



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

HAMZA ALİ AKGÜNEŞ
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

HAMZA ALİ AKGÜNEŞ
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Hamza Ali Akgüneş

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2022 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2022

Tıp Fakültesi

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/10/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

14/06/2023

Dr. Hamza Ali Akgüneş

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın’a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın’a ve çalışmamın uygulanmasına olanak sağlayan ve bilgi birikimini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu’na

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, sevgi, saygı, güven ve desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili annem ve babama; varlığından güç aldığım mutluluk kaynağım olan kardeşlerime

Koşulsuz sevgi ve fedakârlığı ile her daim yanımda olan en büyük desteğim ve en kıymetli varlığım canım eşim Şeyma Akgüneş’e

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Hamza Ali Akgüneş

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Tanımı	3
2.2. Sağlık Hizmetleri	3
2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	4
2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	6
2.2.3. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri	7
2.3. Aile Hekimliği	7
2.3.1. Aile hekimliği tanımı	7
2.3.2. Aile hekimliği disiplini	8
2.3.3. Aile hekimliği görev yetki ve sorumlulukları	9
2.4. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	10
2.4.1. Aile hekimliği tarihçesi.....	10
2.4.2. Türkiyede aile hekimliğinin gelişimi.....	11
2.4.3. Dünyada aile hekimliği örnekleri	12
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sisteminin Yeri ve Önemi	19

2.6.	Birinci Basamakta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon.....	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1.	Araştırmanın Tipi	23
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	23
3.5.	Verilerin Analizi	24
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	24
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	24
4.	BULGULAR	25
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	35
6.	KAYNAKLAR.....	42
7.	EKLER.....	47
	EK-1: Etik Kurul Kararı	47
	EK-2: Anket Formu.....	48
	ÖZGEÇMİŞ.....	51

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ: Vücut Kitle İndeksi
BSSK: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
NSH: Ulusa Sağlık Hizmetleri
SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TUKMOS: Tıpta Uzmanlık ve Standart Belirleme Sistemi
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
YÖK: Yükseköğretim Kurulu
WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	4
Şekil 2.2. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler.....	9
Şekil 2.3. 2017-2021 Yılları Arasında Sağlık Kurumlarına Ortalama Başvuru Sayıları.....	21



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4.2. Hastaların Beden Kitle İndeksi ve Kronik Hastalık Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 4.3. Hastaların Başvuru Şikâyetine Ait Dağılımlar.....	26
Tablo 4.4. Hastaların Geliş Şikâyetlerine Dair Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	27
Tablo 4.5. Hastaların Şikâyeti İçin Aile Hekimine Başvurma Durumları ve Sonuçlarının Dağılımı.....	28
Tablo 4.6. Aile Hekimine Başvurmayanların Nedenlerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4.7. Aile Hekimine Başvuran Hastaların Aile Hekiminden Aldıkları Ön Tanı ve Yönlendirmelerin Dağılımı.....	29
Tablo 4.8: ASM Tarafından Sevk Edilen Hastaların Yönetilebilirliğinin Dağılımı..	30
Tablo 4.9. FTR Uzmanlarının Koydukları Ön Tanıların Dağılımı.....	30
Tablo 4.10. FTR Polikliniğinde İşlem Gören Hastalara Ait Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	31
Tablo 4.11. FTR Uzmanlarının Hastanın Yönetimi Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Şikâyetleri İçin İlk Başvurdukları Kurumun Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.13. Hastaların Yaşına Göre Şikâyetleri İçin İlk Başvurdukları Kurumun Dağılımı.....	34
Tablo 4.14. Hastaların Birinci Basamakta Yönetilme Durumuna Etki Eden Faktörlerin Dağılımı.....	35

ÖZET

Giriş ve Amaç: Aile hekimliği birinci basamak sağlık sisteminin merkezinde yer almakla beraber ikinci ve üçüncü basamağın koordineli bir şekilde çalışmasında ve sürdürülebilir bir sağlık sistemin oluşturulmasında önemli bir role sahiptir. Bu çalışmadaki amacımız bir eğitim ve araştırma hastanesinde fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) polikliniğine başvuran hastaların başvurularını belirleyen durumların değerlendirilmesi ve bu hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğinin değerlendirilmesi olacaktır.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olup 1 Ekim 2022- 1 Şubat 2023 tarihlerinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde FTR polikliniğine başvuran 500 hastadan yüz yüze görüşme yolu ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmamıza 18 yaş ve üzerinde olup çalışmamıza katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 32 soruluk bir anket kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %74'ü (n:370) herhangi bir sağlık problemlerinde ilk olarak iki veya üçüncü basamak hastaneleri tercih ettikleri gözlemlendi. Mevcut şikayetleri için ilk olarak aile hekimliğine başvuranların oranı %19,4 (n:97) olarak belirlendi. Katılımcıların ASM'yi tercih etmeme sebepleri sorulduğunda %31 (n:125) oranında "ASM'lerde yeterli test olmadığı/yapılamadığı için gitmedim" cevabına ulaşıldı. FTR uzmanlarının görüşleri doğrultusunda polikliniğe başvuran hastaların %57'sinin ASM'lerde yönetilebileceği belirlendi. Yaşlıların, kadınların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının, çalışmayanların, kronik hastalığı olanların, köyde yaşayanların, ekonomik durumu düşük olanların hastaneler yerine aile hekimliklerini daha çok tercih ettiği istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Laboratuvar testi istenmeyen, görüntüleme yöntemleri uygulanmayan ve girişimsel işlem yapılmayan hastaların diğer hastalara oranla ASM'de yönetilebileceği istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamıza katılan hastaların bir sağlık problemlerinde ilk tercih olarak ASM'ye başvuru oranlarının düşük olduğu ve bunu önemli sebeplerinden birinin hastaların aile hekimlerinin yetkileri konusunda bilgi eksikliği olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızda FTR polikliniğine başvuran hastaların yarısından fazlasının yönetimi halihazırda birinci basamak hekimlerince yapılabileceği görüldü. ASM'lerdeki fiziksel imkanların geliştirilmesi ve birinci basamakta tanı konulan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların sağlık sigortaları tarafından karşılanması durumunda iki ve üçüncü basamaklarda hasta yükünü azaltacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmeti, fiziksel tıp ve rehabilitasyon

ABSTRACT

Investigation of the manageability of the reasons for patients applying to the Physical Medicine and Rehabilitation Clinic in the primary care setting

AIM: Family medicine plays a central role in the primary healthcare system, as well as in the coordinated functioning of the secondary and tertiary levels of care, contributing significantly to the establishment of a sustainable healthcare system. This study aims to evaluate the factors determining patient referrals to the physical medicine and rehabilitation (PMR) outpatient clinic in an educational and research hospital and assess the manageability of these patients at the primary care level.

MATERIALS AND METHODS: Our study is a descriptive cross-sectional research conducted through face-to-face interviews using a questionnaire with 500 patients who visited the PMR clinic at Sakarya Training and Research Hospital from October 1, 2022, to February 1, 2023. Patients aged 18 and above who volunteered to participate were included in our study. A 32-item questionnaire, created by the researchers, was used as the data collection tool.

