinde)	Standart (Yeşil) (120 dakika içinde)	Ciddi olma olasılığı (60 dakika içinde)	ESI – 4 (Bekletilebilir)
5	Acil değil (120 dakika içinde)	Acil değil (Mavi) (240 dakika içinde)	Az acil (120 dakika içinde)	ESI – 5 (Bekletilebilir)

Şekil 2.1. Triyaj Beşli Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları (29,30).

Dünya genelinde birçok farklı ülkede kullanılan Emergency Severity Index (ESI) 5 seviyeli triyaj sisteminin, daha yüksek güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu gözlemlenmektedir. ESI indeksi, ABD'de Dr. Richard Wuerz ve ekibi tarafından 2001 yılında geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Birden beşe kadar sınıflandırılan sistemde, ESI 1, acil hayat kurtarıcı müdahale gerektiren hastaları tanımlarken; ESI 5, kaynak kullanımı gerektirmeyen, yalnızca muayene ve tedavi ile çözülebilecek, gribal semptomlar gibi acil olmayan hastaları tanımlamak için kullanılır [22]. ESI triyaj sistemi, ülkemizde ilk kez 2009 yılında GATA'da 2 günlük kapsamlı eğitimlerin ardından kullanılmaya başlanmıştır. Bu 4 karar aşamalı, 5 seviyeli triyaj sisteminin, triyajda etkili ve pratik olduğu görülmüştür (23).

Hacettepe Üniversitesi Acil Servisi'nde yapılan ve 2013 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, ESI beşli triyaj sisteminin uygulanmasının deneyim ve eğitim gerektirdiği için, ülkemizde acil servislerde rutin olarak kullanılmasının olası olmadığı düşünülmüştür. Buna alternatif olarak, şikayete dayalı 5 seviyeli Hacettepe Acil Triage Sistemi geliştirilmiş ve ESI 5 seviyeli triyaj sistemiyle karşılaştırılmıştır. Sürekli tıbbi hizmet sunan yoğun acil servislerde, ESI kullanımı ile triyaj sürelerinin uzaması, bekleme toleransı olmayan hastalar tarafından şiddet olaylarının artmasına yol açabilmektedir. Aynı zamanda, şikayete dayalı 5 seviyeli Hacettepe Acil Triage Sistemi, acil servislerde yoğun hasta bulunan Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, acil sağlık hizmetleri açısından tutarlılığı yüksek ve yanlış triyaj oranları düşük olduğu için, üçlü triyaj sisteminden daha seçici olduğu saptanmıştır. Şikayete dayalı 5 seviyeli Hacettepe Acil Triage Sistemi, tıbbi olmayan sekreterden acil hekimine kadar tüm sağlık personeli tarafından kolayca uygulanabilir olduğu için, özel eğitim ve personel gerektiren ESI 5 seviyeli triyaj sistemine göre daha az maliyetlidir (24).

Ülkemizde bazı üniversite hastanelerinde 5 seviyeli triyaj sisteminin kullanıldığı gözlemlenmiş olsa da T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan yönetmeliğe göre, ülkemizde acil servislerde üçlü triyaj sistemi kullanımı önerilmektedir. Üçlü triyaj sisteminde hastalar kırmızı, sarı ve yeşil olmak üzere üç renk ile kategorize edilir. Genel durumu stabil ve iyi, ayaktan başvuran, mevcut semptomları hayati tehlike ve komplikasyon riski taşımayan hastalar yeşil alana alınır. Sarı alan hastalarının doğrudan tanı-tedavi verilen sarı alana alınması gerekir. Semptomlara göre hastalar kategori 1 ve 2 olmak üzere ikiye ayrılır. Sarı alan kategori 1 hastaları, hayati riski yüksek, morbidite ve uzuv kaybı riski bulunan durumlar için; kategori 2 ise, vital bulgulara bozulma görülen, orta ve uzamış dönem belirtileriyle birlikte ciddiyet durumu kategori 1'den daha az olan hastaları tanımlamak için kullanılır. Kırmızı alan hastaları kategori 1 olarak değerlendirildiyse, hemen resüsitasyon odasına alınmalı ve beklemeden tanı ve tedaviye başlanmalıdır. Kategori 2 kırmızı alan hastaları ise, hayati tehlike riski yüksek, 10 dakika içinde değerlendirilip tedavi başlanması gereken hastalardır (5).

Ülkemizde, birçok acil serviste olduğu gibi, çalışmayı yaptığımız Akdeniz Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'nde de kırmızı, sarı ve yeşil renklerinden oluşan üçlü triyaj sistemi kullanılmaktadır.

2.1.4. Türkiye’de Acil Servis Hizmetleri Tarihçesi

Türkiye’de acil servis hizmetlerinin gelişimi, Cumhuriyet’in kuruluşuyla birlikte hızlanarak ilerlemiştir. Cumhuriyet öncesi dönemde, Osmanlı Devleti zamanlarında da acil servis hizmetleri, dönemin şartlarına uygun bir şekilde icra edilmekteydi. TBMM’nin açılmasıyla beraber, Cumhuriyet’in ilanı belenmeden aynı yıl Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve birçok kanun ve düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler, o dönemin koşullarına göre planlanmış olup, temel amaç savaş sonrası sağlık sorunlarını çözmektir. Sağlık yapılanmasında örgütlenmeyi sağlayarak koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiştir (43,44,45,46).

Sosyal politikayı düzenlemeye yönelik çalışmalara 1938 yılından sonra ağırlık verilmiş olup, İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan sıtma, sifiliz, lepra ve çiçek gibi hastalıklardan korunma amacıyla kanun tasarıları düzenlenmiştir. O dönemde çıkartılan birçok yasa ve kanun, hâlâ yürürlüktedir ve sağlık yapılanmamızın temellerini oluşturur. Prof. Dr. Nusret Fişek önderliğinde, 1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair çalışmalar yapılmıştır. Günümüz Türkiye’sinde hâlâ mevcut olan Genel Sağlık Sigortası kavramı, 1982 Anayasası ile birlikte ortaya çıkmıştır. 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Politikası ile de sağlık alanında özel sektör etkileri görülmeye başlanmıştır (43,44,45,46).

2.1.5. Dünya’da Acil Servis Hizmetleri Tarihçesi

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) acil tıbbi hizmetler, 1950’li yılların sonunda ağızdan ağıza ventilasyon ve 1960’larda kardiyopulmoner resüsitasyonun (CPR) tedavide etkin rol oynadığının gözlemlenmesiyle birlikte gelişim göstermiştir. ABD’de, 1970’lerde 911 acil çağrı sisteminin devreye girmesiyle

birlikte acil tıbbi hizmetler giderek daha önemli bir hale gelmiş ve federal fon desteği ihtiyacı doğmuştur. Ancak, 1980'li yıllarla birlikte bu fon desteğinin azalması sonucunda acil tıbbi hizmetlerin organize gelişimi azalmıştır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2003 yılında yayınlanan kapsamlı raporda, birçok ülkede sağlık alanındaki gelişimi sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar incelenmiş ve detaylarıyla paylaşılmıştır. Bu çalışmalara özetle bakacak olursak, nüfusun çoğunluğunun zorunlu sağlık sigortasına tabi olduğu Avusturya'da, sağlıktaki gelişmelere ve artan finansman ihtiyacına bağlı olarak 1993 yılında mevzuat oluşturulmuştur. Hollanda'da ise benzer mevzuat, birincil bakımı da içine alacak şekilde genişletilerek 1996 yılında yürürlüğe girmiştir. Avusturya'daki gibi, Hollanda yasası da maliyet kaygısıyla birlikte sağlık kalitenin düşmesi endişesiyle ortaya çıkmıştır. Almanya'da ise, 2000 yılındaki sağlık sistemi reformları, sağlık hizmetlerinin talebini iyileştirmeyi ve sağlık sigortası maliyetlerini kontrol etmeyi hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine dair düzenlenen bu rapora göre, sağlık hizmetlerinde kaliteyi düzeltmek ve artırmak için ele alınması gereken 4 faaliyet düzeyi tanımlanmıştır (19). Bu faaliyetler şunlardır:

- Ulusal politikalarla entegrasyon
- İzlem ve kontrol için ulusal düzeyde altyapı
- Operasyonel yönetim
- Klinik hizmet sunumu

ABD'de, 2010 yılında yayınlanan bir rapora göre, 2007 yılında yetişkin ve çocuk acil servislerine başvuru sayısı 116,8 milyon olup, bunların ortalama beşte biri 15 yaş altı pediatrik hasta başvurusudur. Amerika'da acil başvuru sayısının 1997 yılından 2007 yılına kadar yıllık %23 oranında arttığı saptanmıştır. Yetişkin ve çocuk acile başvuran hastaların toplam %65'inin mesai saatleri içerisinde başvurduğu gözlemlenmekle birlikte, hastaların %35'inin acilde doktor muayenesi öncesi bekleme süreleri 15 dakika ile bir saat arasını bulmaktadır. Aynı çalışmada, toplam acil başvurularının %7,9'unu acil olmayan başvurular, %16,9'unu ise triyaj durumu bilinmeyen hastalar oluşturmaktadır. 15 yaş ve altı hasta grubunda acil olmayan başvuru oranı %8,6 saptanırken, triyaj yapılmamış ya da triyaj durumu bilinmeyen hasta oranı ise %21,6 olarak bulunmuştur (6).

İnsanlık tarihi boyunca hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar, yaşamı tehdit eden ve kaliteyi düşüren unsurlar olmuştur. Bu olumsuzluklarla mücadele için farklı stratejiler geliştirilmiş ancak nüfus artışı, teknolojik gelişmeler, savaşlar ve afetler nedeniyle bu mücadeleler yetersiz kalmıştır. Ülkelerin siyasi, kültürel ve tarihsel yapıları, sağlık hizmeti sunumunda önemli farklılıklara yol açmaktadır. Bu sebeple, birçok meslek grubunu bünyesinde barındıran acil sağlık hizmetleri sektörü doğmuş ve zaman içinde giderek daha önemli hale gelmiştir (60).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Etkin ve yaygın bir şekilde tanı, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna birinci basamak sağlık hizmeti adı verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı, 1978’de yapılan Alma Ata Bildirgesi’nden bu yana birçok tanım ve kavramla ifade edilmiştir. Küresel anlamda gelecekteki birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimini ve koordinasyonunu sağlamak, uygulanmasını kolaylaştırmak için açık ve basit bir tanım geliştirilmiştir. DSÖ ve UNICEF’e göre yapılan bu tanımda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, insanların sağlık ihtiyaçlarını merkez alarak, sağlık teşviki, hastalık öncesi önlemler, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakım gibi aşamaları kapsayan bir yaklaşım olduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşım, toplumsal sağlık seviyelerinin en yüksek düzeye çıkarılmasını hedefler ve bu süreci olabildiğince erken, toplumun günlük yaşamına en uygulanabilir şekilde, eşit bir şekilde yürütmeyi amaçlar (2, 41, 50, 51, 52).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, insanların fiziksel ve zihinsel sağlığını geliştirmek ve sosyal refah düzeyini artırmak için uygulanabilecek en geniş kapsamlı, herkese eşit olarak uygulanabilen, maliyeti düşük ve en verimli yaklaşım olarak gözlemlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, salgın/pandemi gibi krizlerin erken tespiti, sağlık sistemlerini dayanıklı hale getirmek ve sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığı durumlarda hızlı ve etkili bir hizmet sunabilmek için büyük öneme sahiptir (50, 52).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapılan yerler (2, 41) Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)’dir

Toplum sağlığı merkezleri (TSM), o bölgede yaşıyan kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmekten sorumludur. TSM'ler, sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirler ve bu sorunlara yönelik düzenleyici ve önleyici rolleri üstlenir. Birinci basamaktaki koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkinliğini denetler ve bulunduğu bölgedeki sağlık kurumları arasındaki iletişimi sağlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer önemli kısmını ise ASM'ler oluşturmaktadır. Her aile sağlığı birimi, bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşur. Birinci basamak sağlık hizmetleri herkese ücretsiz olup, haftada kırk saat hizmet vermekle yükümlüdür. Çalışma saatleri, aile hekiminin isteğine ve çalıştığı ilin müdürlüğüne onaylanmasına bağlı olarak değiştirilebilir. Gerekli durumlarda aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına Sağlık Bakanlığı tarafından mesai saati dışında nöbet görevlendirmesi verilebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunulan birimlerin ruhsatlandırılması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmakta olup, hizmette standardizasyonun sağlanması ve sürdürülebilirliği açısından önemlidir. ASM ve TSM'lerin adlandırılmasından, poliklinik koşullarına, engelli rampasına kadar birçok fiziksel ve teknik koşul Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir (2, 40, 41).

Sağlık hizmetinin temel kaynağını entegre ve ulaşılabılır olan birinci basamak sağlık hizmeti oluşturmaktadır. Kapsamlı bir bakım vermek üzere eğitim almış pratisyen/uzman aile hekimlerince verilen birinci basamak sağlık hizmeti, hastalık, semptom, yaşı, cinsiyet ayrımı yapmaksızın nüfusun tüm bireylerine sunulmaktadır. Aile hekimi, hastanın yararını ve ihtiyaçlarını ön planda tutar. Muayenede semptomla yönelik yaklaşımda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda hastanın aile ve çevresel faktörlerle olan ilişkisini de dikkate alır. Hastanın sürekli bakım veren doktoru konumunda olan aile hekimi ile birey arasında güven ilişkisi kurulması daha olasıdır. Aile hekimiyle kurulan bu boylamsal bakım ilişkisi özellikle çocukların bakımında ve büyüme süreçlerinde çok faydalıdır. Aile hekimi uzmanları, farklı alanlarda aldığı kapsamlı eğitim sayesinde hastaya bir alanda uzmanlaşmış bir doktordan daha geniş bir perspektifle yaklaşmaktadır. Akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra sağlığın korunması, geliştirilmesi, danışmanlık ve hastalık-hasta bakımıyla ilgili eğitimleri de içermektedir. Kronik hastalıkların sağlık hizmeti sunumundaki ekonomik yükü

göz önünde bulundurulduğunda, hastalık oluşmadan önce önlenmesi bu yükü ekonomik olarak da azaltmaya yardımcı olmaktadır (36, 37).

2.2.1. Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum Sağlığı Merkezi, bulunduğu bölgedeki toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili riskleri ve sorunları belirleyen sağlık kuruluşlarından biridir. Bu merkezler, belirlenen sağlık problemleriyle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştirir. Ayrıca, birinci basamakta koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eder, bu hizmetlerin etkin, verimli bir şekilde sunulmasını izler, değerlendirir ve denetler. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile sağlığı merkezi dışında tüm hizmetler toplum sağlığı merkezlerinde verilmektedir. Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri şunlardır (41, 42):

- Sağlık hizmetlerini koordine etmek
- Bölgedeki sağlık sorunlarını tespit etmek ve bu sorunlarla ilgili gerekli önlemleri almak
- Sağlık hizmetlerinin etkinliğini izlemek, değerlendirerek denetlemek
- Bölgedeki sağlık kuruluşları ile diğer ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlamak

Toplum sağlığı merkezlerinin kurulumu ile ilgili belli düzenlemeler mevcuttur. Nüfusu 15.000'e kadar olan ilçelerde ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyeleri Kanunu'na tabi olmayan il merkezlerinde toplum sağlığı merkezi kurulması gereklidir. Nüfusu 15.000 ile 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmetlerinin planlamasında coğrafi şartlar, nüfus artışı gibi unsurlar göz önünde bulundurularak, mevcut ilçede ilçe sağlık müdürlüğü bulunmazsa, bu ilçelerde toplum sağlığı merkezi kurulabilir. Nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde ve ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde ise toplum sağlığı merkezi kurulmaz. Bu yerlerde sağlık hizmetleri başka şekillerde organize edilir ve birinci basamaktaki sağlık hizmetleri başka yapılar aracılığıyla sunulur. İlçe devlet hastaneleri bunlardan biridir (41, 42).

Toplum sağlığı merkezi bünyesinde bakanlık onayıyla açılan birimler şu şekilde sıralanabilir (42):

- a. Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS)
- b. Enfeksiyon Kontrol, Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi
- c. Entegre Sağlık Merkezi
- d. HemoglobinoPATI Tanı Birimi
- e. Göçmen Sağlığı Merkezi, KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Birimi
- f. Çalışan Sağlığı Merkezi (ÇASMER)
- g. Sağlık Evi
- h. Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)
- i. Sıtma Savaş Birimi

Toplum sağlığı merkezi, toplumun sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik çeşitli hizmetler sunar. Bu hizmetler şunlardır (41, 42):

- Bulaşıcı hastalıklar ve salgın kontrolü
- Tüberküloz ve zoonotik hastalık kontrolü
- Erken uyarı ve afet sağlık hizmetleri
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi
- Kadın, çocuk ve ergen sağlığı
- Kanser taramaları ve eğitim
- Ruh sağlığı hizmetleri
- Adli tıbbi hizmetler
- Acil sağlık hizmetleri
- Kaza ve yaralanma öncesi hizmetler
- Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
- Çevre sağlığı ve çalışan güvenliği
- Ağız ve diş sağlığı
- Sağlık planları ve programları
- Kurumlar arası iş birliği
- İzleme ve değerlendirme
- Sağlık teşviki ve sosyal hizmetler
- İdari ve mali işler

- Kayıt ve istatistik işlemleri
- Hizmet içi eğitimler

Bu hizmetler, toplumun sağlık seviyesini artırmayı ve sağlıklı yaşamı teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

2.2.2. Aile Sağlığı Merkezi

Kurumca belirlenen nüfus sayısına uyulmak kaydıyla, bir veya daha fazla aile hekimi tarafından açılabilen ve en az bir aile sağlığı elemanının bulundurulması zorunluluğu olan sağlık merkezlerinden biri aile sağlığı merkezleridir. Aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimleri ve aile sağlığı personelleri, sözleşme yapılarak göreve başlatılmaktadır. Bu sözleşmelerin süresi genellikle bir yıl olup her yıl yenilenmesi gerekmektedir. Çalışan her üç aile hekimliği birimi için müdürlük, ilave bir sağlık personeli görevlendirebilmektedir. Aile hekimleri, ihtiyaç duydukları takdirde sağlık hizmeti, güvenlik, temizlik ve sekreterlik işlemleri için ek personel çalıştırabilmektedir. Çalıştırılan personelin ücretleri ve ASM’de yapılan harcamalar, aile hekimine tavan ücret üzerinden Bakanlık tarafından aylık maaşla birlikte ödenmektedir (2, 39, 40).

Bir aile sağlığı merkezinde bulunması gereken fiziki şartlar, ilgili aile hekimliği yönetmeliğinde ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Bir aile sağlığı merkezinde en az iki aile hekimliği birimi olmalı, toplam alanın bir aile hekimi için en az 60 metrekare olması ve muayene odasının en az 10 metrekare olması gerekmektedir. Tıbbi müdahale odasında aşı, enjeksiyon, minimal invaziv işlem, jinekolojik muayene gibi işlemler yapılabilmesi için gerekli malzemelerin sterilize edilmiş olmaları ve son kullanma tarihlerine dikkat edilerek muhafaza edilmeleri gerekmektedir. Polikliniğin bulunduğu bina seçilirken hastaların kolayca ulaşabileceği, havalandırma ve ısıtması uygun, güvenli bir yer tercih edilmesi gerekmektedir. Poliklinik odasının mümkünse giriş katında olması, engelli ve yaşlı hastaların binaya girişi için gerekli tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir. Üç ve üzeri aile hekimi birimi olan aile sağlığı merkezlerinde bina girişi, muayene odası girişi ve bekleme odası gibi alanlara güvenlik kamerası sistemi kurulması gerekir. Ayrıca, aile sağlığı merkezlerinde yönetmelikte belirtilen tıbbi cihaz ve

malzemeler listelenmiş olup, bunların bulundurulması zorunludur. Bu cihazlar arasında tansiyon aleti, dil basacağı, stetoskop, ışık kaynağı, otoskop, oftalmoskop, mezura, refleks çekici, defibrilatör, EKG cihazı gibi temel tıbbi cihazlar bulunmaktadır. Sorumlu olduğu gezici sağlık bölgesi olan hekimlerin gerekli teknik ekipman, tıbbi cihaz, bilgisayar ve gezici sağlık hizmetlerini sağlayabilmek için gerekli motorlu araçları temin etmesi gerekmektedir (2).

Aile hekimlerinin kişisel sağlık kayıtları, ilgili il ve ilçe sağlık birimlerinde muhafaza edilir. Hem basılı hem de elektronik ortamda tutulan bu kayıtlar, bireylerin sağlık dosyaları, raporları, sevk belgeleri ve reçeteler gibi belgeler, resmi evrak olarak kabul edilir. Hekimin görevinden ayrılması veya bireyin hekim değiştirmesi durumunda, bu kayıtlar ve belgeler eksiksiz bir şekilde devredilir. Ayrıca, aile hekimliği uygulamasının yapıldığı bölgelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri ve resmi hekimler tarafından düzenlenmesi gereken her türlü rapor, sevk belgesi, reçete ve diğer belgeler, aile hekimleri tarafından hazırlanır (40).

Bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişimini sağlamak amacıyla kurulan aile sağlığı merkezlerinde, temel sağlık hizmetleri sunulur ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanılır. Bu hizmetler arasında aşılama, tarama testleri, gebe ve çocuk izleme hizmetleri, acil müdahaleler, danışmanlık hizmetleri ve ailenin genel sağlık durumu ile ilgili rehberlikler yer alır. Aile hekimleri tarafından yönetilen ASM'ler, sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşadığı yerleşim yerlerine yakın olmasını sağlar. Toplum sağlığının iyileştirilmesinde önemli rol oynayan ve erken tanı ile tedavi imkânı tanıyan aile sağlığı merkezlerinin sağlık sorunlarının yayılmasını engellediği kanıtlanmıştır (68, 69).

2.2.3. Pediatrik Bakımın Birinci Basamaktaki Yeri

Sağlam çocuk izlemi, çocuğun sağlığını desteklemeye yönelik, hastalıkların erken tespiti ve önlenmesi, aşı hizmetleri ve ailelere sağlık danışmanlığı gibi koruyucu sağlık uygulamalarını içermektedir. Sağlıklı bir toplumun gelişimi için bu izlemlerin eksiksiz bir şekilde yapılması büyük önem taşımaktadır (64, 65).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlayan personel, sadece yetişkinlerle değil, aynı zamanda bebek ve çocuklarla da ilgilenmektedir. Bebeklik dönemi, büyüme ve gelişimin en hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bu dönemde yapılan

sağlık müdahaleleri, ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olmakta ve çocukların gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Aile hekimleri ve pediatristler, bebek ve çocukların gelişimsel taramalarını yaparak, yalnızca bireylerin sağlığını değil, toplumların geleceğini de korumuş olurlar. Erken tanı ile erken tedaviye başlamak, hastalıklardan etkilenme oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Örneğin, otizm tanısı erken yaşta konan bir çocuk, hızlı tedavi ile gelecekteki otizm etkilerinden daha fazla korunabilmektedir (66).

Ülkemizde sağlam çocuk izlemleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan rehberlere göre yapılmaktadır. Doğumdan itibaren her bebek kayda alınır ve düzenli izlem süreci başlatılır. Bebek, doğum anından sonra hastanede muayene edilir ve sonrasındaki muayeneler aile hekimliği tarafından yapılır. İlk 48 saat içinde, 15. günde, 41. günde ve 4. aya kadar ayda bir kez olmak üzere muayeneler yapılır. Ardından, izlem süreci şu şekilde devam eder:

- 6., 9. ve 12. aylarda üç ayda bir,
- 1-3 yaş arasında altı ayda bir,
- 3-6 yaş arasında yılda bir,
- 6-9 yaş arasında yılda bir,
- 10-21 yaş arasında yılda bir kez olmak üzere.

Her izlem kayıt altına alınır ve detaylı bir şekilde takip edilir (64, 67).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yalnızca çocuk izlemi ile sınırlı kalmayıp, gebelik ve emzirme süreçlerinde de aileye danışmanlık hizmeti verir. Bu süreçlerin aileler için öneminin ayrıntılı bir şekilde anlatılması ve ailelerin doğru bilgi almasının sağlanması gerekir. Periyodik muayenelerle, bebeklerin ve çocukların büyüme ve gelişme süreçleri takip edilir ve muayene notları düzenli olarak kaydedilir (67). Şekil 2.2’de birinci basamakta bebek-çocuk-ergen izlemleri özet tablosu verilmiştir.

BİRİNCİ BASAMAKTA BEBEK ÇOCUK ERGEN İZLEMLERİ - ÖZET TABLO

İŞLEM	YAŞ	Yenidoğan	İlk hafta	15. Gün	41. Gün	2. Ay	3. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay	12. Ay	18. Ay	24. Ay	30. Ay	3 yaş	4 yaş	5 yaş	6 yaş	7 - 9 yaş	10 - 14 yaş	15-18 yaş	19-21 yaş
Ölçümler	Baş çevresi ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Boy ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ağırlık ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Beden Kitle İndeksi												+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Duyusal taramalar	Kan basıncı değerlendirilmesi	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	+	+	+	+	+	+	+	+
	İşitme değerlendirilmesi	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	*	+	*	*
	Görme taraması	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	*	*	+	*	*	*	*
Gelişimsel değerlendirme	Fiziksel gelişimin değerlendirilmesi			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Sosyal davranışsal değerlendirme				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	HEADSSS değerlendirilmesi																			+	+	+
	Otizm spektrum bozukluğu değerlendirme											+	+		+							
Fizik muayene		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prosedürler	Yenidoğan topuk kanı taraması	+	+																			
	Bağışıklama	+	*	*	+	+	*	+	+	*	+	+	+	*	*	*	*	+	*	+	*	*
	GKD taraması	*	*	*	+																	
	Hb/Htc ölçümü									+							+			+	+	+
	Hiperlipidemi risk değerlendirilmesi												+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	D vitamini desteği	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+											
	Demir desteği					*		+	+	+	+											
Diş Sağlığı							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Danışmanlık		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+Mutlaka yapılacak
 * Değerlendirme sonucunda gerekirse yapılacak
 HEADSSS: Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Safety (güvenlik)

- Aile hekimleri, bebekte ilk izlem hariç diğer 8 izlemde, çocuk izlemleri ile 6-19 yaş aralığındaki izlemlerin tamamından sorumludur.
- 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir, bununla birlikte bu dönemde Hb/Htc ölçümünün belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaşlar) 1'er kez yapılması yeterlidir.

Bebek izlem zamanları ve aralıkları:

- İlk izlem (doğumun hemen sonrasında)
- Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10.gün arası)
- 15. gün izlemi (11.-29.gün arası)
- 41. gün izlemi (30.-59. gün arası)
- 2. ay izlemi (60.-89. gün arası)
- 3. ay izlemi (90.-115. gün)
- 4. ay izlemi (120.-150. gün)
- 6. ay izlemi (180.-210. gün)
- 9. ay izlemi (250.-290. gün)

Çocuk izlem zamanları ve aralıkları:

- 12. ay izlemi (365.gün-394. Gün)
- 18. ay izlemi (481.gün-570.gün)
- 24. ay izlemi (661.gün-760.gün)
- 30. ay izlemi (841.gün-930.gün)
- 36. ay izlemi (1021.gün-1110.gün)
- 48. ay izlemi (1321.gün-1530.gün)
- 60. ay izlemi (1681.gün-1890.gün)

Okul çağı çocuk/Genç izlem zamanları ve aralıkları:

- 6. yaş izlemi (67.-78. ay)
- 7. yaş izlemi (79.-90. ay)
- 8. yaş izlemi (91.-102. ay)
- 9. yaş izlemi (103.-114. ay)
- 10. yaş izlemi (115.-126. ay)
- 11. yaş izlemi (127.-138. ay)
- 12. yaş izlemi (139.-150. ay)
- 13. yaş izlemi (151.-162. ay)
- 14. yaş izlemi (163.-174. ay)
- 15. yaş izlemi (175.-186. ay)
- 16. yaş izlemi (187.-198. ay)
- 17. yaş izlemi (199.-210. ay)
- 18. yaş izlemi (211.-222. ay)
- 19. yaş izlemi (223.-234. ay)
- 20. yaş izlemi (235.-246. ay)
- 21. yaş izlemi (247.-258. ay)

Şekil 2.2. Birinci Basamakta Bebek-Çocuk-Ergen İzlemleri Özet Tablo (67)

2.2.4. Dünya’da Birinci Basamak Sağlık Hizmeti’nin Önemi

Evrensel sağlık kapsamında, sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kapsamlı ve insan merkezli olması gerekmektedir. Sağlık sistemine giriş noktası olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin temel unsuru olarak öne çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, mevcut sağlık sisteminin kültüründen ve ortamından etkilenmektedir. Bu süreçte karşılaşılan bazı zorluklar, DSÖ tarafından şu şekilde sıralanmıştır (50, 53):

- Hizmet kalitesindeki eksiklikler,
- Ulusal stratejiler ve küresel çözümlerin yerel çabalarla uyumsuzluğu,
- Geri bildirim mekanizmalarının yetersizliği,
- Sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyon eksiklikleri,
- Kısa vadeli projelerde sürdürülebilirliğin olmaması.

DSÖ verilerine göre, dünya genelinde, 1 milyardan fazla insan bütçelerinin %10’u veya daha fazlasını sağlık harcamalarına ayırmakta e bu nedenle yoksulluk riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin, 2030 yılına kadar 60 milyon yaşam kurtarabileceği ve ortalama yaşam beklentisini 3,7 yıl artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının %80-90’ının birinci basamak sağlık hizmetleriyle karşılanabileceği ileri sürülmektedir (50).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalitenin arttırılması için sağlık sisteminin her seviyesinin iş birliği yapması, bakımın sürekliliği ve uzun vadeli bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaya yönelik üç temel yaklaşımı şu şekilde belirtmektedir (53, 54):

1. Zararı Azaltmak
2. Klinik Bakımı İyileştirmek
3. Bireyleri Sağlık Hizmetlerine Dahil Etmek ve Güçlendirmek

DSÖ, ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmelerinin önemini vurgulamakta ve sağlık sistemlerinin, insanların

ihtiyaçlarına ve yaşam koşullarına uygun olması gerektiğini belirtmektedir (50, 52).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, tüm bireyler için ulaşılabilir niteliktedir (53).

Gürcistan'da, 2013 yılından itibaren sağlık hizmetleri birinci basamak yaklaşımıyla entegre edilmeye başlanmıştır. Bu değişim, 2008-2012 yılları arasında sağlık sektöründe yaşanan özelleşme kaynaklı sorunların üzülmesi amacıyla evrensel sağlık kapsamına ilişkin Gürcistan Sağlık Sistemi Devlet Konseptinin 2014'te kabul edilmesiyle devam etmiştir. Aile hekimliklerini güçlendirecek, etkili ve sürdürülebilir birinci basamak sağlık hizmeti geliştirmeyi hedefleyen Gürcistan, nüfus ve bireysel düzeyde etkili, uygun maliyetli sağlık hizmetlerine yatırım yapmanın önemini vurgulamaktadır. İnsan odaklı birinci basamak sağlık hizmeti modeli, sağlık hizmetlerini daha entegre ve kaliteli hale getirebilmektedir. Bu değişim, hizmet sunumunu insan odaklı bir yaklaşımla yeniden şekillendirmeyi gerektirmekte ve uzun vadede sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluşumuna katkı sağlamaktadır (55, 56).

Ülkemizde olduğu gibi, İşpanya'da da birinci basamak sağlık sisteminin temelleri Alma Ata Deklarasyonu ile atılmıştır. Bu bildirge ile sağlığı koruma hakkı ve sağlık hizmetlerine erişim, tüm İşpanyol vatandaşları için temel hak olarak kabul edilmiştir. İşpanya hkmeti, 1986 yılında kabul edilen Genel Sağlık Yasası ile, sağlık hizmetlerini toplumun ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklara göre geliştirmeyi amaçlamıştır. Sağlık personelinin eğitim ve çalışma ortamlarını geliştirerek verimlilik ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmayı hedeflemişlerdir. Ayrıca, hastaların tedavi sürecine dahil edilerek halkın güvenini kazanmanın önemi vurgulanmıştır. İşpanya, uyguladığı ulusal sağlık hizmetleri ve sağlık birimleri arasındaki koordinasyon sayesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde başarılı sonuçlar elde etmiştir (52, 57, 58, 59).

Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı, sadece belirli hastalıkların değil, yaşam boyu süren sağlık ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Sağlık sistemlerinin, bireyler ve ihtiyaçları etrafında yapılandırılması, daha etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Bu yaklaşım, her bireyin sağlık ihtiyaçlarına uygun

hizmet almasını ve toplumsal sağlık düzeyinin iyileşmesini desteklemektedir. Alma Ata Deklarasyonu (1978), temel bir hak olan sağlık hizmetine ulaşımın, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde sağlıkta eşitliğin sağlanması için birinci basamağın geliştirilmesinin önemini vurgulamıştır. Dünya çapında birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların, sağlık eşitliğini artırdığı, sağlık hizmetlerinin performansını iyileştirdiği ve sağlık sonuçlarını geliştirdiği düşünülmektedir (50, 52).

2.3. Aile Hekimi

Leeuwenhorst Grubu, 1974 yılında ilk kez aile hekimi tanımını yapmış ve "Avrupa'da Genel Pratisyen Hekim" ifadesini kullanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Grubu tarafından 1998 yılında yayımlanan çerçeve belgesinde ise, genel uygulama/aile hekimliği, yeni sağlık sisteminin temeli olarak tanımlanmış ve bu kavram böylece yaygınlaşmıştır (31, 32). Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik tanımı Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa Kolu (WONCA-Europe) tarafından ilk kez 2002 yılında yapılmış; daha sonra 2005, 2011 ve son olarak 2023 yılında revize edilmiştir (31).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre aile hekimi, toplumdaki her bireyin ilk tıbbi temas noktasıdır. Aile hekimi, bireylere birinci basamak sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişiye yönelik kapsamlı ve sürekli bir hizmet sunmakla yükümlüdür. Ayrıca, aile sağlığı merkezine gelemeyen hastalara gezici sağlık hizmeti verir ve tam gün esasına göre çalışan bir uzman tabip olarak görevini yerine getirir (40). Aile hekimleri, hastalık oluşmadan önce önleme sağlamakta önemli bir rol oynamaktadır; bireyleri doğumdan itibaren takip ederler ve hastalıkların önlenmesine yönelik tarama testleri gerçekleştirirler. Ayrıca, ölüm sürecinde palyatif bakım gereksinimi olan hastalara evde sağlık hizmeti ile bakım sağlamakta da görev alırlar. Gerekli durumlarda hastaları ikinci ve üçüncü basamak hastanelere sevk eder ve bu süreçte hasta ile takip eden doktor arasındaki iletişimi sağlayarak hasta savunuculuğu yapar. Aile hekimleri, aynı zamanda toplumsal sağlıkla ilgili kararlar alıp yöneticilik görevini de üstlenirler. Aile sağlığı merkezinde acil müdahale için gerekli tıbbi ekipman ve odaların mevcut

olması gerekmektedir. Aile hekimi, sadece bireylerin tedavi edilmesiyle ilgilenmez; aynı zamanda bireylerin sağlık durumlarının korunmasını sağlayacak danışmanlık hizmeti verir, çevre sağlığına dikkat eder ve insan, hayvan ve çevre sağlığını birlikte gözeten "tek sağlık" kavramına katkıda bulunur (2, 31, 32, 34, 36, 40).

Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekiminin en önemli özellikleri şunlardır (31,36):

- İlk temas noktasıdır.
- Kapsamlı hizmet sunar.
- Biyopsikososyal yaklaşımla çalışır.
- Kolay ulaşılabilir olmalıdır.
- Sürekli bir hizmet sunar.
- Kişi merkezli ve hastayla birlikte karar verme süreçlerine dahil olur.
- Gizliliğe saygı gösterir.
- Hasta savunuculuğu yapar.
- Hasta takibi ve toplum sağlığından sorumludur.
- Entegre ve koordine bir yaklaşım sergiler.
- Kaynakların etkili kullanımını sağlar.
- Ekip hizmeti anlayışıyla çalışır.

Aile hekimliği, bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişimini sağlayan, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan bir sağlık modelidir. Aile hekimleri de toplum sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır. Bu hizmetler arasında düzenli sağlık taramaları, aşılama, gebe ve çocuk izlemleri, acil sağlık hizmetleri ve bireysel sağlık danışmanlıkları yer alır. Aile sağlığı merkezleri, toplumun her kesimine eşit sağlık hizmeti ulaştırmayı hedefler ve aile hekimleri bu noktada kritik bir rol oynar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erken müdahale sağlaması, sağlık sorunlarının ilerlemeden tedavi edilmesine olanak tanır ve uzun vadede sağlık maliyetlerini azaltır. Bu nedenle, aile hekimliğinin güçlendirilmesi ve daha geniş bir kitleye ulaşması, sağlık sisteminin verimliliğini artıracaktır. Aile hekimliğinin etkili bir şekilde uygulanması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için büyük öneme sahiptir (68, 69).

2.3.1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri

WONCA Avrupa Komisyonu'nun 2023 yılı güncel yayınında, uluslararası kabul görmüş olan aile hekimliğinin altı temel disiplini tanımlanmış ve bu disiplinler aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri olarak kabul edilmiştir. Bu disiplinler, kendi içinde daha spesifik alt dallara ayrılarak incelenmektedir [2, 31, 38].

a. Birinci Basamak Yönetimi

- Hastalarla ilk teması yönetmek.
- Gerekli sağlık koşullarını sağlamak.
- Hasta takibinde diğer uzmanlarla koordineli çalışma yapmak.
- Bireye uygun, etkili sağlık bakım sunumu sağlamak.
- Sağlık bakımını takip etmek ve geliştirmek.
- Hastanın savunucusu olmak.

b. Kişi Merkezli Bakım

- Hastalık bazlı değil, kişi merkezli bir yaklaşım benimsemek.
- Hasta gizliliğine saygı duymak.
- İletişim ve güven ortamı sağlayarak hastayla ortak hareket etmek.
- Birey ve topluma yönelik sağlık eğitimi verilmesi.
- Ekonomik yükü azaltmak ve koordineli bakım yönetimi ile hastanın ihtiyaçları doğrultusunda boylamsal bakımın devamlılığını sağlamak.

c. Özgün Sorun Çözme Becerileri

- Hastalıkların yaygınlık ve görülme sıklığını göz önünde bulundurarak kararlar almak.
- Hastadan ayrıntılı bilgi toplamak ve bunları doğru şekilde analiz etmek, ardından hastayla birlikte uygun bir tedavi planı oluşturmak.
- Çalışma süreçlerinde ilkeleri benimseyerek zaman yönetimini verimli kullanmak ve belirsizlikleri tolere etmek.
- Gerektiğinde acil müdahalelerde bulunmak.

- Erken dönemde fark edilmeyen ve farklılaşabilen sağlık sorunlarını yönetmek.
- Teşhis ve tedavi yöntemlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanmak.

d. Kapsamlı Yaklaşım

- Hastaların bireysel sağlık ihtiyaçlarını, bulundukları toplumun sağlık ihtiyaçları ve mevcut kaynaklar doğrultusunda dengeleyerek karşılamak.
- Toplumların sağlık ihtiyaçlarını gezegen sağlığı ile uyumlu hale getirmek.
- Düşük enerji tüketimi veya enerji nötr sağlık uygulamaları tercih etmek.
- Çevreye zarar vermeyen, sürdürülebilir profesyonel tıbbi uygulama yöntemlerini seçmek.

e. Toplum Odaklı Yaklaşım

- Hem akut hem de kronik sağlık sorunları yaşayan hastaların aynı anda yönetilmesi.
- Sağlık ve refahı artırmaya yönelik sağlık teşviki ve hastalık önleme stratejilerinin uygulanması.
- Sağlık geliştirme, hastalık öncesi tedavi, bakım, palyatif hizmetler ve rehabilitasyonu koordine etmek.
- Gezegen sağlığı, tek sağlık ve sürdürülebilirlik alanlarındaki zorluklara karşı toplumlar, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarla ortak çalışmalar yapmak.

f. Bütüncül Yaklaşım Modeli

- Sağlık hizmetlerinde biyo-psiko-sosyal modelin kültürel, varoluşsal ve çevresel boyutlarını dikkate almak.
- Sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasına dair toplumu bilgilendirmek, özellikle gezegen sağlığı ve bireysel sağlık arasındaki dengeyi sağlamak.
- İlaç reçeteleri, tanı testleri, tarama ve önleyici hizmetler konusunda akılcı seçimler yapmak ve reçetesiz ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapmak.

2.3.2. Aile Hekimliği İlkeleri

Aile hekimliği disiplini, temel ilkeler çerçevesinde tanımlanmıştır. Bu bağlamda, Gay Bernard tarafından 1995 yılında Strazburg'daki WONCA toplantısında sunulan ilkeler, DSÖ tarafından geliştirilen çerçeve belgesinde de yer bulmuştur. Gay Bernard'ın önerdiği aile hekimliği disiplini ilkeleri şunlardır [31, 33]:

- Hasta merkezli yaklaşım
- Aile ve topluluk bağlamında yönlendirme
- Hasta ihtiyaç ve isteklerine göre belirlenen faaliyet alanı
- Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
- Ciddi hastalıkların düşük görülme sıklığı
- Erken evredeki hastalıklar
- Birden fazla şikayet ve patolojinin eşzamanlı yönetimi
- Devam eden yönetim
- Eşgüdümlü bakım
- Verimlilik

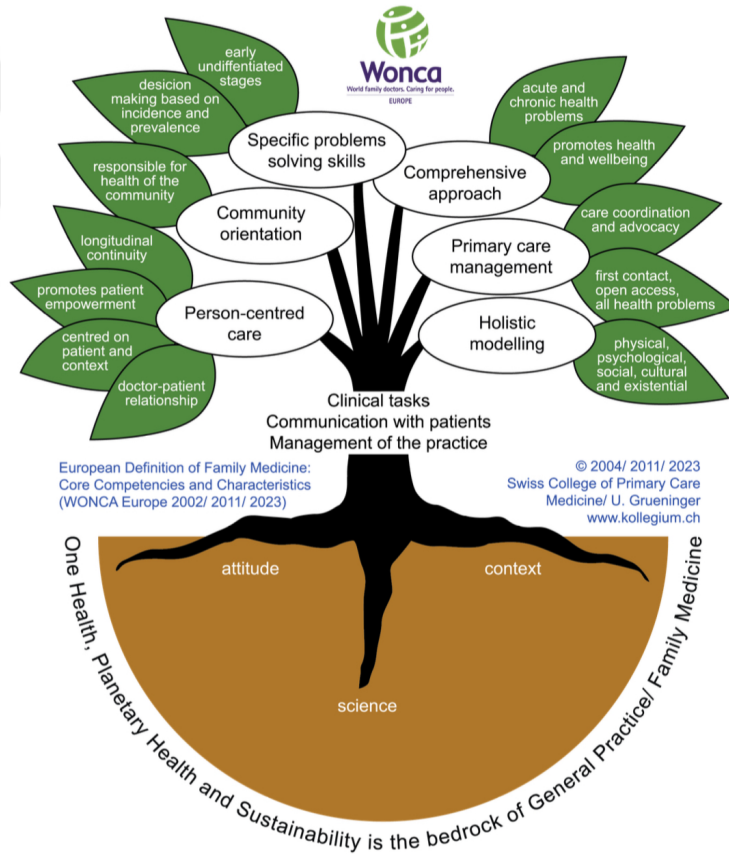
DSÖ çerçeve beyanında açıklanan aile hekimliği özellikleriyle birçok yönden benzerlik göstermektedir. Bu çerçevede bahsedilen ilkeler ise şu şekildedir:

- **Genel:** Yaş, cinsiyet, din, dil ve ırk fark etmeksizin tüm bireylere sağlık hizmeti sunumu sağlanır.
- **Sürekli:** Kişinin doğumundan ölümüne kadar gerekli sağlık hizmeti sağlanır.
- **Kapsamlı:** Hastalıkların oluşmadan sağlığı koruma, hastalıkları iyileştirme, rehabilitasyon ve destekleyici bakımı içeren entegre bakımı ifade eder.
- **Eşgüdümlü:** Hastaya gerekli bilgilendirme ve bakım sağlanır.
- **İşbirlikçi:** Hastayı gerekli bakım için ilgili yerlere sevk eder, bölümlerle koordinasyon içinde çalışır.
- **Aile odaklı:** Bireyi çevresel, ailesel, sosyal ve kültürel açıdan ele alır.
- **Topluluk odaklı:** Toplumsal sağlık ihtiyaçlarına aşına olunması gerekir.

Aile hekimliği disiplini ve ilkeleriyle ilgili tek bir tanım bulunmamaktadır. Çünkü tek bir tanım, tüm bu disiplini kapsamlı bir şekilde tanımlamak için

yetersiz kalmaktadır. Olesen ve arkadaşları, orijinal Leeuwenhorst tanımının aile hekimliğinin mevcut durumu ile örtüşmediğini belirtmişlerdir. Aynı makalede, hekimlerin bireylerde hastalık önleme, tanı-tedavi, bakım ve palyasyon gibi ihtiyaçları karşılarken biyomedikal, psikolojik ve sosyal bir yaklaşım benimsemeleri gerektiğinden de bahsedilmiştir [35].

Tek Sağlık, Gezegen Sağlığı ve Sürdürülebilirlik, aile hekimliği ilkelerinin tümüne yeni bir bakış açısı sunmaktadır. WONCA'nın 2023 yılı güncel yayınında, aile hekimliği disiplini ve ilkeleriyle ilgili yeni tanımların yapılması gerektiği de vurgulanmıştır. Aşağıda gösterilen WONCA ağacı, İsviçre Koleji tarafından oluşturulmuş ve 2023 yılında güncellenmiştir. WONCA ağacı, aile hekimliğindeki çekirdek yeterlilik, ilke ve disiplinlerin birbirleriyle olan entegre yapısını ortaya koymaktadır [31].



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

(Revised 2011 and 2023)

Şekil 2.3. WONCA Ağacı Güncel Versiyonu (31)

2.3.3. Aile Hekimi Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimlerinin görev ve yetkileri, Türk Cumhuriyeti Aile Hekimliği Yönetmeliği ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda belirlenmiştir. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimleri sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen özel sağlık programları ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek de onun sorumluluğundadır. Aile hekimi, kendisine kayıtlı bireyleri hem kişisel hem de çevresel açıdan bütüncül bir şekilde ele alarak, koruyucu sağlık hizmetlerini, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ekip anlayışı içinde sunan bir profesyoneldir (2,40).

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları, ilgili kurum tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde şu şekilde sıralanabilir (2,40,41):

1. Bulunduğu ilçedeki toplum sağlığı merkezi ile sağlık hizmetleri konusunda ortak kararlar almak.
2. Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren aksaklıkları belirleyip, bu durumu bağlı bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
3. Birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini, kişiye özel koruyucu sağlık hizmeti kapsamında sunmak.
4. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı bireylere rehberlik etmek ve sağlığı geliştirici, koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sağlamak.
5. Düzenli periyodik sağlık muayenelerini yapmak.
6. Kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları gerçekleştirmek (kronik hastalıklar, gebelik, lohusalık, yenidoğan, bebek ve çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı, kanser vb.).
7. Kayıtlı bireylerinin ilk muayenesini yapmak amacıyla altı ay içinde kişilerle iletişim kurarak polikliniğe çağırarak; gelemeyecek olan hastalar için ev ziyareti planlamak.
8. Aile sağlığı merkezine gelemeyen, evde takibi zorunlu olan yaşlı, engelli, yatalak ve benzeri durumdaki hastalara evde ya da gezici sağlık hizmetleri

ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sunmak.

9. Poliklinik şartlarında teşhis ya da tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek ve sevk edilen hastaların geri bildirimlerini (muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgileri) değerlendirmek; ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
10. Tetkik hizmetlerini sağlamak.
11. Verilen sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
12. Kendisinin kayıtlı olduğu bireyleri yılda en az bir kez değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
13. Gerekli durumlarda hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
14. Entegre sağlık hizmetlerinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
15. İlgili mevzuatta, birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
16. Hizmet içi eğitimlere katılmak.
17. Kurumca ve ilgili mevzuatla belirlenen diğer görevleri yerine getirmek.
18. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için çalışmalar yapmak.
19. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkese eşit bir şekilde ulaşmasını sağlamak.

2. 3.4. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Yeri

Aile hekimliği uzmanlığının 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne dahil edilmesiyle birlikte, ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1984 yılında İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirlerde verilmeye başlanmıştır. Aile Hekimi asistanları tarafından 1990 yılında kurulan Aile

Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD), 1993 yılında İstanbul'da ilk Aile Hekimliği Kongresi'ni düzenlemiş ve 1995 yılında WONCA Avrupa Bölgesi toplantılarına katılmıştır. Bakanlar Kurulu kararıyla 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ismini almıştır (61).