RESULTS: It was observed that 74% (n: 370) of the participating patients preferred secondary or tertiary hospitals as their first choice for any health problems. The rate of those who initially sought primary care for their current complaints was determined as 19.4% (n: 97). When participants were asked about their reasons for not preferring Primary Healthcare Centers (PHC), 31% (n: 125) of them responded with "I didn't go because there were not enough tests available or couldn't be performed in PHCs." According to the opinions of PMR specialists, it was determined that 57% of the patients who visited the clinic could be managed in PHCs. It was statistically significant that the elderly, women, primary and middle school graduates, unemployed individuals, individuals with chronic diseases, those living in rural areas, and those with lower economic status preferred PHC over hospitals. ($p < 0.05$) It was also statistically significant that patients who did not require laboratory tests, imaging procedures, or interventional procedures could be managed in PHCs compared to other patients. ($p < 0.05$)

CONCLUSION: In our study, we observed low rates of patients' initial preference for PHCs when it comes to seeking healthcare for their health problems, and one significant reason for this is the lack of knowledge among patients regarding the authorities and capabilities of their family physicians. It was found that more than half of the patients visiting the PMR outpatient clinic in our study could be managed by primary care physicians. We think that improving the physical facilities in PHCs and having health insurance cover the medications used in the treatment of diseases diagnosed at the primary care level would help reduce the patient burden on secondary and tertiary levels of care.

Keywords: Family medicine, physical medicine and rehabilitation, primary healthcare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık alanında gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimi tıp dünyasını etkilemiş ve uzmanlık dallarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Uzmanlık dallarının gelişimi ile birlikte bölünmeler devam etmiş ve aşırı uzmanlaşmaya bağlı olarak hekimler hastaları iyileştirmekten ziyade hastalıkları iyileştirmeye başlamışlardır. Aşırı uzmanlaşmanın diğer bir sonucu ise hekimler belirli bir hastalığı olan kişilere sağlık hizmeti sunarken, ayrışmamış hastalığı olan kişiler doğru sağlık hizmetine ulaşmakta sorun yaşamaya başlamıştır. İkinci dünya savaşının ardından hastaların kapsamlı ve bütüncül bakımını yapabilecek bir hekimin olması gerekliliği, birincil bakım kavramını ve bunun sonucunda genel pratisyenliğe ya da aile hekimliğine olan ihtiyacı ortaya koymuştur (Akdeniz ve ark, 2010).

Günümüz sağlık sistemi uygulamalarında temel organizasyon basamaklandırılmış bir hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Bu örgütlenme içinde Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin girişini oluşturan ve hastalar için ilk temas noktası olma özelliğinden dolayı son derece önemli bir yere sahiptir. 1978 Alma Ata Deklarasyonu'nda da vurgulandığı gibi birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında ve şekillendirilmesinde merkezi bir role sahiptir (Alma Ata Bildirgesi, 1978). Birinci basamakta yer alan aile hekimliği ise bu sistemin merkezinde yer alır. Bu sebepten dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının işlerliği iyi çalışan bir aile hekimliği uygulamasının varlığıyla mümkündür. Zira toplumda karşılaştığımız hastalıkların %90'a yakını birinci basamakta yönetilebilmektedir (Ünal, 2004). İyi işleyen bir aile hekimliği uygulaması oluşturmak için çeşitli bileşenlerin oluşturulması ve uygulanması gerekir. Örneğin, sevk zinciri mekanizması sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesinde ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sisteminin oluşturulmasında önemli bir etkiye sahiptir (Çelik, 2011).

Bu çalışmadaki amacımız sevk sisteminin henüz tam anlamıyla uygulanmadığı ülkemizde bir eğitim ve araştırma hastanesi FTR polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin, öncesinde aile hekimliğine başvuru durumlarının, Aile

Hekimliğıindeki ve FTR polikliniğıindeki yönetiminin incelenmesini ve poliklinik yüküne birinci basamağıın etkisini araştırmak olacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

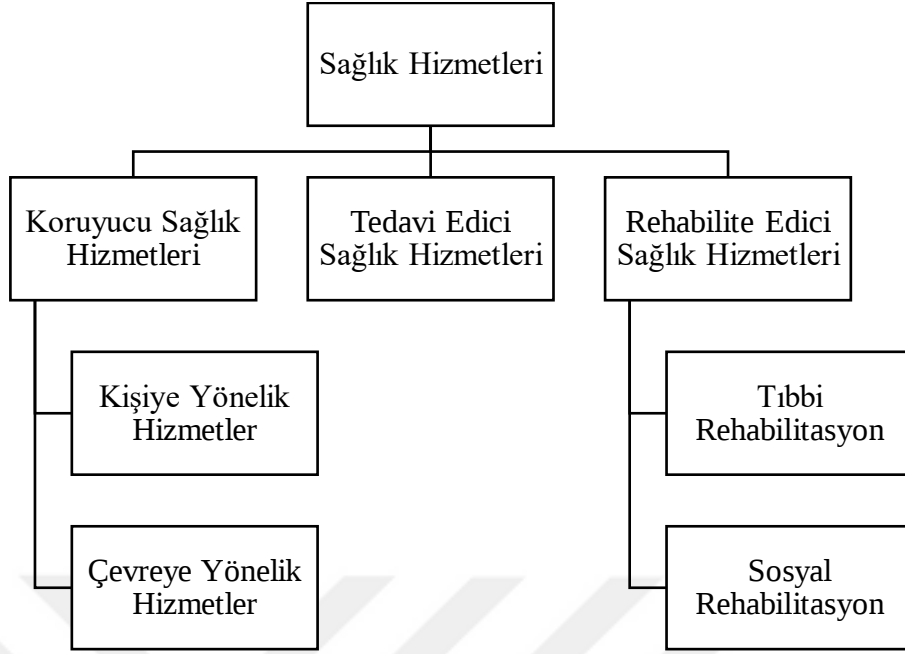
2.1. Sağlık Tanımı

Sağlık, tanımlanması oldukça zor olan bir kavramdır. Bu kavram, tanımlandığı tarihsel döneme ve kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Larson, 1991). Geleneksel bakış açısına göre sağlık kavramı hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını ön plana çıkarmış, bireylerin ve toplumların sağlığı bu kavram çerçevesinde değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı da sağlık kavramı gibi, tarihin çeşitli dönemlerinde ve değişik kültürlerde farklı yorumlanmıştır. Hastalık kavramındaki bu farklılıklardan dolayı sağlık kavramını yeniden tanımlama gereği doğmuştur (Akdur, 1999). Bu gereklilikten doğan beklentilerin artmasına bağlı olarak sağlık kavramı bireylerin "yaşamlarını sürdürebilmelerinden" "mutluluk duygusuna sahip olmalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "iyilik halinin sağlanmasına" ve "hasta olmamalarına" varıncaya kadar çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (Larson, 1991).

Dünya sağlık örgütü tarafından 1948'de yapılan ve hala geçerliliğini koruyan tanım ise "Sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur." şeklinde tanımlamıştır (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, Erişim tarihi 11.12.2022).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri; sağlığa zararlı olan etmenlerin yok edilmesi ve bu etmenlerin tesirinden korunulması, hastaların ve hastalıkların iyileştirilmesi, iyileşemeyip bedeni ve ruhi becerileri azalmış olanların bakım verene muhtaç olmadan bağımsız şekilde yaşayabilmeleri için rehabilite edilmesi ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalardır (<https://library.hacettepe.edu.tr/hubooks/index.php?fn=read&key=aa1760>, Erişim tarihi 11.12.2022).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Us, 2019'dan değiştirilerek kullanılmıştır.)

Sağlık hizmetlerinin ilk amacı bireylerin hasta olmalarını engellemek ve hastalıklardan korumaktır. Fakat her türlü çabaya rağmen herkesi hastalıklardan korumak mümkün olmaz. Bu durumda sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan hastaların tedavisi devreye girer. Günümüz bilgi ve teknolojisi ile tam olarak tedavi edilemeyen hastaların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite olmaları gerekir. Bu da sağlık hizmetlerinin üçüncü amacıdır. Bu bilgiler ışında sağlık hizmetleri koruma, tedavi ve rehabilitasyon olarak üç sınıftan oluşmaktadır (Şekil 2.1) (<https://library.hacettepe.edu.tr/hubooks/index.php?fn=read&key=aa1760>, Erişim tarihi 11.12.2022).

2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Gelecekteki olası hastalığın riskini, süresini ve ciddiyetini engelleyecek veya en aza indirecek, kişide hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini içermektedir (<https://gebzefatihdh.saglik.gov.tr/TR-246335/koruyucu-saglik-hizmetleri.html> erişim tarihi 12.12.2022).

Koruyucu sağlık hizmetleri ilk etapta birincil, ikincil ve üçüncül olarak 3 alt gruba ayrilsada, dördüncül koruyucu sağlık hizmetlerinin eklenmesiyle dört başlık altında toplanmıştır.

Birincil koruyucu sağlık hizmetleri; Bireyde veya toplumda sağlık sorunları ortaya çıkmadan önce sorununun sebebini ortadan kaldırmak veya önlemek için yapılan hizmetlerdir. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve spesifik korumayı da içerir. Bağışıklama, yaşam tarzı değişiklikleri, riskli davranışlardan kaçınmak vb. birincil koruma düzeyine örnektir (Jamouille, 2014).

İkincil koruyucu sağlık hizmetleri; Sağlık sorununu birey ya da toplumda erken aşamada tespit etmek için yapılan hizmetlerdir. Böylece sağlık sorununun yayılması ya da uzun süreli etkileri azalır ve uygulanacak tedavi kolaylaşır. Ülkemizde yapılan meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları ikincil koruyucu sağlık hizmetlerine örnektir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser/yayinlar/Kitaplar/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf, Erişim tarihi 12.12.2022).

Üçüncül koruyucu sağlık hizmetleri; Bireydeki veya toplumdaki, akut ve kronik sağlık sorunları sebebiyle gelişebilecek fonksiyonel bozuklukları en aza indirerek, bu sorunların kronik etkilerini azaltmak için yapılan hizmetlerdir. Hipertansiyon veya diyabet gibi kronik hastalıkların komplikasyonlarını önlemek için yapılan periyodik muayeneler üçüncül koruyucu sağlık hizmetlerine örnektir (Jamouille, 2014).

Dördüncül koruyucu sağlık hizmetleri; İnvazif tıbbi girişimleri önlemek için aşırı medikalizasyon riskinde olan bireyi veya toplumu belirlemek ve onlara etik kabul edilen bakım uygulamalarını sağlamak için yapılan hizmetlerdir (Jamouille, 2014).

Bu dört korumaya ek olarak Strasser tarafından 1978’de ortaya atılan bir başka koruma düzeyi de primordial korumadır. Bu koruma düzeyinde hastalıkların oluşmasına sebep olduğu bilinen sosyal, kültürel ve ekonomik yaşam tarzlarının benimsenmesini engellemektir. Sigara içmenin engellenesi için yapılan çalışmalar, obezite için risk faktörlerini belirleyip buna yönelik girişimlerin yapılması primordial koruma düzeyine örnek verilebilir (Hancock, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye y6nelik hizmetler ve 6evreye y6nelik hizmetler şeklinde sınıflandırılmıştır. Kişiye y6nelik hizmetler hastalara veya ailelerine verilen hizmetleri i6ermektedir. Bu hizmetler erken tanı ve taramaları, hastalara verilen sağlık eğitimini, ana ve 6ocuk sağlığını, aile planlamasını, aşılama 6alışmaları gibi hizmetleri kapsamaktadır. 6evreye y6nelik hizmetler ise daha temiz ve sağlıklı bir ortam oluşturarak toplumun sağlığının korunmasını ama6lamaktadır. İ6me suyunun temizlenmesi, hava kirliliğinin 66nlenmesi, atık maddelerin denetimi, gıdaların sanitasyonu, radyasyon ve zararlı canlılarla m6cadele, end6stri ve konut sağlığı, g6r6lt6 kirliliğinin denetlenmesi gibi hizmetler 6evreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerine 6rnek g6sterilebilir (Tengilimoğlu, 2014).

2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hasta olan kişiler i6in muayene, tetkik ve tedavi i6eren hizmetlerin t6m6 tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde adlandırılabilir (Yıldırım,1994).

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Bireylerin 6eşitli sebeplerle başvurduğu, sağlık sorunlarını 66zen, toplumun b6y6k bir kısmını tedavi eden, koruyucu sağlık hizmetleri sunan ve gerektiğinde ikinci veya 666nc6 basamağa sevk eden sağlık sistemidir (Starfield, 2003).

Toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, kamu idareleri b6nyesindeki kurum hekimlikleri, medikososyal birimleri vb. birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Sağlık hizmet sunucuları. Sosyal G6venlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 24.Mart.2013, sayı:28597).

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların teşhisi ve yatırılarak tedavisi i6in d6zenlenen hizmetlerdir. Eğitim vermeyen il ve il6e devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediyelere ait hastaneler ikinci basamakta hizmet vermektedir (Sağlık hizmet sunucuları. Sosyal G6venlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 24.Mart.2013, sayı:28597).

666nc6 Basamak Sağlık Hizmetleri: İleri tetkik ve 66zel tedavi gerektiren hastalıklar i6in d6zenlenen sağlık hizmetleridir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, 6niversite hastaneleri, dal hastaneleri ve bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma

merkezleri üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedir (Sağlık hizmet sunucuları. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 24.Mart.2013, sayı:28597).

2.2.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Hastalık veya kaza sonrası bireylerin kaybettiği bedensel veya ruhsal becerilerin tekrar kazandırılmasını hedefleyen, çeşitli sebeplerle günlük yaşamını tek başına idame edemeyen ve iş gücü kaybına uğrayan hastalara verilen hizmettir (Tengilimoğlu, 2014).

- a. Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık veya kaza sonucunda ortaya çıkan sakatlık, organ kaybı ya da kaybedilen çalışma gücünün geri kazandırılmasına yönelik verilen hizmetlerdir. Protez takma işlemleri, fizik tedavi uygulamaları, destek cihazları kullanımı ve komplikasyonların iyileştirilmesi bu gruba girer.
- b. Sosyal Rehabilitasyon: Sosyal çalışmacılar ve psikologlar tarafından verilen yaşlıların huzur evine yerleştirilmesi, bakım evlerinde sakat ya da yaşlılara bakım verilmesi, uygun iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

2.3. Aile Hekimliği

2.3.1. Aile hekimliği tanımı

Aile hekimliği diğer branşlara göre nispeten yeni gelişen bir branş olmasından dolayı farklı tanımlamaları olan bir kavramdır. Aile hekimliğinin tanımı 1900lü yıllarında başından itibaren zaman içinde Leeuwenhorst, Gay, Dünya Sağlık Örgütü ve Olesen gibi çeşitli kişi ve kurumlarca geliştirilmiş ve 2002 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği olarak adlandırılan WONCA tarafından son şeklini almıştır (Güldal ve ark, 2012).