Aile Hekimliği Uygulamaları Kanunu'nun çıkarılması ve 2005 yılında Düzce'de pilot uygulamaların başlamasıyla birlikte, 2004 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da etkisiyle, 5258 sayılı kanun çerçevesinde Türkiye'de "Sağlık Merkezi" hizmeti sunulmaya başlanmış; 2011 yılı itibarıyla ise ülke genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi sisteminden "Aile Hekimliği" sistemine geçiş yapılmıştır. Bu sistem, yaş, cinsiyet ve sağlık durumu gibi faktörlere bakılmaksızın her bireye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği bu uygulama ile vatandaşlar, kendi aile hekimlerini seçme ve gerektiğinde değiştirme hakkına sahip olmuştur. Her birey, aynı hanede yaşasa dahi kendi aile hekimini seçebilme imkanına sahiptir. Toplum Sağlığı Merkezleri de sağlık ocağı gibi kapatılarak yerine İlçe Sağlık Müdürlükleri açılmıştır (40, 47, 49, 69).

Pandemi başlangıcından 2 yıl sonra olan 2022 yılında yayımlanan bir çalışmaya göre, birinci basamak sağlık sistemi yapılarındaki bu köklü değişimlerin bir anda yapılandırılması, sistem henüz oturmadığı için Covid-19 pandemisi sürecinde birçok sorunla karşılaşılmasının normal olduğunu ifade etmiştir. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği bölümünde yapılan bir çalışmada, aile hekimliğinde geliştirilmesi gereken bazı noktalar ele alınmıştır. Uzman aile hekimi sayısının artırılması ve aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması, bu noktalar arasında yer almaktadır. Ayrıca, aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezindeki hekimlerin görev tanımlarındaki bazı karmaşaların, aile sağlığı merkezlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açtığı düşünülmektedir. Buna örnek olarak, TSM'de görevli doktorun tutması gereken adli nöbetin aile hekimine verilmesi, ASM hekiminin yapması gereken aile sağlığı, obezite vb. danışmanlıklar için Toplum Sağlığı Merkezi'nde poliklinik açılmasının, hastaların tek bir hekim tarafından düzenli takibine engel teşkil ettiği belirtilmektedir (48, 49).

2. 3.5. Dünya’da Aile Hekimliğinin Yeri

Genel pratisyenlik kavramı 18. yüzyılda Amerika’da doğmuş olup 19 yüzyılda İngiltere’de Aile hekimliği adıyla tıp literatürüne girmiştir. Yirminci yüzyılla birlikte tıp alanında ortaya çıkmaya başlayan uzmanlaşma eğilimi sonucu aile hekimliği/genel pratisyenlik bölümü olarak 1960’lardan itibaren üniversitelerde görülmeye başlanmıştır. Önce İngiltere, ardında Hollanda ve Belçika’da kurulmaya başlayan bu bölümler ABD ve Kanada olmak üzere yayılmaya başlamıştır (61).

Aile hekimliği geçmişi ülkemizde olduğu gibi dünyada da gelişimi zaman içerisinde ilerlemiştir. Birinci basamak sağlık hizmetinin temel taşı olan aile hekimliği sistemi bünyesinde pek çok sağlık çalışanı barındırmakla birlikte aile hekimleri büyük bir yer edinmektedir. Sayıca fazla olan aile hekimlerini temsil etmek ve gerekli örgütlenmeyi sağlamak amacıyla, uluslararası alanda etkinlik gösteren önemli bir sivil toplum örgütü olan World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA-Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejlere, Akademileri Ve Akademik Dernekleri Birliği) kurulmuştur. Ülkemizde kullanılan kısaltılmış ismi Dünya Aile Hekimleri Birliği olan WONCA 18 üye ülke tarafından 1972 yılında kurulmuş olup günümüzde 131 ülkede mevcudiyetine devam etmektedir. Dünya nüfusunun %90’ından fazlasına hitap eden yaklaşık 500.000 aile hekiminin üye olduğu 118 üye organizasyonuna vardır. Bir sivil toplum örgütü olan WONCA, Dünya Sağlık Örgütü gibi küresel organizasyonlarla iş birliği içerisinde. WONCA konseyi 2-3 yılda bir toplanır. WONCA’nın Misyonu, evrensel insan haklarına saygı duyarak, Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği’nde hizmet sunumunu ve örgütlenmeyi geliştirerek, toplumların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (62,63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı, kesitsel çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak planlandı ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **25.01.2024 tarih ve TBAEK-29** sayılı kararı ile “çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığı” onayı alınarak gerçekleştirildi (Ek-1).

Araştırma Evreni, Örneklem Seçimi ve Veri Toplama Zamanı

Çalışmaya Antalya Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran yeşil alan hastaların ebeveynleri katılımcı olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında çocuk acil servise acil olmayan başvuru sıklığı %60.1 olarak belirtildiğinden, evreni bilinen formülüne göre %95 güç ve %5 hata payı ile en az 338 kişi olarak hesaplanmıştır. Evren hesaplamasında 1 Ocak 2023-31 Mart 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran yeşil alan triyaj kodu verilen 2788 olan hasta sayısı kullanılmıştır. Veri toplama işlemi Ocak-Şubat-Mart 2024 tarihlerinde, 338 katılımcı ile yüz yüze olarak yapılmıştır.

Çalışmaya Alma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden;

- Ankete katılmayı kabul etmek
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi yeşil alana başvuru yapmış 18 yaş altı hastanın 18 yaş üstü ebeveyni olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Anket uygulama esnasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi kırmızı ve sarı alan başvurusu yapmış hastanın ebeveyni olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

Çalışma anketi (Ek-3) iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik verilerine yönelik olup; hastaların ve ebeveynlerin yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, meslek, sigorta durumu, hastanın varsa ek hastalığı, kullandığı ilaçları, ameliyat öyküsü sorgulanmaktadır. Anketin ikinci bölümündeyse hastanın acile başvurusu ile ilgili sorulardan mevcuttur. Bu sorular, hastanın şikayeti, şikayet süresi, acil servise başvuru şekli, muayene öncesinde bekleme süresi, acil servis öncesi doktor muayenesi durumu, acile yönlendirilme bilgisi, sağlık sorunlarında danıştıkları kişiler, acil servis ve aile sağlığı merkezine başvuru sıklığı ve sebepleri, aile hekimine başvurmama nedenleri ve acil servise başvuru tercihinin sebepleri ile birlikte, aile hekimiyle ilgili bilgiler de içerecek şekilde katılımcılara yöneltilmiştir. Sosyodemografik özellikler, acil ve aile hekimi ile ilgili sorular değerlendirilerek aralarında ilişki değerlendirmesi yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Veri IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sunulmuştur. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Exact Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Monte Carlo Fisher's Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi ve Post Hoc

Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çizelge 4.1’de hastanın ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin yoğunlukla kadın (%65,7), evli (%92,9) ve 30 ile 65 yaş aralığında (%82,2) olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmama oranının %3,3 olduğu ebeveynlerde, yüksekokul veya üniversite mezunu olma sıklığı %42,3’tür. Katılımcı ebeveynlerin %29’u ev hanımı, %12,7’si sağlık personelidir. Diğer meslekler grubunda yer alan ebeveynlerin oranı ise %39,3’tür. Yoğunlukla (%58,6) SGK ve Emekli Sandığı (%32,2) üzerinden sağlık sigortasına sahiptirler. Sağlık sigortası olmayan ebeveynlerin oranı %5,6; yabancı uyruklu veya mülteci olan ebeveynlerin oranı %0,6’dır. Çalışmada yer alan ebeveynlerin %93,5’i hastanın annesi veya babasıdır.

Çizelge 4.1 Ebeveynin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler (n=338)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-30 Yaş	52	15,4
	30-65 Yaş	278	82,2
	65 Üzeri Yaş	8	2,4
Cinsiyet	Kadın	222	65,7
	Erkek	116	34,3
Medeni Durum	Evli	314	92,9
	Bekar	7	2,1
	Boşanmış	17	5,0
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	11	3,3
	İlköğretim	59	17,5
	Ortaokul/Lise	125	37,0
	Yüksekokul/Üniversite	143	42,3
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	98	29,0
	Çiftçi	10	3,0
	Sağlık Personeli	43	12,7
	Öğretmen	30	8,9
	Emekli	8	2,4
	Serbest Meslek	16	4,7
	Diğer Meslekler	133	39,3
Sağlık Sigortası	Emekli Sandığı	109	32,2
	SGK	198	58,6
	Özel Sigorta	10	3,0
	Sigorta Yok	19	5,6
	Yabancı Uyruk/Mülteci	2	0,6
Hastaya Yakınlığı	Anne/Baba	316	93,5
	Kardeş/Akraba	9	2,7
	Dede/Nine	13	3,8

Hastanın sosyodemografik özellikleri ise çizelge 4.2’dedir. Beş ile 14 yaş aralığındaki hastaların oranı %58,3, 5 yaşından küçük hastaların oranı %32’dir. Ondört ile 18 yaş aralığındaki hastalar ise %9,8 oranındadır. Hasta cinsiyeti dengeli dağılmıştır. Hastaların %48,5’i kız, %51,5’i ise erkektir. Hastaların büyük bir bölümü ya ilköğretim çağındadır ya da henüz okuma yazma bilmiyordur. Ortaöğretim veya lise mezunu hastaların oranı %19,8’dir.

Çizelge 4.2 Hastanın Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
0-5 Yaş	108	32,0
5-14 Yaş	197	58,3
14-18 Yaş	33	9,8
Cinsiyet		
Kız	164	48,5
Erkek	174	51,5
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar Değil	134	39,6
İlköğretim	137	40,5
Ortaöğretim/Lise	67	19,8

Hastaların %26'sında kronik hastalık tanısı bulunmaktadır. Bu hastalar arasında en sık görülen kronik hastalık %20,5 ile astım olmuştur. Çizelge 4.3'te yer almayan ve "Diğer" kategorisinde listelenen hastalıklara sahip olanların oranı ise %36,4'tür.

Çizelge 4.3 Hastanın Kronik Hastalık Bilgileri

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık Varlığı	338		
Var		88	26,0
Yok		250	74,0
Kronik Hastalık Türü	88		
Alerji		18	20,5
Astım		7	8,0
Alerjik Astım		8	9,1
FMF		4	4,5
Hipotiroidi		7	8,0
DEHB		12	13,6
Diğer		32	36,4

Düzenli ilaç kullanan hastaların oranı %18'dir. En sık kullanılan ilaçlar %23 ile antihistamik ilaçlar ve %19,7 ile inhaler ilaçlardır. Çizelgede görülmeyen diğer ilaçların kullanım oranı ise %16,4 olarak ölçülmüştür (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4 Hastanın Kullandığı İlaç Bilgileri

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlaç Kullanımı	338		
Var		61	18,0
Yok		277	82,0
Kullanılan İlaç Türü	61		
Vitamin		4	6,6
Antihistaminik		14	23,0
İnhaler		12	19,7
Antiepileptik		3	4,9
Eutrox/Levotiron		5	8,2
Kolşisin		6	9,8
DEHB İlaçları		5	8,2
Enapril		2	3,3
Diğer İlaçlar		10	16,4

Hastaların %15,1’inde ameliyat öyküsü vardır. Tonsillektomi %32,7 ile en sık gerçekleştirilen ameliyat olmuştur. Adenektomi ameliyatı olan hastaların oranı %9,6 iken herni (%7,7), böbrek opere (%7,7) ve apendektomi (%7,7) diğer sık görülen operasyonlardır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5 Hastanın Ameliyat Öyküsü

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat Öyküsü	338		
Var		51	15,1
Yok		287	84,9
Kronik Hastalık Türü	51		
Adenotonsillektomi		2	3,8
Apendektomi		4	7,7
Kulak Opere		3	5,8
Böbrek Opere		4	7,7
Hidrosefali		2	3,8
Herni (İnguinal/Umbilikal)		4	7,7
Tonsillektomi		17	32,7
Adenektomi		5	9,6
Kırık Opere		3	5,8
Diğer Operasyonlar		8	15,4

Çizelge 4.6'da hastaların acil servise başvurularına ilişkin bilgiler verilmiştir. Acil servise başvurularda en sık görülen şikâyetler %36,1 ile ateş, %21,9 ile bulantı/kusma/ishal, %18,9 ile öksürük, %18,3 ile karın ağrısı ve %13 ile boğaz ağrısıdır. Başvuru anında tek şikâyeti olan hastaların oranı %51,5 iken, hastaların %48,5'i iki veya daha fazla şikâyet ile başvuru yapmışlardır. Şikâyetleri 1 ile 3 gün aralığında devam ettikten sonra acil servise başvuranların oranı %44,1 iken, 1 günden daha kısa süre devam ediyor olmasına karşın acil servise başvuranlar tüm hastaların %31,4'üdür. Acile geliş saati mesai içi %47 ve mesai dışı %53 olarak gerçekleşmiştir. Acil serviste muayene öncesi bekleme süresi yoğunlukla (%64,8) 15 dakikadan daha kısa sürmüştür. Muayene için 15 dakika ile 60 dakika arasında bekleyen hastaların oranı %30,5 iken, 2 saatten daha fazla bekleyen hastaların oranı %0,9'dur. Acil servise ulaşım süresi 30 dakikanın altında olan hastaların oranı %68,6'dır. Hastalar acil servise büyük oranda (%79,9) özel araçları ile gelmişlerdir. Acil servise gelirken ambulans kullanan hastaların oranı %0,6'dır.

Çizelge 4.6 Acile Başvuru Bilgileri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başvuru Şikâyetleri		
Ateş	122	36,1
Döküntü/Kızarıklık/Kaşıntı	18	5,3
Boğaz Ağrısı	44	13,0
Öksürük	64	18,9
Halsizlik/İştahsızlık/Huzursuzluk	20	5,9
Baş Ağrısı	12	3,6
Bulantı/Kusma/İshal	74	21,9
Burun Tıkanıklığı/Akıntısı	15	4,4
İdrarda Ağrı/Yanma	7	2,1
Karın Ağrısı	62	18,3
Gözde Akıntı/Kızarıklık	6	1,8
Kulak Ağrısı	13	3,8
Diğer Şikâyetler	50	14,8
Başvuru Şikâyet Sayısı		
Tekli	174	51,5
Çoklu	164	48,5
Şikâyet Süresi		
1 Günden Kısa	106	31,4
1-3 Gündür	149	44,1
4-7 Gündür	45	13,3
>7 Gündür	38	11,2
Acile Geliş Saati		
Mesai İçi	159	47,0
Mesai Dışı	179	53,0
Muayene Öncesi Bekleme Süresi		
0-15 Dk.	219	64,8
15-60 Dk.	103	30,5
1-2 Saat	13	3,8
2 Saatten Fazla	3	0,9
Acile Ulaşım Süresi		
<30 Dk.	232	68,6
>30 Dk.	106	31,4
Acile Ulaşım Aracı		
Yürüme	11	3,3
Toplu Taşıma	55	16,3
Özel Araç	270	79,9
Ambulans	2	0,6

Mevcut şikâyetlerinin ilerlemesi nedeniyle acil servise başvurduklarını ifade eden hastaların oranı %60,1'dir. Çalışmada yer alan katılımcıların %15,1'i aile hekiminin yapamayacağı bazı işlemlerin olduğu düşüncesi ile acil servise geldiklerini belirtmişlerdir. Endişe ve korku duyguları ile acil servise gelenlerin oranı ise %10,9'dur. Poliklinik randevusu alamadığı için (%3,8) veya üniversite acil servisine güven duyduğu (%2,7) için acil servise başvuranlar ise nispeten azınlıktadır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7 Acil Servise Başvurma Nedenleri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başvuru Nedenleri		
Mevcut Şikâyetin İlerlemesi	203	60,1
Poliklinik Randevusunun Bulunamaması	13	3,8
Endişe/Korku	37	10,9
Aile Hekiminin Yapamayacağı İşlemlerin Olduğu Düşüncesi	51	15,1
Üniversite Aciline Duyulan Güven	9	2,7
Diğer Nedenler	25	7,4

Katılımcılara mevcut durumda neden aile hekimine başvurmadıkları sorulmuş ve alınan cevaplar çizelge 4.8'de sunulmuştur. Buna göre, en sık ifade edilen gerekçe aile hekimine güvenmeme (%29,9) olmuştur. Mesai saatlerinin uymaması nedeniyle aile hekimine başvuramadıklarını belirten katılımcıların oranı %17,8 iken, aile hekimine başvurduktan sonra acil servise gelen hastaların oranı %15,1 ve aile hekiminin yetersiz olacağı düşüncesiyle aile hekimine başvurmayanların oranı %13,9'dur.

Çizelge 4.8 Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başvuru Nedenleri		
Aile Hekimine Başvurup Gelme	51	15,1
Acil Servisin Daha Yakın Olması	26	7,7
Aile Hekimine Güvenmeme	101	29,9
Aile Hekiminin Yetersiz Olacağı Düşüncesi	47	13,9
Mesai Saati	60	17,8
Ebeveynin Hastane Çalışanı Olması	12	3,6
Üniversitede Randevusu Varken Gelme	6	1,8
Diğer Nedenler	41	12,1

Çizelge 4.9, hastanın acil servise yönlendirilme ve acil servis öncesi muayene ve tedavi bilgilerini içermektedir. Acil servise yönlendirilen hastaların oranı %12,4'tür. Bu yönlendirme, %42,9 oranında çocuk doktoru tarafından, %33,3 oranında ise aile hekimi tarafından yapılmıştır. Acil servise başvurmadan önce başka bir doktor tarafından muayene edilme sıklığı %35,2 olmuştur. Bu hastaları %56,3 oranında çocuk doktoru, %43,7 oranında aile hekimi muayene etmiştir. Acil servis başvurusu öncesi muayene olan hastaların %25'ine herhangi bir tedavi başlanmamıştır. Muayene olan hastaların %59,7'sine ateş düşürücü ve ağrı kesici ilaç tedavisi, %46,2'sine antibiyotik tedavisi ve %19,3'üne diğer ilaç tedavileri uygulanmıştır.

Çizelge 4.9 Acile Yönlendirme ve Acil Öncesi Muayene/Tedavi Bilgileri

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acile Yönlendirme Durumu	338		
Var		42	12,4
Yok		296	87,6
Yönlendiren Kişi	42		
Aile Hekimi		14	33,3
Çocuk Doktoru		18	42,9
Diğer		10	23,8
Acil Öncesi Başka Doktor Muayenesi	338		
Var		119	35,2
Yok		219	64,8
Muayene Eden Kişi	119		
Aile Hekimi		52	43,7
Çocuk Doktoru		67	56,3
Acil Öncesi Uygulanan Tedaviler	119		
Ateş Düşürücü/Ağrı Kesici		71	59,7
Antibiyotik		55	46,2
Diğer İlaçlar		23	19,3
Tedavi Başlanmayanlar		25	21,0

Çalışmada yer alan hastalar içinde düzenli doktor kontrolüne gidenlerin oranı %58'dir. Bir sağlık problemi olduğunda çocuk doktoruna danışan katılımcı oranı %36,4 iken, aile hekimine danışan katılımcı oranı %30,5'tir. Çocuk doktoru veya aile hekimi yerine sağlıkla ilgili bir sorunda komşuya veya aileden bir kimseye danışanların oranı ise %32 olarak ölçülmüştür (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10 Düzenli Doktor Kontrolü ve Sağlık Danışma Bilgileri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Doktor Kontrolü		
Var	196	58,0
Yok	142	42,0
Sağlık Sorunlarının Danışıldığı Kişi		
Aile Hekimi	103	30,5
Çocuk Doktoru	123	36,4
Eczacı	4	1,2
Komşu/Aile Üyesi	108	32,0

Son 1 yıl içinde acil servise 1 veya 2 kere başvuran hastaların oranı %36,7'dir. Hastalarda bu sürede 3 veya 4 kere başvuru yapma sıklığı ise %30,5'tir. Son 1 yılda 5 veya üzerinde acil servise başvuran hastaların oranı %21 iken, ilk kez başvuranların oranı %11,8'dir. Hastaların %19,2'si son bir yıl içinde aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmamıştır. Bu sürede aile sağlığı merkezine 1 veya 2 kere başvuran hastaların oranı %42, 3 veya 4 kere başvuran hastaların oranı %25,4 ve 5 ve üzeri sayıda başvuranların oranı %13,3'tür. Hasta ebeveynlerine ilişkin değerlere bakıldığında, son 1 yılda aile sağlığı merkezine hiç başvurmayan ebeveynlerin oranının %29 olduğu görülmektedir. 1 veya 2 kere aile sağlığı merkezine başvurduğunu ifade eden ebeveynlerin oranı %39,9 iken ebeveynlerin %22,8'i 3 veya 4 kez başvurduklarını belirtmişlerdir. Son 1 yılda aile sağlığı merkezine 5 ve üzerinde başvuran ebeveynlerin oranı ise %8,3 olmuştur (Çizelge4.11).

Çizelge 4.11 Son 1 Yıl İçindeki Sağlık Eylemleri

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Son 1 Yıl Acile Başvurma Sayısı		
İlk Başvuru	40	11,8
1-2 Kere	124	36,7
3-4 Kere	103	30,5
5 Kere ve Daha Üstü	71	21,0
Hastanın Son bir Yıl içinde Aile Sağlığı Merkezine Başvurma Sayısı		
0	65	19,2
1-2 Kere	142	42,0
3-4 Kere	86	25,4
5 Kere ve Daha Üstü	45	13,3
Hastanın Ebeveyninin Son 1 Yıl Aile Sağlığı Merkezine Başvurma Sayısı		
0	98	29,0
1-2 Kere	135	39,9
3-4 Kere	77	22,8
5 Kere ve Daha Üstü	28	8,3

Katılımcıların %21,9'u aile hekimlerinin ismini, %9,5'i ise aile sağlığı merkezinin adresini bilmemektedir (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12 Hastaların Bilgi Düzeyi

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Hekiminin İsmi Bilme Durumu		
Evet	264	78,1
Hayır	74	21,9
Aile Sağlığı Merkezinin Adresini Bilme Durumu		
Evet	306	90,5
Hayır	32	9,5

Aile sağlığı merkezine yürüyerek 30 dakikadan daha kısa bir mesafede bulunan katılımcıların oranı %69,8'dir. Katılımcıların %23,4'ü 30 dakikayı aşan bir yürüme mesafesi uzaklığında olduklarını belirtmişlerdir. Aile sağlığı merkezine ilişkin uzaklığı bilmediğini ifade eden katılımcılar ise %6,8 oranındadır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13 Aile Sağlığı Merkezi Uzaklığı

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Sağlığı Merkezi Uzaklığı		
Bilinmiyor	23	6,8
<30 Dakika (Yürüyerek)	236	69,8
>30 Dk (Yürüyerek)	79	23,4

Çizelge 4.14'te hastanın ve ebeveyninin ayrı ayrı aile sağlığı merkezine başvurma nedenleri görülmektedir. Hastalarda (%40,5) ve ebeveynlerde (%27,9) en sık görülen neden, aktif şikâyet olmuştur. Hastalarda aşılama (%30,5), ebeveynlerde ise reçete veya ilaç raporu alma (%25,2) en sık görülen ikinci başvuru nedenleridir. Hastaların %8,9'u, ebeveynlerin ise %14,8'i aile sağlığı merkezine hiç başvurmadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.14 Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Nedenleri

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Başvuru Nedenleri	338		
Aşılama		103	30,5
Rutin Sağlık Kontrolü		28	8,3
Aktif Şikâyet		137	40,5
Kronik Hastalık Takibi		7	2,1
Tahlil		27	8,0
Enjeksiyon/Pansuman		6	1,8
Hiç Başvurmayanlar		30	8,9
Ebeveynin Başvuru Nedenleri	337		
Reçete-İlaç Raporu		85	25,2
Rutin Sağlık Kontrolü		29	8,6
Aktif Şikâyet		94	27,9
Kronik Hastalık Takibi		25	7,4
Tahlil		52	15,4
Enjeksiyon/Pansuman		2	0,6
Hiç Başvurmayanlar		50	14,8

Yeşil alan katılım payı hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların oranı %48,5'tir (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15 Yeşil Alan Katılım Payı Hakkında Bilgi Düzeyi

Değişkenler (n=338)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi		
Var	164	48,5
Yok	174	51,5

Çizelge 4.16’da ise, aile hekimine yönelik katılımcıların düşüncelerini ölçmek amacıyla yöneltilen bazı ifadelerle ilişkin istatistiki bilgiler yer almaktadır. Aile hekiminin kendisini anladığını ve yardımcı olduğunu düşünen katılımcıların oranı %81,1’dir. Katılımcıların %80,8’i aile hekimine kolay ulaştığını ve onunla konuşabildiğini ifade etmişlerdir. Aile hekiminin muayene sırasında kendisiyle yeterince ilgilendiğini belirten katılımcıların oranı %76,9 iken, tanı ve tedavi sırasında kendisine aile hekimi tarafından yeterli açıklamanın yapıldığı kanaatinde olan katılımcıların oranı %70,1 ve tanı tedavi sürecinde aile hekimine güvenen katılımcıların oranı %65,4 olmuştur. Şikâyetlerinin aciliyeti konusunda aile hekimi ile genelde hemfikir olduklarını ifade eden katılımcıların oranı %65,1’dir. Acil servise başvurması gereken durumların aile hekimi tarafından kendisine anlatıldığını söyleyen katılımcıların oranı %47 iken, katılımcıların %40,5’i bu durumların kendisine anlatılmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.16 Aile Hekimine İlişkin Önergeler

Önergeler (n=338)	Evet		Hayır		Emin Değilim	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Hekimim bana yardımcı oluyor ve beni anlıyor.	274	81,1	32	9,5	32	9,5
Aile Hekimim muayene esnasında bana yeterince zaman ayırıyor.	260	76,9	35	10,4	43	12,7
Aile Hekimim tanı-tedavi sürecimde bana yeterli açıklamayı yapıyor.	237	70,1	41	12,1	60	17,8
Aile Hekimim acil servise başvurmam gereken durumları bana anlattı.	159	47,0	137	40,5	42	12,4
Aile Hekimime tanı-tedavi sürecinde güveniyorum.	221	65,4	47	13,9	70	20,7
Aile Hekimime kolay ulaşabiliyorum ve Aile Hekimimle konuşabiliyorum.	273	80,8	35	10,4	30	8,9
Aile Hekimi ve ben şikâyetlerimin aciliyeti hakkında genelde hemfikir oluruz.	220	65,1	54	16,0	64	18,9

Hastalar, acil servise başvurmadan önce muayene olmayanlar, aile hekimine başvuranlar ve çocuk doktoruna başvuranlar şeklinde 3 gruba ayrılmış ve bu 3 grupta belirli önerme ve değişkenler analiz edilmiştir.