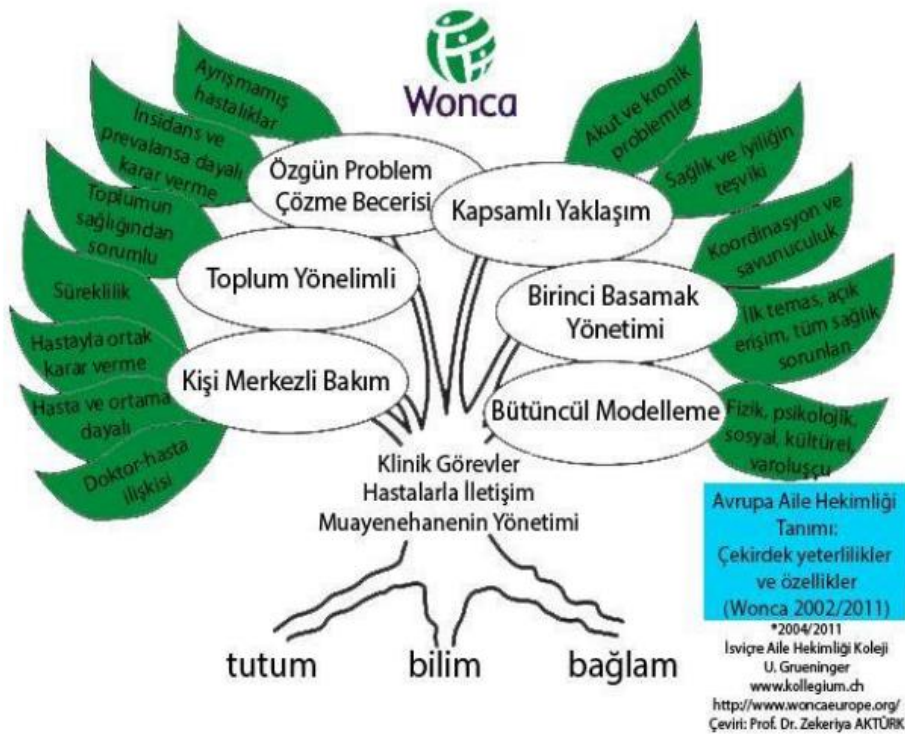
Aile hekimliği kendini 1970’li yılların başlarında dünyaya kabul ettirmeye başlamış ve ilk tanımını Leeuwenhorst 1974’te yapmıştır. Leeuwenhorst’a göre aile hekimliği; “yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilişidir.

Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır’’ şeklinde ifade edilmiştir (Leeuwenhorst, 1974).

Zaman içinde sağlık anlayışındaki değişimlere bağlı olarak aile hekimliği farklı şekillerde tanımlanmış ve son tanımı WONCA 2002 yılında ‘kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.’ şeklinde yapmıştır (Allen ve ark, 2011).

2.3.2. Aile hekimliği disiplini

WONCA aile hekimliğini, sağlık hizmetini uygulamak amacıyla arayış içerisinde olan, sağlık sorunları olan bireylere kapsamlı bir sağlık hizmeti sunarak bundan birinci derece sorumlu olan ve bu hizmeti organize eden sağlık personeli olarak tanımlar.



Şekil 2.2. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (Wonca 2002/2011)

Aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriklerini, kanıta dayalı sağlık hizmet sunumunu, genel pratisyenlik hizmetlerini, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini ve klinik çalışmaları bünyesinde barındırır. Bu tanımlamalar çerçevesinde aile hekimliği bilimsel ve akademik çalışmaların disiplin içinde yürütüldüğü bir uzmanlık dalıdır (Evans,2011).

WONCA aile hekimliğinin gerektirdiği görev ve sorumlulukları disipline etmiştir. Bu disiplin bir aile hekimi olarak hastaların yaş, cinsiyet veya başka bir özelliğine bakmaksızın sağlık sorunlarıyla ilgilenmek, hastalara sunulan hizmetin koordinasyonunu sağlayarak sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlamak, hastaların kendisine, ailelerine ve tüm topluma yönelik olarak kişi merkezli yaklaşım sergilemek, kendine özgü görüşme süreci geliştirerek hasta ile zaman içinde gelişen güven ortamı sağlamak, hastaların akut veya kronik hastalıklarının yönetimini aynı zamanda yapmak, hastaların sorunlarını sadece fiziksel ve ruhsal olarak değil toplumsal ve kültürel boyutlarıyla değerlendirmek, hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansını göz önünde bulundurarak karar vermek gibi görevleri içermektedir. Ayrıca hastalara verilen hizmetin sürekliliğinden, henüz ayrımlaşmamış ve acil yardım gerektiren hastalıkların yönetiminden, toplum sağlığının ve iyilik halinin gelişimi için etkili müdahalelerden sorumlu olmak da bu disiplinin bir parçasıdır (şekil 2.2) (Evans,2011).

2.3.3. Aile hekimliği görev yetki ve sorumlulukları

Aile hekimi, aile sağlığı merkezinin yönetiminden, hizmet içi eğitimlerin sağlanması ve birlikte çalıştığı ekibin denetlenmesinden ayrıca sağlık bakanlığınca uygulanan kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin uygulanmasından sorumludur. Aile hekimi hastaları bir bütün olarak değerlendirip verilen sağlık hizmetini ekip çalışması şeklinde sunar. Ayrıca sağlık bakanlığının belirlemiş olduğu usul ve esaslara göre görev yaptığı bölgede toplum sağlığı merkezi ile birlikte verilen sağlık hizmetini planlamak, görevi sırasında karşılaştığı toplumu ve çevreyi ilgilendiren sağlık sorunlarını toplum sağlığı merkezine bildirmek, hastalarının ilk değerlendirmesini yapabilmek adına altı ay içinde ev ziyaretlerinde bulunmak, hastalara danışmanlık hizmeti vermek, hastaların periyodik muayenelerini yapmak ve aile planlaması konusunda hizmetler vermek, kendisine kayıtlı bireylerin izlem ve

taramalarını yapmak, evde takibi gereken yaşlı özürlü veya yatalak hastalara evlerinde sağlık hizmeti sunmak, tanısı veya tedavisi aile sağlığı merkezi şartlarında yapılamayan hastaların sevkini yapmak ve ardından geri bildirim yolu ile hastaların geçirdiği süreci değerlendirmek, evde bakım hizmetleri ile hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlamak, gerektiği zaman hastayı gözlem altında tutmak, hastalarının sağlık hayatlarını güncellemek adına senelik değerlendirmelerde bulunmak, verilen sağlık hizmetlerinin kayıtlarını tutmak ve gerekli durumlarda bildirimlerini yapmak, hastalar için düzenlenmesi gereken rapor ve belgeleri düzenlemek, bakanlığın belirlediği konularda eğitimlere katılmak aile hekimlerinin sorumlulukları arasındadır (T.C Resmî Gazete, 25.05.2010 Sayı: 27591).

2.4. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

2.4.1. Aile hekimliği tarihçesi

On dokuzuncu yüzyıla kadar hekimlerin çoğu genel pratisyenlerden oluşmaktaydı ancak yirminci yüzyılda gelişen teknoloji, artan bilgi ve birikimler sonucunda hekimlik mesleği uzmanlaşma sürecine girmiştir. Bu uzmanlaşma yıllarca devam etmiş ve aşırı uzmanlaşmanın bir sonucu olarak hekimler hastalara değil hastalıklara odaklanmaya başlamıştır. Bu gelişmelerin ışığında bütüncül sağlık hizmeti sunabilecek ve koruyucu sağlık hizmeti verebilecek hekimlik bilinci oluşmuştur (Whinney, 1997). Bu bilinç ilk kez 1923 yılında iç hastalıkları uzmanı olan Dr. Francis Peabody tarafından vurgulanmıştır. Dr. Francis Peabody, “modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla parçaya ayırdığı ve hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel tababete dönülmesi gerektiği” yolunda bir uyarı yapmıştır (Rakel, 1990).

Peabody’nin uyarısı ilk etapta göz ardı edilse de 1945 yılı sonrasında değişen dünyada aile hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi anlaşılmaya başlanmıştır. ABD’de 1947 yılında kurulan American Board Of General Practice bunun bir kanıtı niteliğindedir (Young, 1997).

1952 yılında İngiltere’de genel pratisyenlik kavramını geliştirmek ve standartlarını arttırmak amacıyla Royal Collage of General Practitioners kurulmuştur. Ancak bu

gelişmeler aile hekimliğine geçişin hızlandırılmasına yeterli olmamıştır. Aile hekimliğinin dönüm noktalarından biri olarak kabul edilen Mills ve Willard raporları 1966 yılında yayınlanmıştır. Bu raporlarda Family Practice olarak isimlendirilen yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından ve mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliğinden bahsedilmiştir. Sonrasında 1969 yılında ABD’de American Board of Family Practice adında yeni bir uzmanlık kurulu kurulmuştur (Dikici ve ark, 2007).

Leeuwenhorst ve arkadaşları tarafından 1974 yılında Hollanda’da gerçekleştirilen Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı, aile hekimliğinin tanımı, gerekliliği ve aile hekimliğinin eğitim süreci açısından aile hekimliği gelişim sürecindeki en mühim toplantılardan biridir (Leeuwenhorst, 1974 ve Leeuwenhorst, 1977).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansında ‘‘2000 yılında herkese sağlık’’ sloganı ile bazı hedefler ve stratejiler belirtilmiştir. Aile hekimliğinin, sağlık hizmetlerinin basamak sisteminde kilit rol oynadığı ve aynı zamanda birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinin kendine özel bilgi ve beceri gerektirmesinden dolayı alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Bu konferans sonrasında tüm dünyadaki sağlık politikaları gözden geçirilmiş ve Alma Ata Konferansı aile hekimliği tarihinde kendine önemli bir yer edinmiştir (Alma Ata Bildirgesi, 1978).

1998 yılında DSÖ tarafından düzenlenen 51. Toplantıda dünya sağlık bildirgesi yayınlanmıştır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık sisteminin merkezinde olması gerektiği vurgulanmıştır. Aile hekimliğinin görev tanımı ve kurumsallaşması, aile hekimlerinin ilk temas noktası olması ve bağımsız örgütler kurmaları konusundaki önerilerle birlikte Aile Hekimliği uzmanlık dalının gelişmesinin yolu açılmıştır (Boelen, 2002; WHO, 1998).

2.4.2. Türkiyede aile hekimliğinin gelişimi

Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır (Yaman, 2011). Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk kez 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde açılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Uzmanlık eğitimi ise 1985 yılında Ankara İstanbul ve İzmir’de sağlık bakanlığına

bağlı toplam 9 tane eğitim hastanesinde verilmeye başlanmıştır (Görpeliöğlu ve ark, 1995). Aile hekimleri uzmanlık derneği (AHUD) 1990 yılında Ankara’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimler tarafından kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1992 yılında Ankara’da ‘‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Aile Hekimliği Eğitimi’’ gerçekleştirilmiştir (Ünlüoğlu, 2004). 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu’nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalları kurulmaya ve asistan eğitimi verilmeye başlanmıştır. Yine 1993 yılında ilk kez "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" düzenlenmiş, pilot bölge olarak seçilen Bilecik ilinde aile hekimliği uygulamalarına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Kantarcı, 2015).

2002 yılında sağlık bakanlığı ‘‘Acil Eylem Planı’’ açıklamış ve bu planda ‘‘Herkesin Sağlık’’ adı altında temel hedefler belirlemiştir. 2003 yılında ise koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarıldığı ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ duyurulmuş ve bu durum aile hekimliğine geçiş sürecini hızlandırmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

2004 yılında Aile hekimliği uygulamaları için ‘‘Aile Hekimliği Türkiye Modeli’’ geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Ardından Sağlık Bakanlığı tarafından bazı iller pilot uygulama illeri olarak seçmiş ve aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce’de başlatılmıştır. 2006 yılında 10 il daha pilot uygulama ili olmuştur. 2010 yılında ise Türkiye’deki tüm iller aile hekimliği uygulamasına geçiş yapmıştır. Bu sayede koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamaktaki tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri tarafından uygulanması sağlanmıştır (Kantarcı, 2015).

2.4.3. Dünyada aile hekimliği örnekleri

Amerika: Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimliği uygulaması 1969 yılında başlamıştır. 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlayan süreç 1973 yılında 165 program ve 1754 asistana kadar ilerlemiştir. 2000 yılına gelindiğinde ise 50 eyalette 472 programa ve 10503 asistan sayısına ulaşmıştır (http://www.istanbul.saglik.gov.tr/ahweb/dun_aile_hek.aspx, Erişim tarihi 20.05.2023).

Aile hekimliği, Amerikan sağlık sistemi içerisinde kritik bir konuma sahiptir ve günlük hasta bakımı açısından diğer uzmanlık dallarına göre en yoğun hizmet veren uzmanlık dalıdır. Son istatistikler, Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği uzmanlarının, sayıca iç hastalıkları uzmanlarından sonra ikinci sırada yer aldığını ortaya koymaktadır (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html>, Erişim tarihi 20.05.2023).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sigortalarıyla anlaşmalı muayenehanelerde bulunan aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. Hasta olan kişiler, aile hekimleri tarafından ynlendirilebilecekleri st basamak sağlık hizmetlerine başvurabilecekleri gibi, bu yönlendirmenin zorunlu olmadığı durumlarda kendileri de st basamak sağlık hizmetlerine başvurabilirler (Saraçlı, 2010).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, Amerika Birleşik Devletleri'nde mezuniyet sonrası üç yıl sürmektedir ve resertifikasyon gerektirmektedir. Bu uzmanlık dalındaki sertifikasyon sürecinden Amerikan Aile Hekimliği Kurulu (American Board of Family Practice) sorumludur (Saatçi ve ark, 2006).

Almanya: Almanya'da ilk aile hekimliği kürsüsü, 1976 yılında Hannover Tıp Fakültesi'nde faaliyete geçmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini seçmek isteyen hekimler için zorunlu bir bitirme sınavı uygulaması, 1980 yılından itibaren başlatılmıştır. Bununla birlikte, 1994 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi, zorunlu hale getirilmiştir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/dunyada-aile-hekimlii.html>, Erişim tarihi 20.05.2023).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmeti genel pratisyenler veya aile hekimleri tarafından verilmektedir. Bireyler, hekimlerini seçme hakkına sahiptir. Diğer uzmanlık dallarına ve hastanelere başvurabilmek için birinci basamak hekiminin sevkı zorunlu kılınmıştır. Birinci basamaktan sevk olmaksızın ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalardan belirli bir ücret talep edilmektedir (Thomson ve ark, 2012).