Çizelge 4.17’de görülen analiz sonuçlarına göre, muayene durumları katılımcıların aile hekimlerine ilişkin düşünceleri üzerinde istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$). Aile hekiminin tanı ve tedavi sürecinde yeterli açıklama yaptığını düşünenlerin oranları, acil servis öncesi muayene olmayanlarda %68,9; aile hekimine başvuranlarda %75 ve çocuk doktoruna başvuranlarda %70,1’dir. Acil servise başvurma durumlarının anlatıldığını ifade edenler, aile hekimine başvuran katılımcıların olduğu grupta biraz daha yüksek oran (%59,6) almış olsa da bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Aile hekimine güvenme oranları ise 3 grupta %62,6 ile %78,8 arasında değişen oranlar almış ve en yüksek değerine yine aile hekimine başvuranların yer aldığı grupta ulaşmıştır. Ancak burada da istatistiksel açıdan bir anlamlılık söz konusu değildir.

Çizelge 4.11 Muayene Bilgilerine Göre Bazı Önergeler

Önergeler	Muayene Bilgileri			p*
	Acil Öncesi Muayenesi Olmayanlar (n=219)	Aile Hekimine Başvuranlar (n=52)	Çocuk Doktoruna Başvuranlar (n=67)	
Aile Hekimim tanı-tedavi sürecimde bana yeterli açıklamayı yapıyor.				
Evet	151(68,9)	39(75)	47(70,1)	0,949
Hayır	28(12,8)	5(9,6)	8(11,9)	
Emin Değilim	40(18,3)	8(15,4)	12(17,9)	
Aile Hekimim acil servise başvurmam gereken durumları bana anlattı.				
Evet	101(46,1)	31(59,6)	27(40,3)	0,230
Hayır	93(42,5)	15(28,8)	29(43,3)	
Emin Değilim	25(11,4)	6(11,5)	11(16,4)	
Aile Hekimime tanı-tedavi sürecinde güveniyorum.				
Evet	137(62,6)	41(78,8)	43(64,2)	0,174
Hayır	30(13,7)	6(11,5)	11(16,4)	
Emin Değilim	52(23,7)	5(9,6)	13(19,4)	
*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test n(%)				

Düzenli doktor kontrolüne giden hastaların oranı, çocuk doktoruna başvuranlarda en yüksek (%65,7), aile hekimine başvuranlarda ise en düşük değeri (%48,1) almıştır. Ancak muayene durumuna göre düzenli doktor kontrolü

parametresinde anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,156$; Çizelge 4.18). Buna karşın, muayene durumlarına göre sağlık sorununun danışıldığı kişi parametresi, istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p<0,001$). Anlamlı farklılığın hangi muayene durumları arasında olduğunu anlayabilmek amacıyla Post-Hoc Bonferroni düzeltilmesi uygulanmıştır. Buna göre, aile hekimine başvuran katılımcıların oluşturduğu grupta sağlık sorunlarının danışıldığı kişi olarak aile hekiminin gösterilmesi oranı, diğer iki muayene durumu grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir. Çocuk doktoruna danışma sıklığı, çocuk doktoruna başvuranlarda diğer iki gruba göre; acil öncesi muayene olmayanlarda ise aile hekimine başvuranlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Son olarak, komşuya veya bir aile üyesine danışma oranı, acil öncesinde muayene olmayan grupta, acil öncesi aile hekimine başvuranlara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.18 Muayene Bilgilerine Göre Düzenli Doktor Kontrolü ve Sağlık Danışma Bilgileri

Değişkenler	Muayene Bilgileri			p*
	Acil Öncesi Muayenesi Olmayanlar (n=219)	Aile Hekimine Başvuranlar (n=52)	Çocuk Doktoruna Başvuranlar (n=67)	
Düzenli Doktor Kontrolü				
Var	127(58)	25(48,1)	44(65,7)	0,156
Yok	92(42)	27(51,9)	23(34,3)	
Sağlık Sorunlarının Danışıldığı Kişi				
Aile Hekimi	56(25,6) ^a	36(69,2) ^b	11(16,4) ^a	<0,001
Çocuk Doktoru	76(34,7) ^a	8(15,4) ^b	39(58,2) ^c	
Eczacı	4(1,8) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	
Komşu/Aile Üyesi	83(37,9) ^a	8(15,4) ^b	17(25,4) ^{a,b}	
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Monte Carlo Exact Test,Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				

Çizelge 4.19'da, muayene durumlarına göre ebeveynin sosyodemografik özelliklerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. Buna göre, anlamlı farklılığın saptandığı parametreler medeni durum ($p=0,026$) ve hastaya yakınlık ($p=0,046$) olmuştur. Post-Hoc Bonferroni düzeltilmesi sonrasında, medeni durumda görülen anlamlılık kaybolmuştur. Başka bir ifadeyle, ileri analiz muayene durumuna göre ebeveynin medeni durumunda

herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Hastaya yakınlık parametresinde ise, ebeveynin kardeş veya akraba olma durumu, acil servis öncesinde aile hekimine başvuranlarda (%9,6), acil servis öncesi muayene olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.19 Muayene Bilgilerine Göre Ebeveynin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Muayene Bilgileri			p*
	Acil Öncesi Muayenesi Olmayanlar (n=219)	Aile Hekimine Başvuranlar (n=52)	Çocuk Doktoruna Başvuranlar (n=67)	
Yaş				
18-30 Yaş	31(14,2)	9(17,3)	12(17,9)	0,844
30-65 Yaş	183(83,6)	41(78,8)	54(80,6)	
65 Üzeri Yaş	5(2,3)	2(3,8)	1(1,5)	
Cinsiyet				0,306
Kadın	140(63,9)	39(75)	43(64,2)	
Erkek	79(36,1)	13(25)	24(35,8)	
Medeni Durum				0,026
Evli	200(91,3) ^a	49(94,2) ^a	65(97) ^a	
Bekar	3(1,4) ^a	3(5,8) ^a	1(1,5) ^a	
Boşanmış	16(7,3) ^a	0(0) ^a	1(1,5) ^a	
Öğrenim Durumu				0,838
Okur-Yazar Değil	6(2,7)	2(3,8)	3(4,5)	
İlköğretim	37(16,9)	12(23,1)	10(14,9)	
Ortaokul/Lise	81(37)	17(32,7)	27(40,3)	
Yüksekokul/Üniversite	95(43,4)	21(40,4)	27(40,3)	
Çalışma Durumu				0,069
Ev Hanımı	63(28,8)	21(40,4)	14(20,9)	
Çiftçi	5(2,3)	0(0)	5(7,5)	
Sağlık Personeli	24(11)	7(13,5)	12(17,9)	
Öğretmen	23(10,5)	5(9,6)	2(3)	
Emekli	6(2,7)	1(1,9)	1(1,5)	
Serbest Meslek	8(3,7)	2(3,8)	6(9)	
Diğer Meslekler	90(41,1)	16(30,8)	27(40,3)	
Sağlık Sigortası				0,945
Emekli Sandığı	72(32,9)	16(30,8)	21(31,3)	
SGK	125(57,1)	30(57,7)	43(64,2)	
Özel Sigorta	7(3,2)	2(3,8)	1(1,5)	
Sigorta Yok	13(5,9)	4(7,7)	2(3)	
Yabancı Uyruklu/Mülteci	2(0,9)	0(0)	0(0)	
Hastaya Yakınlığı				0,046
Anne/Baba	208(95) ^a	45(86,5) ^a	63(94) ^a	
Kardeş/Akraba	3(1,4) ^a	5(9,6) ^b	1(1,5) ^{a,b}	
Dede/Nine	8(3,7) ^a	2(3,8) ^a	3(4,5) ^a	
*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				

Muayene durumlarına göre hastanın sosyodemografik özellikleri istatistiksel açıdan benzerdir ($p>0,05$; T Çizelge 4.20). Örneğin, hastanın cinsiyetinin erkek olma oranları acil öncesi muayene olmayanlarda %50,7; aile hekimine

başvuranlarda %59,6 ve çocuk doktoruna başvuranlarda %47,8'dir. Bu oranlar istatistiksel açıdan farklılık görülmeyen oranlardır ($p=0,406$).

Çizelge 4.20 Muayene Bilgilerine Göre Hastanın Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Muayene Bilgileri			p*
	Acil Öncesi Muayenesi Olmayanlar (n=219)	Aile Hekimine Başvuranlar (n=52)	Çocuk Doktoruna Başvuranlar (n=67)	
Yaş				0,363
0-5 Yaş	71(32,4)	16(30,8)	21(31,3)	
5-14 Yaş	132(60,3)	28(53,8)	37(55,2)	
14-18 Yaş	16(7,3)	8(15,4)	9(13,4)	
Cinsiyet				0,406
Kız	108(49,3)	21(40,4)	35(52,2)	
Erkek	111(50,7)	31(59,6)	32(47,8)	
Öğrenim Durumu				0,377
Okur-Yazar Değil	91(41,6)	17(32,7)	26(38,8)	
İlköğretim	91(41,6)	20(38,5)	26(38,8)	
Ortaöğretim /Lise	37(16,9)	15(28,8)	15(22,4)	

*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test, $n(\%)$.

Acil servis öncesinde aile hekimine başvuranlar ile acil servis öncesinde çocuk doktoruna başvuranların acil servise başvuru şikâyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 21). Başvuru şikâyeti ateş, boğaz ağrısı, halsizlik/iştahsızlık/huzursuzluk ve gözde akıntı veya kızarıklık olan hastaların, aile hekimine başvuranların olduğu grupta daha yüksek oranlar aldığı görülse de, bu farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Katılımcıların OSB açısından kendi bilgi düzeyi algısı ile aile hekiminin hangi rolü üstlenmesi gerektiğine dair düşünceleri Çizelge 4.'da belirtilmiştir.

Çizelge 4.21 Muayene Bilgilerine Göre Acile Başvuru Şikâyetleri

Değişkenler	Muayene Bilgileri		p*
	Aile Hekimine Başvuranlar (n=52)	Çocuk Doktoruna Başvuranlar (n=67)	
Başvuru Şikâyetleri			
Ateş	23(44,2)	24(35,8)	0,352
Döküntü/Kızarıklık/Kaşıntı	1(1,9)	3(4,5)	0,631
Boğaz Ağrısı	11(21,2)	6(9)	0,105
Öksürük	11(21,2)	16(23,9)	0,895
Halsizlik/İştahsızlık/Huzursuzluk	3(5,8)	1(1,5)	0,317
Baş Ağrısı	1(1,9)	2(3)	>0,999
Bulantı/Kusma/İshal	11(21,2)	15(22,4)	>0,999
Burun Tıkanıklığı/Akıntısı	2(3,8)	3(4,5)	>0,999
İdrarda Ağrı/Yanma	0(0)	1(1,5)	>0,999
Karın Ağrısı	10(19,2)	11(16,4)	0,875
Gözde Akıntı/Kızarıklık	0(0)	1(1,5)	>0,999
Kulak Ağrısı	3(5,8)	4(6)	>0,999
Diğer Şikâyetler	6(11,5)	12(17,9)	0,481

*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Exact Test, Yates Düzeltmesi, n(%).

Acil başvuru saatine göre başvuru şikâyeti öksürük olanlarda ($p=0,003$), bulantı/kusma/ishal olanlarda ($p=0,031$), karın ağrısı olanlarda ($p=0,002$) ve kulak ağrısı olanlarda ($p=0,001$) anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Çizelge 4.22). Mesai dışı zamanlarda acil servise başvuran hastalarda öksürük ve kulak ağrısı şikâyetlerinin mesai içi zamanda başvuranlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bulantı/kusma/ishal ve karın ağrısı şikâyetleri ise mesai içi zamanda başvuranlarda daha yüksek oranlar almıştır. Çizelgede başvuru şikâyetlerinin haricinde, muayene öncesi bekleme süresi ve başvuru nedenleri parametrelerine ilişkin analiz sonuçlarına da yer verilmiştir. Her iki parametrede de acil başvuru saatine göre anlamlı farklılıklar izlenmiştir. Post-Hoc Bonferroni düzeltmesine göre, mesai içinde acil servise başvuranlarda muayene öncesi en fazla 15 dakika bekleme sıklığı, mesai dışında acil servise başvuranlara göre daha yüksektir. Muayene öncesi 15 ile 60 dakika bekleyenler ve 1 ile 2 saat bekleyenler ise mesai dışı zamanda gelen hastalarda daha yüksek oranlar almıştır. Mesai dışı zamanda acil servise başvuran hastalarda başvuru nedeni olarak mevcut şikâyetin ilerlemesi durumu (%66,5), mesai içi zamanda başvuranlara (%52,8) göre anlamlı olarak yüksektir. Mesai içi zamanda başvuranlarda ise, poliklinik randevusunun bulunmaması ve üniversite aciline duyulan güven nedenleri anlamlı olarak daha yüksek oranlar almıştır.

Çizelge 4.22 Acile Başvuru Saatine Göre Acile Başvuru Bilgileri

Değişkenler	Acile Başvuru Saati		p*
	Mesai İçi (n=159)	Mesai Dışı (n=179)	
Başvuru Şikâyetleri			
Ateş	49(30,8)	73(40,8)	0,057
Döküntü/Kızarıklık/Kaşıntı	7(4,4)	11(6,1)	0,639
Boğaz Ağrısı	20(12,6)	24(13,4)	0,821
Öksürük	19(11,9)	45(25,1)	0,003
Halsizlik/İştahsızlık/Huzursuzluk	13(8,2)	7(3,9)	0,153
Baş Ağrısı	6(3,8)	6(3,4)	>0,999
Bulantı/Kusma/İshal	43(27)	31(17,3)	0,031
Burun Tıkanıklığı/Akıntısı	5(3,1)	10(5,6)	0,410
İdrarda Ağrı/Yanma	5(3,1)	2(1,1)	0,260
Karın Ağrısı	40(25,2)	22(12,3)	0,002
Gözde Akıntı/Kızarıklık	1(0,6)	5(2,8)	0,220
Kulak Ağrısı	0(0)	13(7,3)	0,001
Diğer Şikâyetler	27(17)	23(12,8)	0,360
Muayene Öncesi Bekleme Süresi			<0,001
0-15 Dk.	128(80,5) ^a	91(50,8) ^b	
15-60 Dk.	28(17,6) ^a	75(41,9) ^b	
1-2 Saat	1(0,6) ^a	12(6,7) ^b	
2 Saatten Fazla	2(1,3) ^a	1(0,6) ^a	
Başvuru Nedenleri			<0,001
Mevcut Şikâyetin İlerlemesi	84(52,8) ^a	119(66,5) ^b	
Poliklinik Randevusunun Bulunamaması	13(8,2) ^a	0(0) ^b	
Endişe/Korku	19(11,9) ^a	18(10,1) ^a	
Aile Hekiminin Yapamayacağı İşlemlerin Olduğu Düşüncesi	24(15,1) ^a	27(15,1) ^a	
Üniversite Aciline Duyulan Güven	8(5) ^a	1(0,6) ^b	
Diğer Nedenler	11(6,9) ^a	14(7,8) ^a	
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Exact Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).			
Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.			

Çizelge 4.23'te hastanın yaş grubuna göre bazı şikâyet ve başvuru parametreleri üzerinde yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Buna göre, şikâyet süresi (p=0,748) ve hastanın son 1 yılda acil servise başvurma sayısı (p=0,796) hastanın yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermezken, hastanın son 1 yılda Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurma sayısı parametresinde hastanın yaş grubu istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmıştır (p<0,001). 5 ile 14 yaş arasında olan hastalarda Aile Sağlığı Merkezi'ne hiç başvurmama sıklığı; 5 yaşından küçük hastalarda Aile Sağlığı Merkezi'ne 3 veya 4 kere başvurma sıklığı; 14 ile 18 yaş arasında olan hastalarda ise Aile Sağlığı Merkezi'ne en az 5 kere başvurma sıklığı, diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek oranlar almıştır. Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 veya 2 kere başvurmak ise tüm yaş gruplarında benzer değerler almıştır. Hastanın yaş grubuna göre başvuru şikâyetlerine bakıldığında,

ateş ($p<0,001$), baş ağrısı ($p=0,003$), karın ağrısı ($p=0,001$) ve “diğer şikâyetler” ($p=0,004$) parametrelerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi, 5 yaşından küçük hastalarda başvuru şikâyetinin ateş olma sıklığının diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek; karın ağrısı ve diğer şikâyetler ile başvuranların oranının ise diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük olduğunu göstermiştir. Baş ağrısı ile acil servise başvuranların oranı ise, 14-18 yaş aralığında olan hastalarda diğer iki gruba göre daha yüksektir.

Çizelge 4.23 Hastanın Yaşına Göre Şikâyet Süresi, Başvuru Sayıları ve Başvuru Şikâyetleri

Değişkenler	Hastanın Yaşı			p*
	0-5 (n=108)	5-14 (n=197)	14-18 (n=33)	
Şikâyet Süresi				0,748
1 Günden Kısa	32(29,6)	61(31)	13(39,4)	
1-3 Gündür	49(45,4)	89(45,2)	11(33,3)	
4-7 Gündür	17(15,7)	24(12,2)	4(12,1)	
>7 Gündür	10(9,3)	23(11,7)	5(15,2)	
Hastanın Son 1 Yıl Acile Başvurma Sayısı				0,796
İlk Başvuru	14(13)	20(10,2)	6(18,2)	
1-2 Kere	36(33,3)	76(38,6)	12(36,4)	
3-4 Kere	35(32,4)	58(29,4)	10(30,3)	
5 Kere ve Daha Üstü	23(21,3)	43(21,8)	5(15,2)	
Hastanın Son 1 Yıl Aile Sağlığı Merkezine Başvurma Sayısı				<0,001
0	9(8,3) ^a	52(26,4) ^b	4(12,1) ^{a,b}	
1-2 Kere	48(44,4) ^a	81(41,1) ^a	13(39,4) ^a	
3-4 Kere	41(38) ^a	38(19,3) ^b	7(21,2) ^{a,b}	
5 Kere ve Daha Üstü	10(9,3) ^a	26(13,2) ^{a,b}	9(27,3) ^b	
Başvuru Şikâyetleri				
Ateş	56(51,9) ^a	58(29,4) ^b	8(24,2) ^b	<0,001
Döküntü/Kızarıklık/Kaşıntı	5(4,6)	12(6,1)	1(3)	0,818
Boğaz Ağrısı	10(9,3)	30(15,2)	4(12,1)	0,341
Öksürük	27(25)	33(16,8)	4(12,1)	0,123
Halsizlik/İştahsızlık/Huzursuzluk	6(5,6)	11(5,6)	3(9,1)	0,610
Baş Ağrısı	1(0,9) ^a	6(3) ^a	5(15,2) ^b	0,003
Bulantı/Kusma/İshal	27(25)	40(20,3)	7(21,2)	0,635
Burun Tıkanıklığı/Akıntısı	5(4,6)	9(4,6)	1(3)	>0,999
İdrarda Ağrı/Yanma	3(2,8)	4(2)	0(0)	0,855
Karın Ağrısı	7(6,5) ^a	47(23,9) ^b	8(24,2) ^b	0,001
Gözde Akıntı/Kızarıklık	2(1,9)	4(2)	0(0)	>0,999
Kulak Ağrısı	2(1,9)	9(4,6)	2(6,1)	0,312
Diğer Şikâyetler	7(6,5) ^a	35(17,8) ^b	8(24,2) ^b	0,004
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfı (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				

Kronik hastalığı olan katılımcıların düzenli doktor kontrolüne gitme sıklığı (%73,9), kronik hastalığı olmayan katılımcılara (%52,4) göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$; Çizelge 4.24).

Çizelge 4.24 Hastanın Takipli Kronik Hastalığı Varlığına Göre Düzenli Doktor Kontrolü

Değişkenler	Kronik Hastalık		p*
	Var (n=88)	Yok (n=250)	
Düzenli Doktor Kontrolü			<0,001
Var	65(73,9)	131(52,4)	
Yok	23(26,1)	119(47,6)	

*Pearson Ki-Kare Testi, n(%).

Hastanın ebeveyninin aile sağlığı merkezine son 1 yılda yaptığı başvuru sayısı ile hastanın kendisinin aile sağlığı merkezine başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; Çizelge 4.25). Aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmayan ebeveynlerin olduğu grupta, hastanın kendisinin de aile sağlığı merkezine herhangi bir başvuru yapmamış olması sıklığı diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksektir. Yine bu grupta yer alan ebeveynlerde, son 1 yılda aile sağlığı merkezine 1 veya 2 kere başvuran hastaların oranı, son 1 yılda 3 veya 4 kere aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin oluşturduğu gruba göre daha yüksekken; aile sağlığı merkezine 3 veya 4 kere başvuran hastaların oranı, 1 veya 2 kere Aile Sağlık Merkezi'ne başvuran ebeveynlerin oluşturduğu gruba ve 3 veya 4 kere aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin oluşturduğu gruba göre daha düşük oranlar almıştır. Son olarak, aile sağlığı merkezine 5 ve üzerinde başvuru yapan hastaların oranı, 3 veya 4 kere aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin oluşturduğu grupta, aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmamış ebeveynlerin olduğu gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun haricinde, son 1 yılda en az 5 kere aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin oluşturduğu grupta hastaların en az 5 kere aile sağlığı merkezine başvurma oranı, hiç başvuru yapmamış ebeveynlerin olduğu gruba ve 1 veya 2 kere başvuru yapmış ebeveynlerin oluşturduğu gruba göre daha yüksektir.

Yeşil alan katılım payı hakkında bilgi sahibi olma oranı, yüksekokul veya üniversite mezunu olan ebeveynlerde, diğer öğrenim durumu gruplarında yer alan ebeveynlere göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$; Çizelge 4.26). Buna karşın, son 1 yılda çocuk acil servisine başvurma durumu ile yeşil alan katılım

payı hakkında bilgi sahibi olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,095$; **Çizelge 4.27**). Yeşil alan katılım payı hakkında bilgi sahibi olma oranları, başvuru durumlarında %38,8 ile %56,3 arasında değişen değerler almıştır.