Beş yıl süren aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 36 ayı iç hastalıkları kliniğinde geri kalan 24 ayı ise aile hekimi uzmanları refakatinde eğitim alarak geçer. Beş yılında sonunda sınava girme zorunluluğu vardır (https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdfOrdner/Weiterbildung/ Erişim tarihi: 20.05.2023).

İngiltere: İngiltere'de, Aile Hekimliği yerine "Genel Pratisyenlik" terimi kullanılmaktadır. Aile hekimleri, tek başlarına ya da dört/beş hekimin birleşerek çalıştığı muayenehanelerde görev yapmaktadır. Hekimler, duruma göre hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı veya tıbbi sekreter ile birlikte çalışmaktadırlar (Saatçi ve Sezer, 1996). Bir aile hekimi, yaklaşık 2000-3000 kişiye hizmet sunmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2005).

Acil durumlar hariç, aile hekimleri tarafından sevk edilmeyen hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuramazlar. Ayrıca, aile hekimleri tarafından ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edilme oranı yaklaşık %10'dur. Uzmanlık eğitimi süresi 2 yılı hastanede ve 1 yılı aile hekimi uzmanı yanında olmak üzere 3 yıldır. Bu eğitimin sonunda sınava girmek zorunlu değildir ancak Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji üyeliği için sınava girilmesi gerekmektedir (http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=55&layout=blog&Itemid=214, Erişim tarihi: 20.05.2023).

Fransa: Birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenler, serbest çalışan aile hekimleri ve diğer uzmanlar tarafından sağlanmaktadır. Fransa'da, aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu olup, 3 yıllık bir program şeklinde uygulanmaktadır. Bu program, teorik derslerin yanı sıra, pediatri, genel cerrahi, acil servis, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye gibi 6 farklı serviste 6 ay süreli rotasyon ve 2 ayrı aile hekimi uzmanının muayenehanelerinde staj yapma gibi uygulamalı eğitimleri de içermektedir. Aile hekimlerinin, bulundukları bölgeye göre ortalama hasta sayısı 1000 ila 1500 arasındadır. Bu hekimler haftada ortalama 55 saat çalışarak günde 25-30 hastaya hizmet verirler ve her bir hastaya ortalama 15-20 dakika ayırırlar (Köroğlu, 2013).

Fransa'da, 16 Temmuz 2019 tarihinde kabul edilen Sağlık Yasası, daha iyi organize edilmiş bir bölgesel sağlık sistemi oluşturmayı hedeflemektedir. Bu yasa sayesinde aile hekimliği uzmanları farklı çalışma seçeneklerine sahip olmuştur. Bu seçenekler arasında, özel muayenehane açarak (yalnız ya da grup olarak) hizmet sunmak, sabit bir ücretle sağlık merkezlerinde çalışmak, yan dal uzmanlığı isteyen doktorlar için "serbest yan dal uzmanı" olarak çalışmak gibi seçenekler yer almaktadır (Çeçem ve ark, 2015).

Fransa'da zorunlu sevk sistemi uygulaması bulunmamaktadır ancak aile hekimliği reformu ile birlikte, sevk zinciri oluşturarak daha iyi bir sağlık sistemi hedeflenmiştir. 16 yaşın üstündeki bireyler, kendi tercihleri doğrultusunda aile hekimlerini seçebilme ve değiştirme özgürlüğüne sahiptir ancak tercih ettiği halde başka bir doktora başvuru yapanlar daha az geri ödeme almaktadırlar. Aile hekimleri, hastalarını gerekli gördükleri durumlarda telefonla arayarak veya e-posta yoluyla uzman hekimlere veya hastanelere sevk edebilirler. Hasta, aile hekimine haber vermeden başka bir uzman doktorla görüşmek istediğinde randevusu daha geç bir tarihe verilir (Çeçem ve ark, 2015).

Kanada: Kanada da sağlık hizmetlerine ilk temas noktasında aile hekimleri görev yapmaktadır. Büyük şehirlerde kendi muayenelerinde çalışan hekimler, kırsal alanlarda ise küçük hastanelerde veya sağlık merkezlerinde hizmet vermektedir. Ayrıca gerekli koşullarda ikinci basamağa yönlendirdikleri hastalarının takibini de bizzat kendileri sürdürürler (Elkin, 2014).

Tıp fakültesi öğrencileri mezuniyet öncesinde aile hekimliği uygulama birimlerinde 4-6 hafta süre ile staj yaparlar. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi iki yıl sürmektedir ancak isteyenler bu süreyi 3 yıla çıkartabilir. Bu sayede geriatri veya acil tıp bölümlerinde ya da akademik alanda çalışabilirler (<http://www.muglahed.org/index.php/aile-hekimligi/aile-hekimligi/dunyadakigelisimi>, Erişim tarihi:20.05.2023).

1954 yılında açılan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği uzmanlığı eğitimini tamamlayıp sınavı başarı ile geçen hekimlere üyelik imkânı sunmaktadır. Kolej tarafından verilen devamlı tıp eğitimi mecburidir (<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-34675/dunyada-aile-hekimligi.html> 20.05.2023).

Küba: Küba’da 1984 senesinde uygulanmaya başlayan ‘Aile Hekimliği Planı’nın ardından sağlık merkezlerinde bir aile hekimi ve bir hemşireden oluşan ekipler şeklinde çalışılmaya başlanmıştır. Bir poliklinik, belirli bir bölgenin sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamak üzere tasarlanmıştır. Aile hekimliği ekipleri, 2,5 kilometrelik bir yarıçap içinde bulunan bölgede yaşayan insanlara hizmet vermektedir. Her ekip yaklaşık 800-1000 kişiden sorumludur. Ülke genelindeki tüm nüfus, sağlık sigortası kapsamında ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Aile hekimleri, poliklinikler ve hastaneler gibi sağlık hizmeti sunan yerlere doğrudan başvurarak sağlık hizmetlerinden yararlanmak mümkündür. Eğer hastaneye sevkı gerektiren bir durum varsa, hasta ile birlikte hastaneye gidilmekte ve hastaneden düzenli geri bildirimler alınmaktadır. Her birey, istediği aile hekimini seçmekte özgürdür (Turhan, 2014).

Aile hekimlerinin temel görevleri dört ana başlık altında toplanabilir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, aşılama yapmak, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmek ve rehabilitasyon hizmetleri vermektir. Ayrıca, diğer uzman hekimler de belirli aralıklarla aile hekimlerinin muayenehanelerine giderek konsültasyon taleplerini yanıtlar, aile hekimlerinin çalışmalarını gözden geçirir ve eğitimleri konusunda yardımcı olurlar. 6 yıllık tıp eğitiminin ardından 2 yıl daha eğitim alınarak aile hekimi olunabilmektedir. Farklı branşların tercihi bu iki yıllık eğitimden sonra yapılmaktadır (Turhan, 2014).

İsveç: İsveç’te 1995 senesinde alınan bir karar ile birinci basamakta çalışan hekimlere genel pratisyenlik alanında uzmanlaşma zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri kamu kurumlarının yanı sıra özel klinikler tarafından da verilebilmektedir. Vatandaşlar, ikamet ettiği il sınırları içinde olmak kaydıyla istediği aile hekimini seçebilir (Kızılnal, 2017).