Çizelge 4.28'de hastanın acil servise başvurma durumuna göre hastanın son 1 yılda aile sağlığı merkezine başvurma sayısının ($p=0,262$) ve hastanın başvuru nedenlerinin ($p=0,737$) istatistiksel açıdan benzer oranlar aldığı görülmektedir.

Çizelge 29'da ise ebeveynin aile sağlığı merkezine başvuru nedenlerine göre hastanın aile sağlığı merkezine başvuru nedenlerinde herhangi anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. İki parametre arasında anlamlı farklılık saptanmış, anlamlı farklılığın hangi başvuru nedenlerinde olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Buna göre, hastanın aşılama, kronik hastalık takibi ve enjeksiyon/pansuman nedenleriyle başvurma oranları ebeveynlerin başvuru nedenlerine göre benzer değerler almıştır. Rutin sağlık kontrolü amacıyla aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin olduğu grupta, hastanın da rutin sağlık kontrolü amacıyla başvurma oranı, aktif şikâyet nedeniyle başvuran ebeveynlerin olduğu gruba ve aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmayan ebeveynlerin olduğu gruba göre daha yüksektir. Aktif şikâyet nedeniyle aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin olduğu grupta, hastanın aktif şikâyet nedeniyle başvurma sıklığı, rutin sağlık kontrolü nedeniyle başvuran ebeveynlerin olduğu gruba ve aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmayan ebeveynlerin olduğu gruba göre daha yüksek bir oran almıştır. Son olarak, tahlil amacıyla aile sağlığı merkezine başvuran hastaların oranı, tahlil amacıyla aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerde, aktif şikâyet nedeniyle başvuran ebeveynlere ve hiç başvuru yapmayan ebeveynlere göre daha yüksektir.

Çizelge 4.25 Hastanın Ebeveyninin Son 1 Yılda ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Durumu

Değişkenler	Hastanın Ebeveyninin ASM'ye Başvurma Durumu				p*
	0 (n=98)	1-2 Kere (n=135)	3-4 Kere (n=77)	5+ (n=28)	
Hastanın Son 1 Yıl Aile Sağlığı Merkezine Başvurma Sayısı					<0,001
0	35(35,7) ^a	21(15,6) ^b	7(9,1) ^b	2(7,1) ^b	
1-2 Kere	48(49) ^a	62(45,9) ^{a,b}	22(28,6) ^b	10(35,7) ^{a,b}	
3-4 Kere	12(12,2) ^a	37(27,4) ^b	32(41,6) ^b	5(17,9) ^{a,b}	
5 Kere ve Daha Üstü	3(3,1) ^a	15(11,1) ^{a,b}	16(20,8) ^{b,c}	11(39,3) ^c	
*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b,c}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.					

Çizelge 4.26 Hastanın Ebeveyninin Öğrenim Durumuna Göre Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi

Değişkenler	Hastanın Ebeveyninin Öğrenim Durumu				p*
	Okur Yazar Değil (n=11)	İlköğretim (n=59)	Ortaokul (n=125)	Yüksekokul/Üniversites (n=143)	
Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi					<0,001
Var	1(9,1) ^a	24(40,7) ^a	51(40,8) ^a	88(61,5) ^b	
Yok	10(90,9) ^a	35(59,3) ^a	74(59,2) ^a	55(38,5) ^b	
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.					

Çizelge 4.27 Son 1 Yılda Çocuk Acile Başvuru Durumuna Göre Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi

Değişkenler	Son 1 Yılda Çocuk Acile Başvuru Durumu				p*
	0 (n=40)	1-2 Kere (n=124)	3-4 Kere (n=103)	5+ (n=71)	
Yeşil Alan Katılım Payı Bilgisi					0,095
Var	19(47,5)	65(52,4)	40(38,8)	40(56,3)	
Yok	21(52,5)	59(47,6)	63(61,2)	31(43,7)	
*Pearson Ki-Kare Testi, n(%).					

Çizelge 4.28 Hastanın Son 1 Yılda Acile Başvuru Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Durumu ve ASM'ye Başvuru Nedenleri

Değişkenler	Hastanın Acile Başvurma Durumu				p*
	0 (n=40)	1-2 Kere (n=124)	3-4 Kere (n=103)	5+ (n=71)	
Hastanın Son 1 Yıl Aile Sağlığı Merkezine Başvurma Sayısı					0,262
0	7(17,5)	28(22,6)	17(16,5)	13(18,3)	
1-2 Kere	19(47,5)	41(33,1)	51(49,5)	31(43,7)	
3-4 Kere	8(20)	40(32,3)	24(23,3)	14(19,7)	
5 Kere ve Daha Üstü	6(15)	15(12,1)	11(10,7)	13(18,3)	
Hastanın Başvuru Nedenleri					0,737
Aşılama	13(32,5)	35(28,2)	31(30,1)	24(33,8)	
Rutin Sağlık Kontrolü	6(15)	10(8,1)	10(9,7)	2(2,8)	
Aktif Şikâyet	14(35)	50(40,3)	41(39,8)	32(45,1)	
Kronik Hastalık Takibi	1(2,5)	3(2,4)	3(2,9)	0(0)	
Tahlil	3(7,5)	13(10,5)	8(7,8)	3(4,2)	
Enjeksiyon/Pansuman	0(0)	2(1,6)	1(1)	3(4,2)	
Hiç Başvurmamışlar	3(7,5)	11(8,9)	9(8,7)	7(9,9)	

*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test, n(%).

Çizelge 4.29 Ebeveynin ASM'ye Başvuru Nedenlerine Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Nedenleri

Değişkenler	Ebeveynin Başvuru Nedenleri							p*
	Reçete-İlaç Raporu (n=85)	Rutin Sağlık Kontrolü (n=29)	Aktif Şikâyet (n=94)	Kronik Hastalık Takibi (n=25)	Tahlil (n=52)	Enjeksiyon/Pansuman (n=2)	Hiç Başvurmamışlar (n=50)	
Hastanın Başvuru Nedenleri								<0,001
Aşılama	26(30,6) ^a	14(48,3) ^a	25(26,6) ^a	4(16) ^a	12(23,1) ^a	1(50) ^a	21(42) ^a	
Rutin Sağlık Kontrolü	6(7,1) ^{a,b}	8(27,6) ^b	6(6,4) ^a	2(8) ^{a,b}	4(7,7) ^{a,b}	0(0) ^{a,b}	2(4) ^a	
Aktif Şikâyet	33(38,8) ^{a,b,c}	4(13,8) ^c	54(57,4) ^b	14(56) ^{a,b}	20(38,5) ^{a,b,c}	1(50) ^{a,b,c}	11(22) ^{a,c}	
Kronik Hastalık Takibi	4(4,7) ^a	1(3,4) ^a	0(0) ^a	1(4) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	
Tahlil	7(8,2) ^{a,b,c}	1(3,4) ^{a,b,c}	3(3,2) ^c	3(12) ^{a,b,c}	13(25) ^b	0(0) ^{a,b,c}	0(0) ^{a,c}	
Enjeksiyon/Pansuman	1(1,2) ^a	1(3,4) ^a	1(1,1) ^a	0(0) ^a	2(3,8) ^a	0(0) ^a	1(2) ^a	
Hiç Başvurmamışlar	8(9,4) ^a	0(0) ^a	5(5,3) ^a	1(4) ^{a,b}	1(1,9) ^a	0(0) ^{a,b}	15(30) ^b	

*Pearson Ki-Kare Testi, Monte Carlo Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Her bir üst simge harf (^{a,b,c}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.

Yukarıda yapılan analizin benzeri, bu defa aile sağlığı merkezine başvuru yapan ve yapmayan ebeveyn gruplarında tekrarlanmıştır. Anlamlı farklılık burada da söz konusudur. Aile sağlığı merkezine başvuran ebeveyn grubunda, hastanın aktif şikâyet nedeniyle başvurma oranı ve tahlil amacıyla başvurma oranı, aile sağlığı merkezine başvuru yapmamış ebeveynlere göre anlamlı şekilde yüksektir. Aile sağlığı merkezine başvuru yapmamış ebeveynlerin oluşturduğu grupta ise,

aile sağlığı merkezine hiç başvuru yapmamış hastaların oranı anlamlı olarak yüksektir (Çizelge 4.30).

Çizelge 4.30 Ebeveynin ASM'ye Başvurma Durumuna Göre Hastanın ASM'ye Başvuru Nedenleri

Değişkenler	Ebeveyn ASM Başvurusu		p*
	Yok (n=25)	Var (n=94)	
Hastanın Başvuru Nedenleri			<0,001
Aşılama	21(42) ^a	82(28,6) ^a	
Rutin Sağlık Kontrolü	2(4) ^a	26(9,1) ^a	
Aktif Şikâyet	11(22) ^a	126(43,9) ^b	
Kronik Hastalık Takibi	0(0) ^a	6(2,1) ^a	
Tahlil	0(0) ^a	27(9,4) ^b	
Enjeksiyon/Pansuman	1(2) ^a	5(1,7) ^a	
Hiç Başvurmayanlar	15(30) ^a	15(5,2) ^b	
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.			

Hastalara ilaç başlama durumuna göre şikâyet sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı anlaşılmıştır (p=0,026; Çizelge 4.31). İlaç başlanmayan hastaların şikâyet süresinin 1 günden kısa olma sıklığı (%28), ilaç başlanan hastalara (%7,4) göre daha yüksektir. İlaç başlama durumuna göre hastanın son 1 yılda acil servise başvurma sayısı ise herhangi bir anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,766).

Çizelge 4.31 İlaç Başlama Durumuna Göre Hastanın Şikâyet Süresi ve Acil'e Başvuru Durumu

Değişkenler	İlaç Başlama		p*
	Yok (n=25)	Var (n=94)	
Şikâyet Süresi			0,026
1 Günden Kısa	7(28) ^a	7(7,4) ^b	
1-3 Gündür	12(48) ^a	46(48,9) ^a	
4-7 Gündür	2(8) ^a	24(25,5) ^a	
>7 Gündür	4(16) ^a	17(18,1) ^a	
Hastanın Son 1 Yıl Acile Başvurma Sayısı			0,766
0	4(16)	10(10,6)	
1-2 Kere	10(40)	34(36,2)	
3-4 Kere	5(20)	27(28,7)	
5 Kere ve Daha Üstü	6(24)	23(24,5)	
Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.			

*

Çizelge 4.32 Acile Başvuru Nedenlerine Göre Tedavi Eden Kişi

Değişkenler	n	Tedavi Eden Kişi		p*
		Aile Hekimi	Çocuk Doktoru	
Başvuru Nedenleri				0,877
Mevcut Şikâyetin İlerlemesi	74	30(40,5)	44(59,5)	
Poliklinik Randevusunun Bulunamaması	6	3(50)	3(50)	
Endişe/Korku	6	4(66,7)	2(33,3)	
Aile Hekiminin Yapamayacağı İşlemlerin Olduğu Düşüncesi	17	8(47,1)	9(52,9)	
Üniversite Aciline Duyulan Güven	4	2(50)	2(50)	
Diğer Nedenler	12	5(41,7)	7(58,3)	
*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Satır Yüzdesi, n(%).				

Çalışmada son olarak, hastanın acil servise başvuru nedenlerine göre hastayı tedavi eden kişinin anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Acil servise mevcut şikâyetlerinin ilerlemesi, aile hekiminin yapamayacağı işlemlerin olduğu düşüncesi ve diğer nedenlerle başvuran hastalar daha fazla oranda çocuk doktoru tarafından; endişe ve korku duygularıyla başvuranlar ise daha fazla oranda aile hekimi tarafından tedavi edilmiştir. Poliklinik randevusunun bulunamaması ve üniversite aciline duyulan güven nedenleriyle başvuru yapanlar ise aynı oranda aile hekimi ve çocuk doktoru tarafından muayene edilmiştir. Ancak yapılan analize göre, acile başvuru nedenlerine göre hastayı tedavi eden kişide anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,877$; **Çizelge 4.32**).

5.TARTIŞMA

Acil servisler, kazalar ve tedavi edilemeyen hastalıklar gibi acil durumlar için 24 saat hizmet veren birimlerdir. Yetişkin ve çocuk acil servisleri, farklı yaş gruplarına yönelik sağlık hizmeti sunmaktadır. 2017 yılında Türkiye’de hastane başvurularının %28,4’ü acil başvuruları oluşturmuştur. Aile sağlığı merkezleri, aile hekimleri tarafından birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve aynı zamanda evde sağlık hizmeti verebilen kurumlardır (1,2,3). Acil olmayan başvurular, sağlık hizmeti sisteminde gereksiz bir yük oluşturabilmektedir (6,7). Çocuk acil servisleri, çocuklara yönelik hayati sağlık hizmetlerini sunarken; aile hekimliği, bireylere kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sağlar ve özellikle kronik hastalıkların önlenmesine yardımcı olur (20,21,36,37).

Çalışmamızda, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi’ne başvuran hastaların acil servis başvurusu öncesinde birinci basamak sağlık merkezine başvuru durumları değerlendirilmiştir. Ocak-Mart 2023 ayları arasında, yeşil alan triyaj koduyla muayenesi yapıp taburcu edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 338 hastanın ebeveynine anket uygulanmıştır. Anket soruları, literatür taraması yapılarak elde edilen verilere uygun şekilde 41 sorudan oluşturulmuştur. Ebeveynlere, muayene bitiminde yüz yüze soru sorma yöntemiyle anketler uygulanmış ve cevaplar not edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %51,5’i erkek olup, hastaların %58,3’ünü 5-14 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, literatür bilgileri doğrultusunda değerlendirilip tartışılmıştır.

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi’nde gerçekleştirilen bir çalışmada ise olguların %48,2’sinin kız olduğu bildirilmiştir (71). Litvanya’da üçlü triyaj sistemine göre değerlendirilip sarı ve yeşil alana alınan hastalara uygulanan bir başka anket çalışmasında, dahil edilen 381 pediatrik hastanın %50,4’ü erkek, %49,6’sı kızdır (72). Konya Meram Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniği’ne bir yıl içinde başvuran 46.756 hastanın değerlendirildiği çalışmada ise, bu hastaların %54’ünün erkek olduğu bulunmuştur. Çocuk acil servis başvurularında hasta cinsiyetlerini

incelediğimizde, literatürle uyumlu bulgulara ulaşılmıştır (73). Amerika'nın Baltimore şehrinde, Kirby ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Acil Durum Ciddiyet İndeksi (ESI) beşli triyaj algoritması ile değerlendirilen hastalardan 4 ve 5 puan alanlar acil olmayan kategorisinde değerlendirilmiştir. Yaşa göre acil olmayan hastaların acile başvuru sıklığı incelendiğinde, 1-3 yaş arası başvuruların %32 oranıyla en sık başvurular olduğu saptanmıştır (11). Sigita ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 3-7 yaş arasındaki çocukların daha sık acil servise getirildiği gözlenmiştir (OR=2.571, $p<0.001$) (72). Çalışmanın yapıldığı yere göre, kız ve erkek çocukların acil başvuru oranları birbirine yakın olsa da, yaş aralığının değiştiği gözlemlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı şehir, ülke, kültür ve toplum yapısının bunda rol oynadığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda, acil servise başvuru öncesinde doktor başvuru durumu ile hastaların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.001$). Benzer şekilde, Denizli'de yapılan çalışmada da hasta ve ebeveynin sosyodemografik özellikleri ile meslek ve aile hekimine başvuru durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgular, acil servise başvuru öncesinde doktor başvuru durumu ile sosyodemografik faktörler arasında belirgin bir ilişki olmadığına işaret etmektedir (8).

Çalışma bulgularımıza göre, acil muayenesi öncesi doktor başvuru durumları incelendiğinde; hastaların %35,2'sinin acilden önce başka bir doktora muayene olduğu saptanmıştır. Bu hastalar kendi içinde değerlendirildiğinde, %43,7'si aile hekimine, %56,3'ü ise çocuk doktoruna muayene olmuştur. Genel örnekleme göre bakıldığında, çalışmaya alınan tüm hastaların %15,1'i acil öncesi aile hekimine başvurmuş olup, aynı şikayetlerle acile tekrarlayan başvuruları olmuştur. Merve Tosun tarafından 2020 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'nde yapılan çalışmaya göre, hastaların %39,9'unun acil öncesi başka doktor muayenesi vardır ve bunların %42,3'ü aile hekimine başvurmuştur (8). Adıyaman'da Dr. Gökhan'ın yaptığı çalışma sonucunda, acil servise çocuğunu muayeneye getiren ebeveynlerin %26'sının son bir hafta içinde aile hekimine, %23,1'inin ise çocuk doktoruna başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların %69,8'i ise ilk başvuru yeri olarak çocuk acil servisini tercih etmiştir (71). Litvanya'daki çalışmada, çocukların çoğunun bir aile doktoru tarafından

değerlendirilmeden acil servise getirildiği saptanmış, ancak sayısal bir oran veya hesaplama yapılmamıştır. Triyaj hemşirelerinin değerlendirmelerine göre, yeşil ve sarı alan kategorisinde değerlendirilen hastalara uygulanan çalışma sonucunda, hastaların %78,2'si acil olmayan, %21,8'i ise acil tedavi gerektiren durumlar olarak değerlendirilmiştir. Doktorların çoğunlukla çocukların sağlık durumunu "ortalama" olarak değerlendirdiği durumda, ebeveynler çocuklarının durumunu genellikle daha ciddi olarak değerlendirmiştir (72). Ravi ve arkadaşlarının hafta içi mesai saatlerinde yaptığı çalışmada, hastaların bakım verenlerinin %46'sının acil servise başvurmadan önce birinci basamak aile hekimine başvurduğu saptanmıştır (74). Mardin'de yapılan ve BioMed Central (BMC) Primary Care dergisinde yayınlanan çalışmada ise, ailelerin %61,8'inin çocuk acil servisinden önce aile hekimine gitmedikleri, ancak %54'ünün gelecekte aile sağlığı merkezini (ASM) tercih edebileceğini ifade ettikleri belirtilmiştir (75). Çocuk acil servisine başvuran hastaların öncesinde birinci basamak sağlık merkezine başvuru durumu bulgularımız literatürle uyumlu gelmiştir.

Çalışmamızda mevcut şikâyetlerinin ilerlemesi nedeniyle acil servise başvurduklarını ifade eden hastaların oranı %60,1'dir. Katılımcıların %15,1'i, aile hekimlerinin yapamayacağı bazı işlemler nedeniyle acil servise başvurduklarını belirtmiştir. Endişe ve korku duyguları ile acil servise gelenlerin oranı ise %10,9'dur. Poliklinik randevusu alamayanlar (%3,8) veya üniversite acil servisine güven duyduğu için (%2,7) başvuranlar ise daha azdır. Dr. Ahmet'in Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %57,7'si Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) güvendiğini belirtirken, %7,5'i güvenmediğini ifade etmiştir. Ailelerin %57,2'si ise ASM'den memnun olduklarını belirtmiş, ancak %7,9'u memnun olmadığını dile getirmiştir (75). Çalışmamızda üniversite aciline güvendiği için gelen hasta oranı beklenenden düşüktür. Bunun sebebinin, hastaların özel hastaneyi tercih etmeleri olabileceği düşünülmektedir. Buna rağmen aile hekimi ile ilgili önermeler değerlendirildiğinde, ailelerin yarısından çoğunun önermelere olumlu yanıtlar verdiği gözlenmektedir. Bu da ebeveynlerin çelişkili cevaplar verdiğini düşündürmektedir.

Çalışmada, hastaların acil servise başvuru nedenlerine göre tedavi eden kişilerin farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Mevcut şikâyetlerinin

ilerlemesi, aile hekimlerinin yapamayacağı işlemler ve diğer nedenlerle başvuran hastalar daha fazla oranda çocuk doktoru tarafından; endişe ve korku ile başvuranlar ise daha fazla oranda aile hekimi tarafından tedavi edilmiştir. Poliklinik randevusu bulamayanlar ve üniversite aciline güvenenler ise her iki doktor tarafından eşit oranda muayene edilmiştir. Ancak yapılan analize göre, başvuru nedenlerine göre hastayı tedavi eden kişilerde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,877$). Ebeveynlerin çocuk acil servisi başvuru nedenleri literatürde araştırıldığında, çalışmamıza benzer bulgular saptanmış olup, bazı çalışmalarda hastalar birden fazla neden öne sürmüştür. Bizim çalışmamızda ise hastalardan tek bir sebep istenmiş olduğu için daha net sonuçlara ulaşılabileceği düşünülse de tek merkezli bir çalışma olması nedeniyle daha geniş örneklemli ve çok merkezli bir yerleşkede daha kesin sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, acile yönlendirilen hastaların (%12,3), %33,3'ünün aile hekimi tarafından acil servise yönlendirildiği belirtilmiştir. Denizli'de yapılan tez çalışmasında ise, mevcut şikayetleri için acil başvurusu öncesinde aile hekimine başvuran hastaların %68,9'unun şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle tekrar acile başvurduğu, %27,4'ünün ise aile hekimi tarafından acil servise yönlendirildiği ifade edilmiştir. Aile hekimine başvuru ve çocuk acile gelme nedenleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.001$) (8). Bu bulgular, hastaların acil olmayan sebeplerle acil servise başvurduğunu ve şifayla taburcu edildiğini göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimlerinin çocuk acil vakalarına yönelik bilgi ve becerilerinin yetersiz olabileceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, aile hekimlerinin bu konuda daha fazla eğitilmesi gerektiği sonucuna varılabilir. Ayrıca, ailelerin yanlış anlama veya doğru bilgi vermeme olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemizin bir başka şehri olan Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ebeveynlerin pediatrik acil servise başvuru sebepleri arasında hızlı hizmet alımı (%31,4) ve polikliniklerin kapalı olması (%20,2) gibi nedenler öne çıkmaktadır (75). Adıyaman'da yapılan çalışmada ise hastaların %52,7'si 'aciliyet gerektirecek bir duruma sahip olma', %16,3'ü 'hızlı hizmet alımı', %11,8'i acil servise kolay erişim, %11,3'ü poliklinikte sıra bulamama, %3,5'i acil serviste kaliteli sağlık hizmeti alıyor olmak, %2,6'sı çalıştığı yerden izin alamamak, %1'i 'muayene

katılım ücretinin alınmaması' ve %0,8'i başvuran hasta sayısının az olması şeklinde yanıtlar vermiştir. Gruplar arasında acil servise başvuru nedeni ile acil servise başvuru saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,858$) (71). Birinci basamağa başvuran ebeveynlerin ulaşım kolaylığı, maliyet ve bekleme süreleri açısından aile hekimini tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,001$) (74). Pediatrik Kanada Triyaj ve Keskinlik Ölçeği kullanılarak acil olmayan vakalar olarak sınıflandırılan 1033 çocuğun ebeveynlerine, çocuk acil servisi tercih etme nedenleri sorulduğunda, hastalığın ilerlemesi konusunda endişe duyduğu için acil servise başvuran ebeveyn oranı %87,3, çocuğunun şikayetlerinin mesai saatleri dışında başladığı için acil servisi tercih eden ebeveyn oranı ise %84 bulunmuştur (76). Almanya'da 2023 yılında yapılmış olan çalışmada, pediatrik acil servislere yapılan acil olmayan ziyaretlerin yaklaşık %44,8'inin uygunsuz olduğu ve bu ziyaretlerin başlıca sebebinin ebeveynlerin acil bakım ihtiyacı algısı, hemen test yapılması isteği ve pediatristle iletişim kurma zorluğu gibi sebeplerden kaynaklandığı ortaya konmuştur. Ayrıca, uygunsuz ziyaretlerle çocuğun yaşı, cinsiyeti ve acile başvuru şikâyeti gibi faktörlerin ilişkili olduğu bulunmuştur (77). Ebeveynlerin pediatrik acil servise başvuru nedenleri, farklı coğrafi bölgelerde benzer bulgular göstermektedir ve bu sebepler, hizmet erişimi ve sağlık hizmeti sunumu ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma bulgularımıza göre, çocuk acil servisine başvuran hastaların %36,1'i ateş şikayetiyle başvurmuştur. Ateş şikayetini, %21,9 ile bulantı, kusma, ishal ve %18,9 ile öksürük şikayetleri takip etmektedir. Çalışmanın kış aylarında yapılmış olması, bu şikayetlerin daha sık gözlemlenmesine sebep olmuş olabilir. Isparta'da 2020 yılında üniversite hastanesi çocuk acil servisinde ateşi olan hastalar üzerinde yapılan bir tez çalışmasına göre, ailelerin ateş semptomundan en önemli korku nedeninin %82,6 oranında çocuklarının havale geçirmesi olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ailelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin önceki çalışmalara göre arttığı gözlemlense de ateş bilinci konusunda hala bazı ailelerde endişe ve eksikliklerin bulunduğu görülmüştür (78). Litvanya'da yapılan bir çalışmada ise küçük çocukların, daha büyük çocuklara göre daha sık ateş ve solunum güçlüğü nedeniyle acil servise getirildiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (72). Ankara'da

yapılan ve Pediatrik Acil Bakım dergisinde 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada, hastaların acil servise başvuru şikayetleri arasında sırasıyla ateş (%23,1), kusma (%11) ve ishal (%10,5) yer almaktadır. Ayrıca, bazı ebeveyn gruplarının acil servisi tercih etme nedenlerinin çocukların yaşına göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır (76). Türkiye’de yapılan ve BMC Primary Care dergisinde yayınlanan bir çalışmada ise çocukların en sık başvuru nedenleri arasında ateş (%32,1), üst solunum yolu enfeksiyonu (%10,5) ve ishal (%9) yer almaktadır (75). Çalışmamızda, ateş, boğaz ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, huzursuzluk ve gözde akıntı veya kızarıklık gibi şikayetlerle acil servise başvuran hastaların aile hekimine başvuran grupta daha yüksek oranlara sahip olduğu gözlemlenmiş olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmamızın bulguları, çocukların acil servise başvuru nedenlerinin ateş, bulantı, kusma ve öksürük gibi yaygın semptomlarla ilişkili olduğunu ve aile hekimine başvuru durumunun başvuru şikayetleriyle belirgin bir fark göstermediğini ortaya koymaktadır.