İsveç’te zorunlu sevk sistemi yoktur, fakat aile hekimliğine başvurmadan direk ikinci basamağa giden hastalardan katkı payı talep edilmektedir. Aile hekimliklerinde katkı payının uygun olması, sevk edildiği takdirde ücret ödenmemesi hastaların ilk etapta aile hekimliklerini tercih etmeleri için teşvik edici bir unsurdur (Kızılnal, 2017).

Norveç: Birinci basamak hizmet sunumu aile hekimleri ve halk sağığı hemşireleri tarafından sağıık merkezlerinde verilmektedir. Her il, sağıık yönetimi ağıısından tek bir ana bölgeyi oluşturur. Bu ana bölgeye bağılı kırsal sağıık yönetimleri vardır (Turhan, 2014).

Her aile hekimi, bölgesine göre değıışen sayıda (genellikle 1500-2000 kişi) hastaya hizmet verir. Yerel sağıık yönetimi, hangi bölgelerde kaç tane aile hekiminin çalışacağına karar verir. Bireyler, kendi aile hekimlerini seçme özgürlüğüne sahiptirler. Aile hekimlerinin haftada en az 38 saat çalışma süresi vardır ve ücretlerini hasta başına sabit bir miktar olarak yerel sağıık yönetiminden alırlar. Ayrıca, hekimler ev ziyareti yaptıkları süre zarfında yolun uzaklığına göre ek ücret talep edebilirler (<http://www.satark.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf>, Erişim tarihi: 20.05.2023).

Aile hekimlerinin eğıitim etkinliklerine katılma zorunluluğı bulunmaktadır. Bu eğıitimler yüz yüze ya da uzaktan eğıitim yoluyla düzenlenir ve belirli bir eğıitim seviyesini tamamlamış hekimlere daha yüksek ücretler ödenir. Gece ve hafta sonu nöbetleri, birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri tarafından icap şeklinde evde tutulur ve her nöbet için ödeme yapılır. Ayrıca, haftada 38 saatten fazla çalışan hekimlere ek ücret ödenir. Norveç'te zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır, hastalar aile hekiminin sevki olmadan hastaneye başvuramamaktadır (<http://www.satark.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf>, Erişim tarihi: 20.05.2023).

Aile hekimliğı için uzmanlık eğıitimi 1985 yılında onaylanmıştır. Eğıitim süresi 1 yılı klinikte, 4 yılı sahada bir aile hekiminin yanında olmak kaydıyla 5 yıldır (<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-34675/dunyada-aile-hekimligi.html> Erişim tarihi: 20.05.2023).

Hollanda: Hollanda da kamu ve özel sigortalar tüm halkı kapsamaktadır. Birinci adım sağıık hizmetleri başta aile hekimleri olmak üzere ebeler, eczacılar, fizyoterapist ve diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Grol, 2006).

Hollanda da her birey aile hekimini kendisi seçmektedir ve kendi aile hekiminin sevki olmadan başka bir hastaneye başvuru yapamamaktadır. Aile hekimliklerine

ortalama 2500 kişi kayıtlıdır. Aile hekimi uzmanı olmak için tıp fakültesinden sonra 3 yıl ihtisas yapma mecburiyeti bulunmaktadır (Schoen ve ark, 2009).

Danimarka: Danimarkada birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Aile hekimleri ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık hizmetinden sorumludur. Bu hizmetler hastaların muayenesi, uygun ilaçların reçete edilmesi, anne, çocuk ve yaşlıların takibi, çocukların aşılanması gibi hizmetleri içermektedir.

Danimarkada iki tip sigorta sistemi bulunmaktadır. Halkın %97'si 1. Tip sigorta kapsamındadır. Birinci tip sigorta kapsamında olan hastalar aile hekimi seçmek zorundadır ve 6 ay boyunca aile hekimlerini değiştiremezler. Hastaneye veya uzman hekime aile hekiminin sevkı vasıtasıyla giderler bu şekilde ücret ödemezler. İkinci tip sigortalıların aile hekimi seçme mecburiyeti yoktur. Herhangi bir hastaneye veya uzman hekime doğrudan başvurabilir. İkinci tip sigortalı olanlar başvurularındaki ilave ücretleri kendileri öderler.

Her bölgede mesai dışı acil sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla nöbet sistemi bulunmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri de mesai dışı nöbet sistemine dahildir ve dönüşümlü olarak nöbet tutmaktadır (http://www.ekutuphane.teb.org.tr/arşiv.php?anabelge_no=398, s. 17-18 erişim tarihi 20.05.2023).

Portekiz: Portekiz'de 1979 yılı öncesinde bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için ücret ödüyorlardı ancak 1979 yılında tüm ülkeyi kapsayan Ulusal Sağlık Hizmetleri (NSH) kurulmuş ve sağlık hizmet sunumu yeniden düzenlenmiştir (Barros ve ark, 2011).

Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle aile hekimleri ve hemşireler tarafından yerel aile hekimliği birimlerinde, bakım ünitelerinde veya sağlık merkezlerinde sunulmaktadır. Bazı bakım merkezlerinde dermatoloji uzmanı, pediatri uzmanı, psikiyatri uzmanı, kadın doğum uzmanı gibi hekimler yer almaktadır (Conceição ve ark, 2000).

Aile hekimleri; aile sağlığı, sağlığın teşviki, akut ve kronik hastalıkların tedavisi, koruyucu sağlık hizmetleri, çocuk ve erişkin sağlığı, ruh sağlığı, kadın sağlığı,

rehabilitasyon hizmetleri, palyatif bakım ve terminal dönem bakımı gibi hizmetlerin sunumundan sorumludur (Villanueva, 2009).

Portekizde hem bireylerin aile hekimlerini hem de aile hekimlerinin bireyleri seçme hakkı vardır. Bir aile hekimi en az bin en fazla iki bin kişiden sorumludur (Barros ve ark, 2011).

İsrail: İsrail’de sağlık hizmetlerinin birinci basamağını oluşturan birimler kırsal ve kentsel alanlarda farklılık göstermektedir. Kırsal alanlarda bir doktor ve bir hemşireden oluşan ekipler bu hizmeti sürdürürken, kentsel bölgede daha kalabalık ekipler şeklinde sağlık hizmeti verilmektedir. Ayrıca kentsel alanda çalışan bu ekiplerin laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri imkanları da bulunmaktadır.

İsrailde aile hekimliği eğitimi bütün tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası olarak verilebilmektedir. Mezuniyet sonrası eğitim 4 yıldır ve bitiminde sınava tabi tutularak mezun edilir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html> Erişim tarihi: 20.05.2023).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sisteminin Yeri ve Önemi

Sağlık sistemi, toplumun ihtiyaçlarının karşılanması, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların maliyetlerine karşı hastaları finansal olarak koruma alanlarında hizmet vermek için oluşturulmuş sistemdir. Ülkeler bu alanlardaki hizmetlerin verimli bir şekilde sunulması amacıyla pek çok strateji geliştirmektedir. Bu stratejiler araştırma ve geliştirme faaliyetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi, finansal yapı, örgütlenme ve organizasyon gibi alanları içermektedir (WHO, 2000).