Ankara Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'nde yapılan bir çalışmada, 24 saat içinde benzer şikayetle ikinci kez acil servise başvuran hastaların en sık başvuru şikayetinin %42,8 ile ateş olduğu gözlemlenmiştir. Bu hastaların %80,5’inin birinci basamağa başvurmadığı belirlenmiştir (79). Çalışmamızda ise hastaların %51,5’inin çoklu semptomla, %48,5’inin tek semptomla başvurmuş olduğu ve en sık başvuru şikayetinin %36,1 ile ateş olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, çoklu semptomla başvuran hastalarla ilgili bir değerlendirme bulunmamaktadır. Bu bulgular, çocuk acil servislerine başvuru sıklığının ateş gibi yaygın semptomlarla ilişkili olduğunu ve çoklu semptomla başvuran hastalar hakkında daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların acile başvuru şikâyet süreleri incelendiğinde, %44,1’inin şikâyetinin 1-3 gün arasında, %31,4’ünün ise 0-1 gün süreyle mevcut olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, hastaların %75’inin semptomlarının en fazla 3 gündür devam ettiği tespit edilmiştir. Ebeveynlerin, daha küçük yaş grubundaki çocuklarını genellikle endişe duydukları için şikayetleri başladığında hemen doktora götürdükleri, ancak çocukları büyüdükçe hastalıkların daha az etkileyici olacağına dair bir beklentiyle, şikayetlerin 2-3 gün içinde geçmesini

bekleyebildikleri gözlemlenmiştir. Çalışmamızda acile başvuran hastaların %32'sinin 0-5 yaş grubunda olduğu dikkate alındığında, Dr. Merve tarafından yapılan çalışmada hastaların %49,3'ünün şikâyet başlama süresinin 2-3 gün olarak tespit edilmesiyle benzer bulgulara ulaşılmıştır. Aile hekimine başvuru ve şikâyet süresi incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$) (8). Adıyaman'da yapılan bir çalışmada ise çocuk hastaların %90'ının şikâyetlerinin 72 saatten daha kısa sürede başladığı saptanmıştır. Şikâyetlerin başlangıç zamanı ile acil servis başvurusu arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,930$) (71). Çalışmamızda elde edilen veriler, literatürle uyumlu bulunmuştur.

İsveç'te çocuk acil servisinde yapılan çalışmada 2012 ve 2015 yıllarındaki başvurular değerlendirilmiştir. Bu iki yıl arasındaki fark, 2015 yılında hastaneye entegre birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşun mevcut olmasıdır. Birinci basamağın hastane ile entegre olmadığı 2012 yılında, 2015'e göre en düşük triyaj grubundaki acil servis hastalarının oranı daha yüksek bulunmuştur ($P < .001$). Birinci basamağın çalışma saatlerinde, pediatrik acil servis başvurularının 2012'ye göre %28 daha az, acil servis kalış süreleri ise %25 daha uzun olduğu saptanmıştır ($P < .001$). Ayrıca, birinci basamağın çalışma saatlerinde acil servise başvuran hastalardaki şikâyetler değerlendirildiğinde, 2012 yılına göre daha az oranda küçük bebek, ateş ve kulak ağrısı şikâyeti ile başvuran hasta olmuştur. Avrupa'daki yetişkin acil servislerinde olduğu gibi, mesai saatleri dışında hizmet veren hastane ile entegre birinci basamak sağlık hizmetinin varlığının, pediatrik acil servis ziyaretlerini azalttığı saptanmış olup bunun, hastaların iki tesis arasında hızlı bir şekilde yönlendirilmesinin kolaylaştırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (13). Ülkemizde de benzer şekilde, birinci basamağın pediatrik acil servis hizmetleriyle entegre edilmesi, acil başvuru oranlarını azaltabilir ve hasta yönlendirmelerini hızlandırarak acil servis yükünü hafifletebilir.

Mardin'de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %65'inin çocuklarını mesai saatleri dışında acil servise başvurduğu gözlemlenmiştir (75). Ankara'da Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde gerçekleştirilen çalışmaya göre ise, hastaların %11'inin mesai saatleri içinde, %89'unun ise mesai saatleri dışında acil servise başvurduğu belirlenmiştir; bu bulgular çalışmamızla örtüşmemektedir (10).

Amerika'da yapılan bir çalışmada ise çocukların %27,4'ünün mesai içinde, %72,6'sının mesai dışında acil servise başvurduğu tespit edilmiştir (11). Pamukkale çalışmasında aile hekimine başvuru ile mesai içi ve mesai dışı başvuru arasında anlamlı ilişki çıkmıştır (8). Bu sonuçların farklılık göstermesinin olası sebepleri arasında; yapılan çalışmaların farklı şehir ve ülkelerde gerçekleştirilmiş olması, Ankara'daki çalışmanın bir yıl boyunca yapılması ve anketlerin gün içindeki dağılımlarının eşit olmaması yer alabilir. Özellikle Amerika ile ülkemizdeki çalışma koşulları ve toplumsal farklar nedeniyle mesai saatlerinin değişiklik gösterebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda mesai saatleri hafta içi 08:00-17:00 arasında belirlenmiş olup, diğer hafta içi ve hafta sonu saatleri mesai dışı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların %47'si mesai saatleri içinde, %53'ü ise mesai saati dışında acil servise başvurmuştur. Mesai içi ve dışı başvuruların birbirine yakın olması, çalışmamızın 24 saatlik bir dilim içerisinde gerçekleştirilmiş olmasından ve her iki gruptan da eşit sayıda hasta alınmaya çalışılmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda, hastaların %64,8'i acilde muayene öncesinde en fazla 15 dakika beklediğini bildirmiştir. Ankara'da Dr. Orhan tarafından yapılan çalışmada, hastaların %97,8'inin muayene öncesi 15 dakikadan fazla beklemediği saptanmıştır (10). Rize Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde yapılan çalışmada ise, hastaların %75,8'i muayeneye kadar acilde en fazla 10 dakika beklediklerini ve bekleme sürelerinin $8,9 \pm 11,6$ (0-94) dakika arasında değiştiğini belirtmiştir (80). Kanada'daki bir üçüncül bakım hastanesinde gerçekleştirilen araştırmada, acil olmayan acil başvurusu olan çocukların ebeveynlerinden 403'üyle yapılan ankette, ailelerin %58,6'sının acil servisi ziyaret etmek yerine toplum sağlık randevularına ilgi duyduğu gözlemlenmiştir. Daha genç ebeveynler ve küçük çocukları olanların, bu alternatifte daha fazla ilgi gösterdiği saptanmıştır. Ailelerin tercih sebepleri arasında, pediatrist ya da aile hekimiyle yapılan randevuların zamanında planlanması ve normal çalışma saatleri dışında randevu imkânlarının sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışma, bu modelin acil servis yoğunluğunu azaltarak, acil bakım için zamanında ve kabul edilebilir bir alternatif sunabileceğini öne sürmüştür (81). Ülkemizde, yeşil alana başvuran pediatrik acil hastalarının acil servis bekleme sürelerinin genellikle 60 dakikayı nadiren geçtiği

görülmektedir. Kanada’da yapılan çalışmada ise, ailelerin acil olmayan durumlar için dört saate kadar bekleyebildiği ifade edilmiştir. Ülkemizde benzer bir çalışma yapıldığında, ailelerin başka bir sağlık kuruluşuna gitme isteğinin daha düşük olacağı düşünülmektedir.

Çocuğun periyodik sağlık muayenesi, doğum öncesi gebelik süreciyle birlikte, daha anne karnındayken başlar. Çocuklarda, üç yaşına kadar daha sık olmak üzere, 18 yaşına kadar yılda en az bir kez muayene edilmesi önerilmektedir (64,67). Çalışmamıza katılan hastaların %42’sinin düzenli doktor kontrolü olmadığı saptanmıştır. Bu oran, pediatrik yaş grubu için yüksek bir takipsizlik oranını göstermektedir. Periyodik muayeneler ve sağlam çocuk izlemeleri, çocuklarda büyüme ve gelişme süreçlerinin izlenmesinin yanı sıra, oluşabilecek hastalıkların erken tanı ile yönetilmesini sağlar. Bu da erişkinlik döneminde yaşam kalitesinin devamını sağlar (65,67). Merve Tosun’un yaptığı çalışmada da ebeveynlerin %46,9’unun çocuklarını düzenli doktor kontrollerine götürmediği bulunmuştur (8). Bizim çalışmamızda ise doktor kontrolü, acil muayenesi öncesinde başvuru doktoruna göre incelenmiştir. Düzenli doktor kontrolüne giden hastaların oranının, çocuk doktoruna başvuranlarda en yüksek (%65,7), aile hekimine başvuranlarda ise en düşük (%48,1) olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, muayene durumuna göre düzenli doktor kontrolü parametresinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,156$). Buna karşın, muayene durumlarına göre sağlık sorununun danışıldığı kişi parametresinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Aile hekimine başvuran katılımcıların aile hekimine, çocuk doktoruna başvuranların ise çocuk doktoruna danışma oranı daha yüksektir. Komşuya veya bir aile üyesine danışma oranıysa; acil öncesinde muayene olmayan grupta, acil öncesi aile hekimine başvuranlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu durum, düzenli doktor takibinin önemini vurgularken, halkımızın sağlık okuryazarlığı eğitiminin eksik olmasının bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerine başvuru yolları ile ilgili daha fazla farkındalık yaratılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan çocukların %26’sının kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların %37,6’sı alerji, astım veya alerjik astım nedeniyle takip edilmektedir. Bu oran, Antalya’nın büyükşehir olması, iklim özellikleri,

çalışmayı yaptığımız hastanenin doktor ve ilgili yan dalda görevli uzman sayısının fazla olması, ayrıca konumundan dolayı çevre illerden gelen hastaların yoğunluğu ve hastanede takipli hastaların üniversite acil servisini tercih etmeleri gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Ankara Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'nde yapılan çalışmada, benzer şikayetle 24 saat içinde ikinci kez aynı acil servise başvuran çocuk hastaların sadece %17,8'inin kronik bir hastalığı olduğu, bu hastaların üçte birinin (%32) astım hastalığı ile takipli olduğu tespit edilmiştir (79). Dr. Gökhan'ın çalışmasında ise, değerlendirdiği olguların %3,4'ünün kronik bir hastalığı olduğu ve kronik hastalık ile çocuk acil servis başvurusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p=0,284$) (71). Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan tez çalışmasında, aile hekimi kontrolü ile düzenli sağlık kontrolü arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,156$) (8). Bizim çalışmamızda ise, kronik hastalığı olan katılımcıların düzenli doktor kontrolüne gitme sıklığının (%73,9), kronik hastalığı olmayan katılımcılara (%52,4) göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Bu bulgular, kronik hastalığı olan çocukların düzenli sağlık takibi yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, kronik hastalıkların kontrol altında tutulmasının, acil servis başvurularını azaltmada önemli bir faktör olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılmayı kabul eden ebeveynlerin %65,7'si kadın ve %29'u ev hanımıdır. Ebeveynlerin yarısından fazlasının kadın olmasının sebebinin, yeşil alan muayenesine yalnızca bir ebeveynin alınıyor olması olabileceği düşünülmüştür. Anketler uygulanırken yapılan gözlemlerimize göre, ebeveynlerin çoğunluğu hastaneye birlikte gelirken, çocuğa muayene odasına genellikle anne getirmektedir. Adıyaman'da yapılan bir tez çalışmasında, ebeveynlerin meslekleri ayrı ayrı incelenmiş ve annelerin %92,3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir (71). Bizim çalışmamızda ise anne ve baba ayrı ayrı ebeveyn olarak değerlendirilmemiş, yalnızca tek bir ebeveyne anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılanların %93,5'i anne veya baba olmasına rağmen; kardeş, dede, nine ve diğer akrabalar da ebeveyn olarak kabul edilmiştir. İki çalışma arasındaki farkın sebebi budur. Ebeveynlerin katılımı ve cinsiyet dağılımı, sağlık hizmetlerine erişim ve aile yapısının özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu durum, özellikle

ebeveynlerin sağlık hizmetlerine y6nelik sorumluluk ve katılım d6zeyini etkileyen fakt6rlerin anlaşılması açısından 6nemli bir bulgu oluşturmaktadır.

Son bir yıl içinde ebeveyn ve hastaların sağlık eylemleri değerlendirildiğinde, çocukların %36,7'si 1-2 kez acile, %42'si ise yılda 1-2 kez aile sağlığı merkezine başvurmuştur. Ebeveynlerin %39,9'u son bir yıl içerisinde 1-2 kez aile hekimine başvurduklarını bildirmiştir. Nazik ve arkadaşlarının Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Hastanesi ocuk acil servisinde yaptıkları çalışmada ise ailelerin %70,1'inin çocuğunu ilk defa acil servise getirdiği g6zlemlenmiştir (82). Dr. Ahmet'in çalışmasında ise ebeveynlerin %10,8'i geçen yıl hiç aile sağlığı merkezine başvurmadıklarını belirtmişlerdir (75). Çalışmamızda ise ebeveynlerin %11,8'inin çocuklarını acile ilk kez getirdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, ebeveynlerin sağlık hizmetlerine başvuru sıklıklarını ve çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını değerlendirmede 6nemli bir g6sterge olarak teşkil etmektedir.

Aile hekimine başvurmama sebepleri incelendiğinde, en sık karşılaşılan nedenin aile hekimine duyulan g6vensizlik olduğu g6r6lm6řt6r. Ebeveynlerin %29,9'u, aile hekimine g6venmedikleri için başvurmadıklarını belirtmiştir. Aile hekimi ile ilgili yapılan 6nermelerden, "Aile hekimine tanı ve tedavi s6recinde g6veniyorum" diyen hasta oranının %65,4 olması, bu durumu destekler niteliktedir. Muayene 6ncesi başvuru durumları incelendiğinde, aile hekimine, ocuk doktoruna başvuran ve 6ncesinde doktor muayenesi olmayan grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,174$). Çalışmada, aile hekimlerinin tanı ve tedavi s6recindeki yeterliliği ve ebeveynlerin g6venini değerlendiren çeşitli bulgular elde edilmiştir. Acil servis 6ncesi muayene olmayanlarda %68,9, aile hekimine başvuranlarda %75 ve ocuk doktoruna başvuranlarda %70,1 oranında katılımcı, aile hekimlerinin yeterli açıklama yaptığını belirtmiştir. Ayrıca, aile hekimine başvuran grupta, acil servise başvurma durumu hakkında bilgi verilenlerin oranı (%59,6) daha y6ksek olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aile hekimine g6ven oranları ise 6 grup arasında %62,6 ile %78,8 arasında değişmekte olup, en y6ksek g6ven oranı aile hekimine başvuran grupta g6r6lm6řt6r. Ancak bu verilerde de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aile hekimine başvurmama sebeplerinin başında g6vensizlik

gelirken, ebeveynlerin genel olarak aile hekimlerine güveni yüksek olmakla birlikte, bu güven düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aile hekimlerinin tanı ve tedavi sürecindeki yeterliliği de genel olarak olumlu değerlendirilmiştir. Tosun'un tez çalışmasında, hastaların aile hekimine başvurmama nedenleri incelendiğinde elde edilen verilere göre, en yüksek oranı %25,1 ile mesai saatleri dışında şikayetlerinin şiddetlendiğini belirten ebeveynler oluşturmuştur. Ebeveynlerin %13,5'i mesai saatleri içinde başvuru yapamadıklarını ifade etmiştir. Aile hekiminden memnuniyetsizlik nedeniyle başvurmayanların oranı ise %11,2 olarak tespit edilmiştir. %1,2'lik bir oran, acil servisin daha yakın olduğunu belirterek tercih ettiklerini ifade etmiştir. Ayrıca %12,3'ü, çocuk uzmanı tarafından muayene edilme talebinde bulunmuş, %1,5'lik bir grup ise çocuk acil servisine güvenerek başvurduğunu belirtmiştir (8). Sigita ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çoğu ebeveynin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim eksikliği nedeniyle acil servisi tercih ettiği gözlemlenmiştir. Ancak bu konuda bir hesaplama yapılmamıştır. Aileler, acil servisin çocuklarının sağlık sorunlarını daha hızlı çözeceğini ve daha iyi bir değerlendirme imkânı sunduğunu düşünmüşlerdir (72). Bu bulgular, aile hekimine duyulan güvensizlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimdeki eksikliklerin, acil servise başvuru sıklığını artıran önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, hastaların aile hekimine en sık başvuru şikâyeti %40,5 oranıyla aktif şikâyet olarak belirlenmiştir. Bunu %30,5 oranıyla aşılama takip etmektedir. Ayrıca, hastaların %8,9'u ve ebeveynlerin %14,8'i aile sağlığı merkezine hiç başvurmadıklarını ifade etmiştir. Dr. Merve'nin yaptığı çalışmada, ailelerin çocuklarını ASM'ye götürme nedenleri incelendiğinde, %36,9'u rutin izlem için, %32,4'ü ise aşılama için aile hekimini tercih etmektedir. %2,9'u ise çocuklarını hiç aile hekimine götürmemektedir (8). Bizim çalışmamızda, 0-5 yaş arası hastaların %8,3'ü son bir yıl içinde aile hekimine hiç başvurmamışken, 5-14 yaş grubu hastaların %26,4'ü son bir yıl içinde aile hekimine başvurmamıştır. Bunun nedeni, ülkemizde doğumla başlayan aşılama programının titizlikle uygulanmasıdır. Aşı zamanı yaklaştığında hastalar aranarak ASM'ye çağrılmakta, aşılama yaptırmayı reddeden hastalardan ise aşı reddiyle ilgili onam yazısı talep edilmektedir.

Denizli çalışmasında aile hekimine başvuru ve çocuğu hasta olunca aile sağığı merkezi tercihi araştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$) (8). Çalışmamızın sonuçlarına göre, ebeveynlerin ASM'ye yaptığı başvuru ile hastanın başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Ebeveynleri ASM'ye hiç başvurmamayan hastalar, diğer gruplara göre daha yüksek oranda ASM'ye başvurmamıştır. Hastaların acil servise başvuru durumu ile son bir yıl içinde aile sağığı merkezine başvuru sayısı ($p=0,262$) ve başvuru nedenleri ($p=0,737$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ebeveynlerin aile sağığı merkezine başvuru nedenlerine göre yapılan analizde, hastaların aşılama, kronik hastalık takibi ve enjeksiyon/pansuman gibi nedenlerle başvurma oranları, ebeveynlerin başvuru nedenlerine paralel olarak benzer oranlar göstermektedir. Aile sağık merkezine başvuru yapan ve yapmayan ebeveyn gruplarında yapılan analizde ise anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Aile sağığı merkezine başvuru yapmayan ebeveynlerin olduğu grupta, aile sağığı merkezine hiç başvuru yapmamış hastaların oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgular, ebeveynlerin ASM'ye başvuru sıklığının, hastaların başvuru sıklığı ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, aşılama ve rutin sağık kontrolü gibi nedenlerle yapılan başvurular, ebeveynlerin tercihleriyle paralellik göstermekte olup, ASM'ye başvurmamayan ebeveyn gruplarında hastaların da başvuru oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. İtalya çalışmasında çoğu ebeveyn (%78,8), çocuklarını yalnızca hasta olduklarında değil, aynı zamanda rutin kontroller için de çocuk doktoruna götürdüklerini belirtmiştir (90). Bu sonuçlar, aile sağığı hizmetlerine erişim ve ebeveynlerin sağık hizmetlerine olan yaklaşımının, çocukların sağık hizmetlerine erişiminde önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin aile hekimine başvuru sıklığına odaklanılmış, ancak bireylerin acil servise başvuru sıklığı ve öncesinde aile hekimi başvurularına ilişkin veriler değerlendirilmemiştir. İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilen bir çalışmada, hastaların yalnızca %23,7'sinin acil servise başvurmadan önce aile hekimine başvurduğu tespit edilmiştir. Bu hastalar, yeşil alan tanı kodu taşıyan hastalar olup, %17,2'si durumunu kesinlikle acil olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada, yetişkin yaştaki hastaların aile sağığı

merkezine başvuru sıklığı ile acil servis öncesi aile hekimine başvuruları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,0001$). Anket çalışmasına katılan hastaların %36,2'si aile hekimine hiç başvurmamış, %46,6'sı ise 1-2 kez başvuru yapmıştır (83).

Çalışmamızda katılımcıların %21,9'u aile hekimlerinin ismini, %9,5'i ise aile sağlığı Merkezinin adresini bilmemektedir. İstanbul'da Özdemir ve arkadaşlarının araştırmasında, katılımcıların %96,9'unun, yani neredeyse tamamının, kayıtlı oldukları ASM'nin yerini bildikleri; %87,5'inin aile hekimini ve %45'inin aile sağlığı çalışanını tanıdıkları saptanmıştır (84). İtalya'da yapılan kesitsel çalışmada, 237 çocuk ebeveyni tarafından tamamlanan anketler sonucunda, ebeveynlerin %45,6'sı çocuk doktorunun ofisini sık veya her zaman kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %97,9'u toplum sağlık merkezini ya hiç ya da nadiren kullandıklarını belirtirken, yalnızca %18'i en yakın sağlık Merkezinin yerini bildiğini ifade etmiştir (90). Literatür sonuçlarına göre, ebeveynlerin çocuklarının sağlık hizmetlerine erişim konusunda genellikle birincil sağlık hizmetlerini tercih ettikleri, ancak toplum sağlık hizmetlerine olan ilgisizlikleri ve erişim eksikliklerinin ortaya koyulduğu görülmektedir. Aile sağlığı Merkezinin yerini bilme oranı yüksek olmakla birlikte, bazı katılımcıların adres bilgisinin eksik olması, özellikle yeni yerleşim yerlerinde yaşayanlar için daha belirgin bir durumdur.

Çalışmamızda, yeşil alanda verilen katkı payını bilip bilmeme durumunun, çocuk acile yapılan başvuru sayısını etkilemediği gözlemlenmiştir. Bu iki değişken arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, ebeveynlerin eğitim durumu ile yeşil alan katkı payı bilgisi arasında bir ilişki saptanmış, eğitim seviyesi arttıkça katkı payı hakkında bilgi sahibi olma oranının yükseldiği gözlemlenmiştir. İstanbul'daki yetişkin acil serviste yapılan bir çalışmada, acil başvurusu öncesi aile hekimi başvurusu olan hastalar ile yeşil alan katkı payı arasındaki ilişki de anlamlı bulunmamıştır ($p=0,008$). Çalışmaya dahil edilen hastaların %62,2'sinin yeşil alan katkı payı hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (83). Bulgularımızı literatürle karşılaştırdığımızda, yeşil alan katkı payı bilgisi ile çocuk acile başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, ancak ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça katkı payı hakkında bilgi edinme

oranlarının yükseldiği görülmüştür. Çalışmamızda, ebeveynlerin %42,3'ünün yüksek lisans veya üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı Akdeniz Üniversitesi kampüsü içinde bulunması, üniversite personeline kolay erişim ve mesai saatleri içerisinde hizmet almanın sağladığı kolaylıklar nedeniyle, bu bireylerin çocuk acil servisini tercih etmeleri olasıdır. Ayrıca, çalışan anne-babaların mesai sırasında izin alamamaları ve öğle molasında çocuklarını acil servise getirmeleri de bu tercihi etkileyebilir. Ebeveynler arasında ikinci sıklıkta sağlık personelinin (%12,7) yer alması, çalışmanın gerçekleştirildiği hastanenin üniversite kampüsüne yakınlığının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Buna ek olarak, Litvanya'da yapılan bir çalışmada yüksek gelire sahip ebeveynlerin çocuklarını birinci basamak sağlık hizmetine başvurmadan doğrudan acil servise götürme eğiliminde oldukları saptanmıştır (OR=2.153, p=0.014) (72).

Sigorta türüne göre yapılan bir araştırmada, acil başvurusu öncesi birinci basamağa başvuru ile anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Bununla birlikte, literatürde, lise diploması veya daha düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin %77'sinin aile hekimine başvurmadan doğrudan acil servise başvurduğu ifade edilmiştir (74). Ancak, bizim çalışmamızda aile hekimine başvuru ile sigorta durumu arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (p=0.945). Eğitim durumu ile aile hekimine başvuru durumu incelendiğinde ise, hem aile hekimi hem de çocuk doktoruna başvuran ebeveynlerin, doğrudan acil servise başvuran ebeveynlere göre üniversite mezunu olma oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, eğitim seviyesinin sağlık hizmeti kullanım tercihleri üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu ve yüksek eğitim seviyesinin birinci basamağa başvuru oranını artırabileceğini düşündürmektedir.

Pediyatrik hastaların acil servis kullanımını azaltmayı amaçlayan Teksas'ta yapılan bir çalışmada, çocuk acile başvuran hastalar için acil başvuruları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı konusunda eğitimler düzenlenmiş, reklam panoları ve eğitici broşürler hazırlanmıştır. Ayrıca, 0-18 yaş arasındaki pediyatrik hastaların randevusuz olarak birinci basamağa muayene olabilmesi ve akşam saatleri ile hafta sonu muayene imkânlarının sağlanabilmesi için birinci basamak muayene şartları buna göre düzenlenmiştir. Bir yıl süresince çocuk acile

yapılan başvurular değerlendirilmiş ve müdahaleler sonrasında ilk üç ay içinde çocuk acil servis başvurularında bir azalma gözlenmiştir. Oniki ayın sonunda ise çocuk acil servis ziyaretlerinde %29,8 oranında bir azalma sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca, Teksas'ta uygulanan sağlık sigortası takip sistemi olan Medicaid üzerinden yaklaşık 300.000 dolar tasarruf sağlandığı da bildirilmiştir. Bu başarıda, muayeneye erişimin artırılması ve hastaların eğitilmesinin önemli bir rol oynadığı ifade edilmiştir (85).

Amerika'da yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, acil olmayan durumlar için acil servis kullanımını yönlendiren faktörler ele alınmıştır. Bu faktörler arasında genç yaş, acil servisin daha kolay erişilebilir olması ve doktor tarafından sevk edilme gibi etkenlerin acil servise başvuru kararını etkileyen önemli unsurlar olduğu belirlenmiştir. Ancak, acil servis kullanımı üzerine yapılan birçok çalışmanın nedensel faktörler yerine ilişkili faktörlere odaklanması nedeniyle elde edilen sonuçlar genellikle tutarsız bir şekilde yorumlanmıştır. Bu durum, acil olmayan acil servis kullanımını azaltmak için dikkate alınması gereken birçok faktör olduğunu ortaya koymaktadır (7).

Avustralya'da yapılan ve birden fazla ülkeden çalışmayı içeren bir derlemeye göre, pediatrik hastalarda acil olmayan acil servis başvurularının oranı %12 ile %65 arasında değişmektedir. Ancak çalışmada, acil olmayan acil servis başvuruları için net bir tanım bulunmamaktadır. Bu nedenle, farklı çalışmalarda farklı kriterlerin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Çalışmalarda, bu başvuruları etkileyen etmenler arasında daha küçük yaş, siyah ırk, düşük ebeveyn eğitim seviyesi, acil servise yakınlık ve birinci basamağa mesai dışı erişimin zor olması gibi faktörler öne çıkmıştır. Pediatrik acil servise uygunsuz başvuruların oranı yüksek olmasına rağmen, kullanılan tanımların farklı olması nedeniyle net sonuçlar elde etmek güçleşmiştir. Bu nedenle, ilgili çalışmada uygunsuz acil servisi tanımlamak için standartlaştırılmış kriterlerin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (86).

İspanya'da yapılan sistematik incelemede, pediatrik acil servisin uygunsuz kullanımını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bulgular, düşük sosyoekonomik durum, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi, bakımın acil olarak algılanması, ebeveynlerin duygusal tepkileri ve acil servisin sunduğu kolaylıkların uygunsuz

başvurulara neden olan ana faktörler arasında yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, ebeveynlerin sağlık hizmetleri hakkında yeterince bilgilendirilmediği ve birincil sağlık hizmetlerine yönlendirilmedikleri de tespit edilmiştir. Bu bulgular, pediatrik acil servisin daha etkili bir şekilde kullanılabilmesi için ebeveynlere yönelik eğitim programlarının güçlendirilmesi ve sağlık sisteminde yapısal reformların yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu tür müdahaleler, çocuk sağlığı hizmetlerinin daha uygun bir şekilde sunulmasına ve acil servislerin yükünün azaltılmasına katkı sağlayabilir (87).

Liverpool Alder Hey Çocuk Hastanesi'ne başvuran çocuk hastaların %18,2'si acilde çalışan pratisyen hekime yönlendirilmiş olup, genel pratisyen tarafından muayene edilen çocukların %95,3'ü acil servise yönlendirilmeden taburcu edilmiştir. Bu çocukların, pediatriklere muayene edilenlere göre daha kısa bekleme sürelerine sahip olduğu, %55 daha düşük hastaneye yatış oranları ve %26 daha fazla antibiyotik reçetesi yazıldığı gözlemlenmiştir (88). Kuzey Batı İngiltere'de yapılan benzer bir deneysel çalışmada da Liverpool'daki bulgulara paralel sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada, genel pratisyene muayene olan çocukların pediatriklere muayene olanlara göre %84 daha düşük hastaneye yatış oranlarına, daha kısa bekleme sürelerine ve daha düşük sağlık maliyetlerine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca, antibiyotik reçetesi yazılma oranı genel pratisyende %15,1 ile yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar, İngiltere'de genel pratisyenlerin çocuk acil servislerindeki rolünün önemini ortaya koymaktadır (89). Ülkemizde yapılan gözlemsel anket çalışmaları benzer bulgular sunmakta olup, çocuk acil servislerinin yoğunluğunu azaltmaya yönelik prospektif deneysel çalışmaların yapılması, bu hizmetlerin etkinliğini artırabilir ve kaynakların daha verimli kullanılmasına katkı sağlayabilir.

Yapılan çalışmalar, pediatrik acil servis kullanımının azaltılması için birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, eğitimlerin verilmesi ve doğru yönlendirme stratejilerinin uygulanmasının etkili olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de benzer yöntemlerin uygulanması, çocuk acil servislerinin yoğunluğunu azaltabilir ve sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde kullanılmasına katkı sağlayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran yeşil triyaj koduyla muayenesi yapılan hastaların mevcut acil başvurusu öncesinde, birinci basamak sağlık hizmetine başvuru durumlarını değerlendirildiğimiz çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Anket çalışması, yeşil alan triyaj kodu ile muayeneye alınan 338 hastanın ebeveynlerine uygulanmıştır. Hastaların %58,3'ü 5-14 yaş aralığındayken, %32 ile 0-5 yaş grubu ikinci sıradadır. Hasta cinsiyetleri %48,5 kız ve %51,5 erkek olarak hemen hemen birbirine yakın bir şekilde dağılmaktadır.
- Ebeveyn yaş ortalaması %82,2 ile 30-65 yaş aralığındadır. 18-30 yaş grubundaki ebeveyn oranı %15,4 ile ikinci sıradadır. Ebeveynlerin %65,7'si kadın olup, hastaları muayeneye getirenlerin %93,5'ini anne ve babalar oluşturmaktadır.
- Ebeveynlerin %42,3'ü üniversite mezunu, %37'si ise ortaokul mezunu olup, toplamda %96,7 oranında okuma yazma bilen ebeveynler çalışmaya katılmıştır.
- Ebeveynlerin meslekleri sorulduğunda, en sık %29 ile ev hanımlarını, %12,7 ile sağlık personeli ve %8,9 ile öğretmenler takip etmektedir. Ebeveynlerin %58,5'i SGK'lıdır.
- Çocuk acile başvuran hastaların %26'sının takipli olduğu bir hastalık bulunmakta olup, bunların %37,6'sını alerji, astım ve alerjik astım hastalıkları oluşturmaktadır. Muayene edilen hastaların %18'inin düzenli olarak kullandığı ilaçlar mevcuttur. Hastaların %15,1'inin geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunmakta, bu hastaların %32,7'si tonsillektomi operasyonu geçirmiştir.
- Acil servise başvuran hastaların en sık şikayetleri sırasıyla; %36,1 ile ateş, %21,9 ile bulantı/kusma/ishal ve %18,9 ile öksürük olarak belirlenmiştir. Hastaların %51,5'i çoklu semptomlarla acile başvurmuştur.

- Hastaların %75'inin şikayetleri en fazla 3 gündür devam etmektedir. %44,1'inin şikayetleri 1-3 gün sürerken, geri kalan %31,4'ünün şikayetleri 0-1 gün arasındadır.
- Hastaların %64,8'i acilde muayene öncesinde en fazla 15 dakika beklediklerini bildirmiştir.
- Ebeveynlerin %68,6'sının hastaneye geliş süresi 0-30 dakika arasında olup, hastaların %80'ine yakını özel araçla acile gelmiştir.
- Ebeveynlere neden acil servise başvurduğu sorulduğunda, %60,1'i mevcut şikâyetin gerilememesi, %15,1'i aile hekiminin yapamayacağı işlemler olduğunu düşündükleri için, %10,9'u ise endişelendikleri için acile başvurdıklarını ifade etmiştir.
- Acil muayenesi öncesi doktor başvuru durumları incelendiğinde, hastaların %35,2'sinin acilden önce başka bir doktora muayene olduğu saptanmıştır. Bu hastalar arasında %43,7'si aile hekimine, %56,3'ü ise çocuk doktoruna muayene olmuştur. Genel olarak, çalışmaya alınan hastaların %15,1'i acil öncesi aile hekimine başvurmuştur.
- Acil öncesi doktor muayenesi olan hasta grubunun %79'una tekli/çoklu ilaç tedavisi başlanmıştır.
- Acile başvuran hastaların yaklaşık yarısı (%42) düzenli sağlık kontrolüne götürülmemektedir.
- Ebeveynlerin sağlık sorunlarında danıştıkları kişiler incelendiğinde, %36,4'ü çocuk doktoruna, %32'si aile üyeleri ya da komşularına ve %30,5'i aile hekimine danıştığı saptanmıştır.
- Hastaların %36,7'si son bir yıl içinde 1-2 kez acile başvurmuş, son bir yıl içerisinde aile sağlığı merkezi başvuruları değerlendirildiğinde, hastaların %42'si, ebeveynlerin %39,9'u ise 1-2 kez aile sağlığı merkezine başvurmuştur.
- Ebeveynlerin %90,5'i aile sağlığı Merkezinin adresini, %78,1'i aile hekiminin ismini bilmektedir. Aile sağlığı Merkezinin evlerine uzaklığı ise %69,8'inin yürüyerek yarım saati geçmemektedir, %6,8'i ise aile sağlığı Merkezinin uzaklığını bilmemektedir.

- Hastaların ve ebeveynlerin aile sağlığı merkezine son başvuru sebepleri incelendiğinde, hastaların %40,5'i aktif şikâyet nedeniyle, %30,5'i aşılama nedeniyle aile sağlığı merkezine gitmiş; %8,3'ü ise rutin sağlık muayenesi kapsamında aile hekimine başvurmuştur. Ebeveynlerin kendi başvuruları da değerlendirildiğinde, %27,9'u aktif şikâyet nedeniyle, %25,2'si ise reçete-rapor düzenlenmesi amacıyla aile sağlığı merkezine gitmiştir.
- Hastaların %8,9'u aile hekimine hiç gitmemiş, ebeveynlerin %14,8'i ise aile hekimine hiç başvurmamıştır.
- Ebeveynlerin yeşil alan katkı payı bilgisi değerlendirildiğinde, %48,5'i bu konuda bilgi sahibidir.
- Aile hekimine başvuru durumu ile sigorta durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,945$).
- Aile hekimine başvuru durumu ile aile hekimine tanı-tedavi süresinde güven, aile hekiminin tedavi süreci ve acile başvuru süreciyle ilgili yeterli açıklama yapması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,001$).
- Aile hekimi kontrolü ile düzenli sağlık kontrolü arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,156$).
- Sağlık sorunlarında danışılan kişiler ile aile hekimi arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Aile hekimine başvurmuş hastaların %69,2'si aile hekimine, çocuk doktoruna muayene olanların %58,2'si çocuk doktoruna, daha önce doktor başvurusu yapmayanların ise %37,9'u aile üyesi/komşularına başvurmuştur.
- Aile hekimine başvuru durumu ile hastaların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,001$).
- Aile hekimine başvuru durumu ile acile başvuru şikayetleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,001$).
- Acile başvuru şikayetinin mesai içi-dışı olmasına göre muayene öncesi bekleme süresi ve acile başvuru nedenleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).
- Acile başvuru saati ile başvuru şikâyeti değerlendirildiğinde; kulak ağrısı, karın ağrısı ve öksürük şikayetleri ile başvuran hastaların başvuru saatleri

arasında anlamlı farklar gözlemlenmiştir (kulak ağrısı için $p=0,001$, karın ağrısı için $p=0,002$, öksürük için $p=0,003$). Diğer şikâyetler için anlamlı fark saptanmamıştır.

- Hastanın yaşı ile şikâyet süresi ve son bir yıl içinde acile başvuru sayısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak hastanın yaşı ile son bir yıl içinde acile başvuru sayısı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).
- Hastanın yaşı ile şikâyetleri değerlendirildiğinde, ateş şikâyeti ile başvuran hastaların %51,9'unun 0-5 yaş aralığında olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- Hastanın düzenli doktor kontrolü ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).
- Ebeveynin aile sağlığı merkezine başvuru sayısı ile çocuğunu aile hekimine götürme sayısı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Aile hekimine hiç başvuru yapmayan ebeveynlerin %35,7'si çocuğunu da aile hekimine hiç götürmemiştir.
- Ebeveynin eğitim durumu ile yeşil alan katılım bilgisi arasında anlamlı fark saptanmış olup, eğitim seviyesi arttıkça katılım bilgisi artmaktadır ($p<0,001$).
- Hastaların son bir yıl içindeki acile başvuru sayıları ile yeşil alan katılım bilgisi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,095$).
- Hastanın son bir yıl içindeki aile hekimine başvuru sayısı ile acil servise başvuru sayısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,262$).
- Hastanın son bir yıl içindeki acile başvuru sayısı ile mevcut acil servis başvuru şikâyeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,737$).
- Ebeveynin ve çocuğunun aile sağlığı merkezine son başvuru sebepleri arasında anlamlı fark bulunmuş olup, aile hekimine hiç başvurmamayan ebeveynlerin %42'si çocuğunu aşılama sebepli aile sağlığı merkezine götürmüştür ($p<0,001$).
- Acil başvurusu öncesinde aile hekimi veya çocuk doktoruna başvuran hastaların tedavi başlanan ve başlanmayanlar ile başvuru şikâyeti süresi arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p=0,026$). Ancak, tedavi başlanan ve başlanmayan grupla son bir yıl acile başvuru sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,766$).

- Şikâyet öncesi doktor muayenesi olanlarla çocukların acile başvuru sebepleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,877$).
- Acil öncesi aile hekimi başvurusu olan hastaların en sık acile başvuru sebepleri %58 ile mevcut şikâyetin ilerlemesi iken, ikinci sırada %15 ile aile hekiminde yapılamayacak serum takılması, grafi çekilmesi gibi işlemler yer almıştır. Endişelenerek acile başvuranların oranı ise %7,5'tir.

Bu sonuçlar ışığında, çocuk sağlığı ve acil servislerin yönetiminde daha verimli bir yaklaşım benimsenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yoluyla, çocukların sağlık ihtiyaçlarına daha etkin ve sürdürülebilir çözümler sunulmasına katkı sağlanacağı düşündüğümüz önerilerimiz;

- Sağlık okuryazarlığı eğitimi ilkökul yaşlarından itibaren verilmelidir.
- Aile hekimleri tarafından ebeveynlere, gebelik öncesi aile danışmanlığı ile birlikte, gebelik, bebek bakımı, ek gıda vb. eğitimlerle devamında sağlam çocuk izlemi ile ilgili, çocuğun yaş dönemine uygun bilgilendirmeler, ailenin anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.
- Aile hekimi ile birey arasındaki güven ilişkisi arttırılmalıdır. Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı bilgilendirmeler ve teşvikler yapabilir.
- Önümüzdeki yıllarda uzman aile hekimi sayısı artırılarak aile hekimlerine düşen nüfus sayısı azaltılabilir ve hekimlerin mesai saati içinde aile bilgilendirmesi yapması ve toplu eğitim düzenlemesi sağlanabilir.
- Acil servis başvurularının azalması ve birinci basamağa yönlendirilmesi, hastaların daha kaliteli bakım almasını sağlayabilir.
- Aileler çocukların semptomları konusunda bilinçlendirilirse, acil servislerin gereksiz kullanımı, uygunsuz ilaç kullanımı ve ailelerin endişelerinin azalması sağlanabilir.
- Çocuk acildeki yoğunluğun azaltılması için literatüre katkı sağlayacak daha çok çalışma yapılmalı ve ölçekler oluşturulmalıdır.
- Yeşil alan katkı payı arttırılmalı ve halkın bu konuda bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

- Birinci basamağa gitmeden yeşil alan tanısıyla acile gelen hastalardan katkı payı alımı arttırılabilir. Hastalara bu konuda sağlık eğitimi verilebilir.
- Pediatrik aciller ve acil servisin uygun kullanımı hakkında ailelere bilgi verilebilir.
- Aileler için danışma hattı kurularak yönlendirme yapılabilir.
- Aile sağlığı merkezlerinin mesai saati uygulaması esnetilip, aile hekimleri bunun için teşvik edilmelidir.
- Ebeveynlerin aile sağlığı merkezlerinin sunduğu hizmetler hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlamak, sağlık arama alışkanlıklarını etkileyebilir ve böylece çocuklarının acil olmayan sağlık sorunları için acil servisi tercih etmek yerine aile hekimine gitmesini teşvik edebiliriz.
- Birinci basamak pediatrik bakımın güçlendirilmesi ve çocuk acil servislerinde yaşanan yoğunluğun azaltılmasına yönelik prospektif deneysel çalışmaların yapılması, aynı zamanda bu alanda sistematik derlemelerin artırılması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini iyileştirebilir.
- Türkiye'deki çalışmalar, daha geniş örneklem kümesi ve daha büyük bir grupta retrospektif olarak da değerlendirilmelidir.
- Ülkemizde birinci basamağın pediatrik acil servis hizmetleriyle entegre edilmesi, acil servise başvuru sayılarının düşmesine ve hasta yönlendirmelerinin daha hızlı gerçekleşmesine olanak tanıyabilir. Böylece acil servis yükü azaltılabilir.
- Pediatrik acil servis kullanımının azaltılabilmesi için, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, ebeveynlere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi ve doğru yönlendirme stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir. Ülkemizde de deneysel yaklaşımların uygulanması, çocuk acil servislerinin yoğunluğunu hafifletebilir ve sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasına olanak tanıyabilir.
- Birincil sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulabilmesi için, sağlık bilgisi ve erişiminin güçlendirilmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane, 2020. [Internet], Erişim: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,66100/sks-hastane-surum-6-hakkinda.html>. Erişim tarihi: 11.12.2023.
2. T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. [Internet], Resmî Gazete. 2013 Ocak 25. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 10.10.2023
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu, 2017. [Internet], Erişim: <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,40113/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017.html> Erişim tarihi: 15.10.2023
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Sağlık Birimleri Daire Başkanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. [Internet], Resmî Gazete. 2000 Mayıs 11. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 17.10.2023
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ [Internet]. Resmi Gazete. 2022 Eylül 13. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39719&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 17.10.2023
6. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. Natl Health Stat Report. 2010 Aug 6;(26):1-31.
7. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, et al. Emergency department visits for non-urgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013;19:47–59. PMID: 23379744.
8. Tosun M. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamağa Başvurularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi,

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli, 2020.

9. Akbayram HT, Coskun E. Paediatric emergency department visits for non-urgent conditions: Can family medicine prevent this?, *European Journal of General Practice*. 2020;26(1):134–139.
10. Gevrek O. Çocuk Acil Servisine Başvuran Ebeveyn ve Doktorların Aciliyet Algıları ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2012.
11. Kirby S, Wooten W, Spanier AJ. Pediatric Primary Care Relationships and Non-Urgent Emergency Department Use in Children. *Acad Pediatr*. 2021 July ; 21(5): 900–906.
12. Burns RR, Alpern ER, Rodean J, et al. Factors Associated With Urgent Care Reliance and Outpatient Health Care Use Among Children Enrolled in Medicaid. *JAMA Netw open* 2020;3(5):e204185.
13. Ellbrant J, Akesson J, Sletten H, Eckner J, Karlsland Akesson P. Adjacent Primary Care May Reduce Less Urgent Pediatric Emergency Department Visits. *J Prim Care Community Health* 2020; volüme 11:1-6.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. [Internet], Resmi Gazete. 2012 Haziran 20. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 21.11.2023
15. Altındış S, Ünal Ö, Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye'nin Durumu. *Journal of BSHR* 2017;1(2):51-59
16. Institute of Medicine. Emergency Medical Services: At the Crossroads. Washington, DC: The National Academies Press; 2007 [Online]. 25 November 2023, posting date. <https://doi.org/10.17226/11629>.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı, 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. [Internet], Resmi Gazete. 16.05.2014. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19670&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 25.11.2023.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge [Internet]. Resmi Gazete. 2011 Ekim 11. Erişim: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-90234/acil-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-hizmet-birimleri-ve-gorevleri-hakkinda-yonerge.html> Erişim tarihi:12.05.2024
19. World Health Organization. Quality and Accreditation in health care services A global review. [Online], Geneva: World Health Organization; 2003. WHO/EIP/OSD/2003.1. 5 May 2024, posting date. <https://iris.who.int/handle/10665/68410>
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022. [Internet], Ankara: Sağlık Bakanlığı. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html> Erişim tarihi:15.05.2024.
21. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Türkiye’de ve Dünyada Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler, 22 Nisan 2008, İstanbul.
22. Walls R. Dr. Richard Wuerz’s Emergency Severity Index. Acad Emerg Med 2001;8:183-4.
23. Çınar O, Çevik E, Salman N, Cömert B. Emergency Severity Index Triage System and Implementation Experience in a University Hospital. Turk J Emerg Med. 2010;10(3):126-131.
24. Özüçelik DN, Kunt MM, Karaca MA, et al. A model of complaint based for overcrowding emergency department: Five-Level Hacettepe Emergency Triage System. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013;19(3):205-214.
25. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective Hiroyuki Nakao,Isao Ukai, Joji Kotani Acute Medicine and Surgery 2017; 4: 379–384
26. Cazala`a JB, Carli P. Larrey and Percy—A tale of two Barons David Baker. Resuscitation. 2005; 66: 259–62.
27. Iserson KV, Moskop JC. Triage in Medicine, Part I: Concept, history, and types. Ann. Emerg. Med. 2007; 49: 275–87.
28. Iserson KV, Moskop JC. Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. Ann Emerg Med. 2007; 49:282-287. American College of EmergencyPhysicians. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.07.012
29. Zimmermann PG,Herr R. Triage nursing secrets. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006.

30. Acil Servislerde Triyaj Uygulaması, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007; 4 (2): 9-15.
31. The European Definition of General Practice / Family Medicine. [Online], WONCA EUROPE 2023 Edition. 10 June 2024, posting date. https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
32. The General Practitioner In Europe: A statement by the work- ing party appointed by the European Conference on the Teach- ing of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
33. Gay B., What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Soci- ety of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995.
34. Saatçi E., Editörden bölümü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2023;27(2):21-28.
35. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition, BMJ 2000; 320,354-357.
36. Rakel E.R, Rakel D.P, Rakel Aile Hekimliği, editör Esra Saatçi, Dokuzuncu baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2019, p. 5-16.
37. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2013, s. 13-20.
38. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Uygulama Esasları, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu. [Online], Kasım 2014. Erişim: <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/yeterlilik-kurulu>. Erişim Tarihi:10.10.2024.
39. T.C Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. [Online], Resmi gazete: 12.08.2005 Sayı: 25904. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-10507/aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-kapsaminda-saglik-bakanliginca-calistirilan-personele-yapilacak-odemeler-ve-sozlesme-sartlari-hakkinda-yonetmelik.html> Erişim tarihi: 10.11.2024
40. T.C Sağlık Bakanlığı 5258 nolu Aile Hekimliği Kanunu. [Online], Resmi gazete 9.12.2004 Sayı :25665 . Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 20.11.2024

41. T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. [Online], Resmî Gazete. 2015 Şubat 5; Sayı: 29258. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 21.11.2024
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Hizmet Birimleri İzleme ve Değerlendirme Personeli Sertifikalı Eğitim Programı Eğitim programı. [Online], Ankara, 2023. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/izleme-degerlendirme-egitimleri.html> Erişim tarihi: 22.11.2024.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2023). [Online], Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2023. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> Erişim tarihi: 25.11.2024
44. Akdur R. Cumhuriyet'ten günümüze Türkiye'de sağlık. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı; 2008 Eki 21-25; Ankara. s. 45-71.
45. Akdur R. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. yılında Türkiye'de sağlık politikaları. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim "Bilanço 1923-1998" Ulusal Toplantısı Ayrı Basım; 1999; Ankara. Türkiye Bilimler Akademisi; 1999. s. 47-51.
46. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.
47. Kökcü A. Türkiye Cumhuriyeti dönemi sağlık politikaları. Türkiye Klinikleri J Ethicks. 2014;98-105.
48. Ak S. Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları. ASHD. 2022;20(1):28-36.
49. Üstü Y, Uğurlu M, Keskin A. Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulamasında Geliştirilmesi Gereken Noktalar. Ankara Med J. 2016;16(1):82-9.
50. World Health Organization. Primary health care. [Online], World Health Organization .Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> . Erişim tarihi: 01.12.2024.
51. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and

- the Sustainable Development Goals. Technical series on primary health care. WHO/HIS/SDS/2018.15. [Online], World Health Organization; 2018. 1 December 2024, posting date. <https://iris.who.int/handle/10665/328065> .
52. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. [Online], Geneva: World Health Organization; 1978. WHO/EURO:1978-3938-43697-6147. 5 December 2024, posting date. <https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>
 53. Quality in primary health care, Technical series on primary health care. [Online], World Health Organization. 5 December 2024, posting date. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
 54. Framework on integrated people-centred health services: Report by the secretariat. [Online], Geneva: World Health Organization; 2016. Report No.: A69/39. 5 December 2024, posting date. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
 55. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). Quality of primary health care in Georgia. [Online], World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO/EURO:2018-3316-43075-60287. 5 December 2024, posting date. <https://iris.who.int/handle/10665/345698>.
 56. Primary health care system's development strategy and its implementation plan. Vienna:Global Alliance for Health and Social Compact; 2016.
 57. World Health Organization. Regional Office for Europe. Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities: primary health care policy paper series. [Online], Copenhagen: World Health Organization; 2023. WHO/EURO:2023-8071-47839-70649. 12 December 2024, posting date. <https://iris.who.int/handle/10665/373464>.
 58. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: Spain Country Health Profile 2021. [Online], Paris: OECD Publishing; 2021. 12 December 2024, posting date. https://www.oecd.org/en/publications/spain-country-health-profile-2021_7ed63dd4-en.html.

59. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J. Spain: health system review. [Online], Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2018. 12 December 2024, posting date. <https://iris.who.int/handle/10665/330195>.
60. Demirbilek Ö, Hatık SH. Dünyada ve Türkiye'de acil sağlık hizmetleri ve tarihçesi. Ulutaşdemir N, editor. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi – I. Ankara: İksad Publishing House; 2020. s. 41-58.
61. Kut A, Özer C, Dikici M. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin 25 Yılı TAHUD 25. Yıl Kitabı. Editörler, Başak O., Ünlüoğlu İ, Cerrahoğlu A, Topallı R. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık;2015. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin akademik birimlerle ilişkileri bölümü, s. 45-48.
62. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, WONCA World [Internet], Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Erişim: <https://www.tahud.org.tr/page/wonca-world> Erişim Tarihi: 30.01.2025.
63. WONCA, WONCA in brief [Online], WONCA. 30 January 2025, posting date. <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>
64. Karabekiroğlu B, Kuş C, Gümüştakım RŞ. Aile hekimlerinin sağlam çocuk izlemleri konusundaki bilgi düzey ve tutumlarının değerlendirilmesi. J Curr Pediatr. 2022;20(2):155-67.
65. Evliyaoğlu N, Sağlam Çocuk İzlemi Derleme. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42:6-10.
66. Doğan Keskin A. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Gelişimsel Tarama: Geleceğe Yapılan Bir Yatırım mı?. STED. 2021;30(2):126-35.
67. T.C. Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018. [Internet], Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018. Erişim: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf Erişim tarihi: 31.01.2025.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. Aile Hekimliği Uygulaması Planlama Rehberi 2021. [Internet], Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Aile_Hekimligi_Uygulaması_Planlama_Rehberi.pdf Erişim tarihi: 01.02.2025

69. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Aile Hekimliği. [Internet], Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html> Erişim tarihi: 01.02.2025.
70. Primary health care and health emergencies, Technical series on primary health care. [Internet], World Health Organization; 2018. WHO/HIS/SDS/2018.51. 1 February 2025, posting date. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328105/WHO-HIS-SDS-2018.51-eng.pdf>.
71. Özel G. Çocuk Acil Servis Yoğunluğunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman, 2019.
72. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V. Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Med Sci Monit*. 2017;23:4141-4148.
73. Erarslan E. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acile Başvuran Hastaların Klinik ve Demografik Özelliklerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, 2018.
74. Ravi N, Gitz KM, Burton DR, Ray KN. Pediatric non-urgent emergency department visits and prior care-seeking at primary care. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:466.
75. Butun A. The role of family health centres in preventing paediatric emergency department usage of parents of children with non-urgent conditions. *BMC Prim Care*. 2024;25:420.
76. Kurt F, Beğde F, Oğuz S, Tekin D, Suskan E. How Important Are Parental Age and Educational Level in Nonurgent Admissions to the Pediatric Emergency Department? *Pediatr Emerg Care*. 2020;36(9) 414–418 :e479-e483.
77. Liguoro I, Beorchia Y, Castriotta L, Rosso A, Pedduzza A, Pilotto C, Cogo P. Analysis of factors conditioning inappropriate visits in a paediatric emergency department. *Eur J Pediatr*. 2023;182:5427-5437.

78. Çuhacı A. Çocuk acil polikliniğine ateş ile başvuran hastaların tanıları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, 2020.
79. Ekşi MA. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servis'e 24 saat içerisinde aynı/ilişkili şikâyet ile tekrar başvuran hastaların özellikleri. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2020.
80. Yıldız Y, Kanburoğlu MK. Health Service Delivery Quality and Patient Satisfaction in Pediatric Emergency Department. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2021;8:7-14.
81. Leung S, McDonald E, Watson A, Doan Q, Desai N. Community healthcare appointments as an alternative to emergency department assessment: an exploration of family acceptability and preferences. Can J Emerg Med. 2023;25(7):984-991.
82. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K. Çocuk Acil Servisinde Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. Türkiye Acil Tıp Dergisi- Turk J Emerg Med 2009;9(2):65-72.
83. Sayın E. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Yeşil Alan Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, 2018.
84. Ozdemir FN, Oner C, Cetin H, Simsek EE. Evaluation of Persons Knowledge About Family Medicine Practice Who Rarely Select It: A Cross Sectional Study. TJFMPC, 2022;16(4): 823-829.
85. Davis T, Meyer A, Beste J, Batish S. Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education. J Am Board Fam Med. 2018;31(4):550-557.
86. Alele FO, Emeto TI, Callander EJ, Watt K. Non-urgent paediatric emergency department presentation: A systematic review. Journal of Paediatrics and Child Health 55 (2019) 271–277.

87. Montoro-Pérez N, Richart-Martínez M, Montejano-Lozoya R. Factors associated with the inappropriate use of the pediatric emergency department. A systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2023;69:38-46.
88. Smith L, Narang Y, Ibarz Pavon AB, Edwardson K, Bowers S, Jones K, et al. To GP or not to GP: a natural experiment in children triaged to see a GP in a tertiary paediatric emergency department (ED). *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):563-570.
89. Leigh S, Mehta B, Dummer L, Aird H, McSorley S, Oseyenum V, et al. Management of non-urgent paediatric emergency department attendances by GPs: a retrospective observational study. *Br J Gen Pract*. 2020;71(702):e22-e30.
90. Dall'Oglio I, Biagioli V, Pol A, Gawronski O, Carlin C, Cirulli L, et al. Children accessing accident and emergency department for non-urgent consultations: A cross-sectional study about parents' use of primary care services. *Int Emerg Nurs*. 2024;74:101436.

8. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Yeşil Alan Hastalarının Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Durumlarının ve Aciliyet Algılarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran yeşil alan acil hastalarının ebeveynlerinin birinci basamak sağlık hizmetine başvuru durumlarını değerlendirmektir. Çalışma ile ebeveynlerin Aile Sağlığı Merkezleri'ni (ASM) tercih etmeme nedenlerinin belirlenmesi, çocuk acil servisindeki yoğunluğun azaltılması ve ebeveynlerin farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir. Ayrıca, ASM'nin iyileştirilmesi için yapılacak çalışmalara da katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırmamızda, anket yöntemi kullanılarak yüz yüze veri toplama yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, iki bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular yer almakta, ikinci bölümde ise acil servis ve aile sağlığı merkezine başvuru durumlarına ilişkin sorular bulunmaktadır. Elde edilen verilerin analizi, SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada %95 güven aralığı kullanılmış ve $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu anket çalışmasında, 338 hastanın ebeveynleriyle yapılan görüşmeler sonucunda, hastaların %58,3'ü 5-14 yaş, %32'si ise 0-5 yaş aralığında saptanmıştır. Ebeveynlerin %65,7'si kadın olup, %93,5'i hastalarını acile getiren anneler ve babalardan oluşmaktadır. Hastaların %26'sı kronik hastalıklara sahip olup, başvuran hastaların en yaygın şikayetleri ateş, bulantı, kusma ve öksürük olarak belirlenmiştir. Çoğu hasta, acil servise başvurduktan sonra 15 dakikadan daha kısa sürede muayene alınmıştır. Hastaların %35,2'si acilden önce başka bir doktora muayene olmuş, bu hastaların %43,7'si aile hekimine, %56,3'ü ise çocuk doktoru tarafından muayene edilmiştir. Genel olarak, çalışmaya alınan hastaların %15,1'i acil öncesinde aile hekimine başvurmuştur. Ebeveynlerin sağlık

sorunlarıyla ilgili en çok başvurdukları kişiler sırasıyla çocuk doktoru (%36,4), aile hekimi (%30,5) ve aile üyeleri/komşularıdır (%32). Aile sağlığı merkezi başvurularının %42'si aktif şikâyetler, %30,5'i ise aşılama amaçlı gerçekleştirilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular literatürle uyumlu olup, sağlık okuryazarlığının artırılması ve birinci basamağa yönlendirmelerin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu verilerin, pediatrik acil servis yoğunluğunun azaltılması ve aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik yeni araştırmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Çalışmada elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığının artırılması ve birinci basamağa yönlendirmelerin güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı eğitiminin erken yaşlardan itibaren başlatılması, aile hekimliği hizmetlerinin güçlendirilmesi ve birinci basamağa yönlendirmelerin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bulgular, pediatrik acil servis yoğunluğunun azaltılması ve aile hekimliği uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik yeni araştırmalara önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Çocuk acil, Acil olmayan/Uygunsuz acil, Birinci basamak, Çocuk acil servisi, Aile Hekimi

9. ABSTRACT

Evaluation of Primary Care Visit Status and Perceived Urgency of Green Area Patients Admitted to the Pediatric Emergency Department of Akdeniz University Hospital

Objective: The aim of this study is to evaluate the primary care visit status of the parents of green area emergency patients admitted to the Pediatric Emergency Department of Akdeniz University Hospital. The study aims to identify the reasons why parents prefer not to visit Family Health Centers (FHCs), reduce the intensity in pediatric emergency services, and contribute to increasing parents' awareness levels in the literature. Additionally, the study aims to contribute to the improvement of FHCs through further studies.

Method: In this descriptive and cross-sectional study, face-to-face data collection was conducted using a survey method. The participants who agreed to take part in the study were administered a two-section survey. The first section of the survey contained questions about the participants' sociodemographic characteristics, and the second section included questions related to their visits to the emergency department and family health centers. The data were analyzed using the SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) software. A 95% confidence interval was used, and a p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: In this survey study, interviews with the parents of 338 patients revealed that 58.3% of the patients were in the 5-14 age group, while 32% were in the 0-5 age group. 65.7% of the parents were women, and 93.5% of the parents who brought their children to the emergency department were mothers and fathers. 26% of the patients had chronic diseases, and the most common complaints of the patients were fever, nausea, vomiting, and cough. Most patients were examined within 15 minutes after presenting to the emergency department. 35.2% of the patients had visited another doctor before coming to the emergency department, with 43.7% of these patients seeing a family doctor and 56.3% consulting a pediatrician. Overall, 15.1% of the patients in the study had visited a

family doctor before visiting the emergency department. Regarding their healthcare concerns, parents most frequently consulted pediatricians (36.4%), family doctors (30.5%), and family members/neighbors (32%). 42% of the visits to the Family Health Centers (FHCs) were for active complaints, and 30.5% were for vaccination purposes. The findings of the study are consistent with the literature and suggest that increasing health literacy and strengthening referrals to primary care are essential. These findings are expected to contribute to new research aimed at reducing pediatric emergency service workload and improving family medicine practices.

Conclusions: The findings of the study reveal the need to enhance health literacy and strengthen referrals to primary care. Moreover, it emphasizes the importance of starting health literacy education from an early age, strengthening family medicine services, and increasing referrals to primary care. These findings may contribute to new research aimed at reducing pediatric emergency service congestion and improving family medicine practices.

Keywords: Pediatric emergency, Non-urgent/inappropriate emergency, Primary care, Pediatric emergency department, Family doctor

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedenli etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: ‘Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Yeşil Alan Hastalarının Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Durumlarının ve Aciliyet Algılarının Değerlendirilmesi’

b. Araştırmanın İçeriği: Çalışmamızda 0-18 yaş arası çocuğu olan, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi’ne Ocak-Şubat-Mart 2024 aylarında başvuran, triyaj kodu yeşil olarak değerlendirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve çocukları için acil servise başvurmadan önce aile sağlığı merkezine başvuru durumlarını değerlendiren 41 sorudan oluşan anket çalışmasının yüz yüze olarak yapılması planlanmıştır. Çalışmamız kesitsel, tanımlatıcı, prospektif ve tek merkezli bir çalışmadır. Çalışmamızın bu konuda yapılan benzer çalışmalardan farkı Akdeniz bölgesinde çocuk acil servisine başvuran hastalarda benzer çalışma bulunmaması ve benzer çalışmalarda hastalar değerlendirilirken triyaj kodu fark etmeksizin acile başvuran tüm hastalara anket uygulanmıştır. Çalışmamızdaysa triyaj kodu sadece yeşil olan hastalar değerlendirilecek olup bu hastaların toplam acil başvurusu içindeki oranın yoğunluğunu ortaya koymak amaçlanmaktadır. Ailelerin sağlık sorunları için aile sağlığı merkezini tercih oranları ve tercih etmeme sebeplerinin saptanması hedeflenmektedir.

c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi’ne başvuran yeşil alan acil hastalarının ebeveynlerinin birinci basamak sağlık hizmetine başvuru durumlarını değerlendirmektir. Çalışma ile ebeveynlerin Aile Sağlığı Merkezleri’ni (ASM) tercih etmeme nedenlerinin belirlenmesi, çocuk acil servisindeki yoğunluğun azaltılması ve ebeveynlerin farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik literatüre

katkı sağlanması hedeflenmektedir. Ayrıca, ASM'nin iyileştirilmesi için yapılacak çalışmalara da katkı sunulması amaçlanmaktadır.

d. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 338

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmayla katılımcılar için çocuk acil servise başvurulması gerekli durumlar ve birinci basamak sağlık hizmetinin daha etkin kullanımı hakkında farkındalık oluşturulması düşünülmüştür.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Buse Çatmalı

Telefon: 0505 661 77 33

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde

okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Yeşil Alan Hastalarının Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Durumlarının ve Aciliyet Algılarının Değerlendirilmesi Anketi

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen çocuk acil servisine başvuran yeşil alan hastalarının aile sağlığı merkezine başvuru ve ailelerin aciliyet algısını değerlendirmeyi amaçlayan bilimsel bir çalışmadır. Çalışmada, çalışmayı kabul eden ebeveynlere 2 bölümden oluşan bir anket uygulanacaktır. Anketin birinci bölümünde size ve ebeveyni olduğunuz, muayeneye getirdiğiniz çocuk hastanın kişisel özellikleri hakkında sorular sorulmaktadır ve siz izin vermediğiniz sürece verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Anketin ikinci bölümünde ise acil servis başvurusu ve bağlı bulunduğunuz aile hekimi ve aile sağlığı merkezi ile ilgili sorular vardır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Ebeveynin Yaşı: 18-30 yaş ☐ 30-65 yaş ☐ 65 yaş üstü ☐

2.Ebeveynin Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐

3.Ebeveynin Medeni Durumu: Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐

4.Ebeveynin öğrenim durumu: Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐
Ortaöğretim/Lise ☐ Yüksekokul/Üniversite ☐

5.Ebeveynin Mesleği: (Lütfen yazınız)

6.Ebeveynin Sağlık Sigortası: Emekli Sandığı ☐ SGK ☐ Özel Sigorta ☐
Sigortası yok ☐ Yabancı Uyruklu/Mülteci ☐

7.Hastayla yakınlık derecesi: Anne/Baba ☐ Akraba/Kardeş ☐ Dede/Nine ☐
Bakıcı ☐

8.Hastanın yaşı: 0-5 yaş ☐ 5-14 yaş ☐ 14-18 yaş ☐

9.Hastanın Cinsiyeti: Kız ☐ Erkek ☐

10.Hastanın Öğrenim Durumu: Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐
Ortaöğretim/Lise ☐

11.Hastanın Takipli Olduğu Kronik Hastalığı: Var ☐ Yok ☐

Kronik hastalığı varsa tanısı: (Lütfen yazınız)

12.Hastanın Düzenli Kullandığı İlaç: Var ☐ Yok ☐

Düzenli kullandığı ilaç varsa isimleri: (Lütfen yazınız)

13.Hastanın Geçirdiği Ameliyat Öyküsü: Var ☐ Yok ☐

Hastanın geçirdiği ameliyat varsa ne ameliyatı geçirdi ve ne zaman ameliyat oldu? (Lütfen yazınız)

B. ACİL SERVİS BAŞVURUSU İLE İLGİLİ SORULAR

1.Hastanın Acile Başvuru Şikayeti: (Lütfen yazınız)

2. Şikayetleri kaç gündür mevcut?

1 günden kısa süredir şikayetleri mevcut ☐ 1-3 gündür şikayetleri mevcut ☐

4-7 gündür şikayetleri mevcut ☐ 7 günden fazladır şikayetleri mevcut ☐

3.Hastanın mevcut şikayeti için ailenin acile başvuru sebebi nedir? (Lütfen yazınız)

4. Acile Başvuru Saati:

Mesai İçi (08:00-17:00) ☐

Mesai Dışđı (17:00-08:00) ☐

5. Acilde Bekleme Süresi:

0-15 dakika ☐

15-60 dakika ☐

1-2 saat ☐

2 saatten fazla ☐

6. Acil Servise Ulaşma Süresi ve Ulaşım Aracı:

30 dakikadan az ☐

30 dakikadan fazla ☐

Yürüyerek ☐

Toplu taşımayla ☐

Özel araçla ☐

Ambulansla ☐

7. Mevcut şikayetler için acil servise yönlendiren oldu mu?

Evet ☐

Hayır ☐

-Cevap evetse yönlendiren kişi: Aile Hekimi ☐

Çocuk Doktoru ☐

Diğer (Eczacı, komşu, aile bireyi) ☐

8. Hastanın şikayetleri başladıktan sonra aile hekimi/ocuk doktoru/ocuk acil başvurusu oldu mu, tedavi başladı mı?

Evet ☐

Hayır ☐

-Cevap evetse başvuru alan kişi: Aile Hekimi ☐

Çocuk Doktoru ☐

-Tedavi başladıysa hangi ilaçlar reçete edildi?

Ateş Düşürücü/ Ağrı kesici ☐

Antibiyotik ☐

Diğer ☐

Tedavi
başlanmadı ☐

9. Hasta aile hekimi ya da ocuk doktoruna düzenli kontrole gidiyor mu?

Evet ☐

Hayır ☐

10. Sağlık sorunlarınız hakkında kime danışırsınız?

Aile hekimime ☐

Çocuk doktoruna ☐

Eczacıma ☐

Aile üyeleri,

komşu vb ☐

11. Son 1 Yıl İçinde ocuk acile hasta için başvuru sayısı kaçtır?

İlk kez acile başvurdu ☐

1-2 kere ☐

3-4 kere ☐

5 kereden fazla sayıda ☐

12. Hasta son 1 yıl içinde kaç kere aile sağlığı merkezine başvurdu?

Hiç başvurmadık ☐ 1-2 kere ☐ 3-4 kere ☐ 5 kereden fazla sayıda ☐

13. Hastanın ebeveyni kendisi için son 1 yılda kaç kez aile sağlığı merkezine başvurdu?

Hiç başvurmadım ☐ 1-2 kere ☐ 3-4 kere ☐ 5 kereden fazla sayıda ☐

14. Aile hekiminizin ismini biliyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

15. Bağlı bulunduğunuz aile sağlığı Merkezinin adresini biliyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

16. Aile sağlığı Merkezinin evinize uzaklığı yürüyerek kaç dakika?

Bilmiyorum ☐ Yürüyerek 30 dakikadan kısa ☐ Yürüyerek 30 dakikadan uzun ☐

17. Hasta için en son Aile Sağlığı Merkezine başvuru sebebi nedir?

Aşılama amaçlı ☐ Rutin sağlık kontrolü için ☐ Aktif şikayet sebebiyle ☐
Kronik hastalık takibi amaçlı ☐ Tahlil ☐ Enjeksiyon/Pansuman ☐ Hiç
başvurmadı ☐

18. Ebeveynin kendisi için en son aile sağlığı merkezine başvuru sebebi nedir?

Reçete-ilaç raporu düzenlemesi için ☐ Rutin sağlık kontrolü için ☐
Aktif şikayet sebebiyle ☐ kronik hastalık takibi amaçlı ☐ Tahlil ☐
Enjeksiyon/Pansuman ☐ Hiç başvurmadım ☐

**19. Aile hekimine başvurulmadıysa neden aile hekimine başvurulmadı?
(Lütfen yazınız)**

**20. Mevcut şikayet için daha önce başvuru olduysa neden acil servise başvuru
yapıldı? (Lütfen yazınız)**

**21. Acil servis yeşil alan muayenesinde katılım payı ve ilave ücret alındığını
biliyor musunuz?**

Evet ☐ Hayır ☐

22. Aile hekimim bana yardımcı oluyor ve beni anlıyor.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

23. Aile hekimim muayene esnasında bana yeterince zaman ayırıyor.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

24. Aile hekimim tanı-tedavi sürecimde bana yeterli açıklamayı yapıyor.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

25. Aile hekimim acil servise başvurmam gereken durumları bana anlattı.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

26. Aile hekimime tanı-tedavi sürecinde güveniyorum.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

27. Aile hekimime kolay ulaşabiliyorum ve aile hekimimle konuşabiliyorum.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

28. Aile hekimi ve ben şikayetlerimin aciliyeti hakkında genelde hemfikir oluruz.

Evet ☐

Hayır ☐

Emin değilim ☐

Anket bitti, yanıtladığınız için teşekkür ederiz.