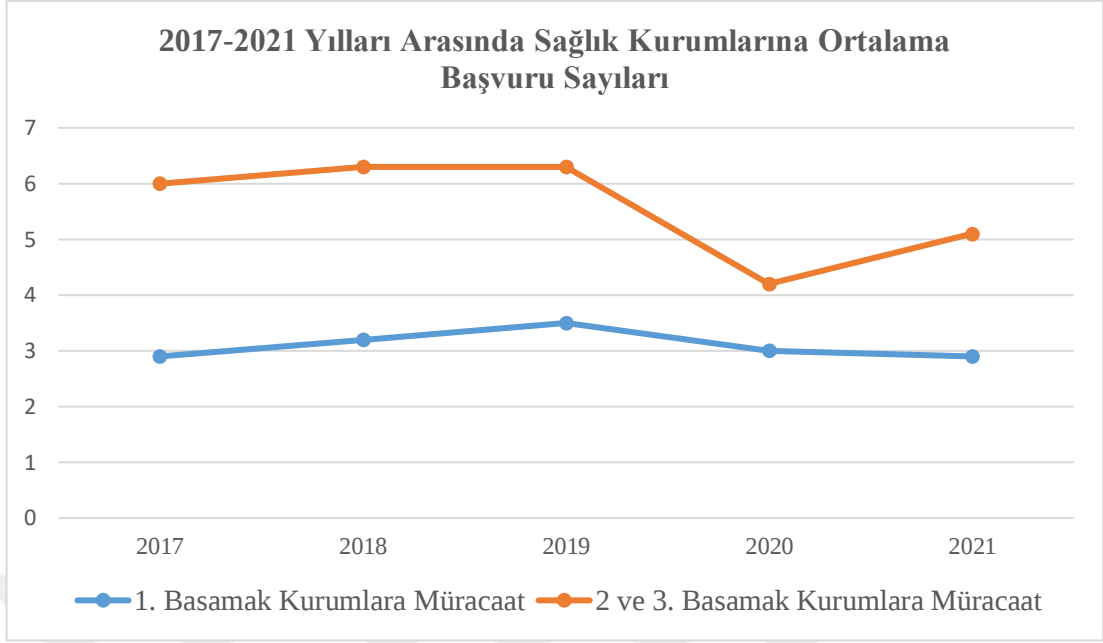
Sağlık sisteminin basamaklandırılması, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde uygulanabilmesi açısından atılan önemli adımlardan biridir. Çünkü basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde her basamak sağlık hizmeti verimliliğini arttırmakta ve maliyetleri düşürmektedir (Tabish, 2010). Ancak basamaklandırılmış sağlık sisteminin uygulanabilirliği ve işlevselliği açısından bazı gereklilikler bulunmaktadır. Sevk sitemi bu gerekliliklerden biridir.

Sevk sistemi tıp alanında kullanılan teknolojinin artması ve tıpta uzmanlık alanlarının giderek farklılaşmasından dolayı bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. 20. Yüzyılın başlarında hastaların genel pratisyen hekimler üzerinden uzman hekimlere ulaşabilme imkânı olarak kabul görmüş bir ilke haline gelmiştir (Bossyns, 2006).

DSÖ sevk sistemini ilk defa 1978 yılında herhangi bir sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olan hastanın uygun bir uzman ya da kuruma yönlendirilme süreci olarak tanımlamıştır (Alkinaidri ve Alsulami, 2018). Diğer bir tanımda ise sevk, birinci basamaktaki hekimin hastasının tanısı ve tedavisindeki karar verme sürecini bir ya da daha fazla uzman hekim ile paylaşması olarak da tanımlanmıştır (Grembowski ve ark, 1998).

Sevk sisteminin başarılı bir şekilde uygulanması halinde hastaların uygun basamakta doğru hizmeti almaları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına uygunsuz başvuruları engelleyerek yoğunluğun azaltılması ve bu kurumların olanaklarının mali açıdan etkin bir şekilde kullanılması sağlanabilir. Nitekim Sağlık Bakanlığının açıkladığı verilerde birinci basamak başvuru sayıları 2021 yılında 245.525.320 iken ikinci ve üçüncü basamağa 2021 yılında 430.126.870 başvuru yapılmıştır. Birinci basamak kurumlarda kişi başı müracaat oranları 2017-2021 yılları arasında sırasıyla 2,9-3,2-3,5-3,0 ve 2,9 iken ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda kişi başı müracaat oranları sırasıyla 6,0-6,3-6,3-4,2 ve 5,1 olarak belirtilmiştir (Şekil 2.3). Oranlar bu şekildeyken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine uygun olmayan başvuruların sıklığı ve bu başvuruların başarılı bir basamaklandırma ve sevk sistemi ile amaca uygun hale getirilmesi oldukça önem arz etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Ülkemizde 2010 yılında hayata geçirilen aile hekimliği uygulaması ile birlikte sevk sistemini geliştirmek ve uygulamak amacıyla birçok mevzuat çalışması ve pilot uygulamalar yapılmıştır. Ancak hekim sayısının yetersizliği, aile hekimine bağlı nüfusun fazla olması, toplumdaki sağlık okuryazarlığının düşük olması, aile sağlığı merkezlerinin tetkik kapasitesinin ve fiziki alanların yetersiz olması gibi çeşitli sebeplerle hedefe ulaşılamamıştır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018).



Şekil 2.3. 2017-2021 Yılları Arasında Sağlık Kurumlarına Ortalama Başvuru Sayıları (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021)

Farklı ülkelerde farklı şekillerde uygulanan sevk sistemi zorunluluk veya teşvik esasına göre ikiye ayrılmıştır. İtalya, Hollanda, Portekiz gibi bazı ülkeler birinci basamağa kayıt yaptırmayı zorunlu tutmuş, Çek Cumhuriyeti ve Avusturya gibi ülkeler teşvik etmiştir. Aynı şekilde İngiltere, İspanya ve Kanada gibi ülkelerde ikinci basamak hizmetine ulaşmak için birinci basamak sevk zorunlu iken İsviçre Belçika ve Fransa gibi ülkelerde serbest bırakılmıştır (OECD, 2012).

2.6. Birinci Basamakta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, hareket sistemine ait hastalıkların tanı ve tedavisine odaklanan, ayrıca doğumsal ya da sonradan kazanılmış fizyolojik ve ya anatomik yetersizlikleri olan kişilerin yaşam kalitelerini arttırmak, bağımlılıklarını azaltmak ve mevcut kapasitelerinin en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla rehabilitasyon uygulayan bir tıp dalıdır (<https://tip.baskent.edu.tr/kw/genel.php?birim=600&id=5846> erişim tarihi: 08.01.2023).

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon günümüzün oldukça yaygın sağlık sorunlarıyla ilgilenmesinden ötürü önemli bir branştır. Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)

2019 yılı verilerinde 15 yaş üstü bireylerde görülen sağlık sorunları incelendiğinde bel bölgesi problemleri ve boyun bölgesi problemlerinin ilk iki sırada yer aldığı belirtilmiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> Erişim tarihi: 09.01.2023). Yapılan bir çalışmada ise FTR polikliniğinde en sık koyulan tanıların sırasıyla disk hernileri, artrozlar, yumuşak doku romatizmaları ve artritler olduğu gösterilmiştir (Tekeoğlu ve ark, 1998).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi'nin (TUKMOS) aile hekimliği eğitimi için planlamış olduğu standartlar incelendiğinde FTR anabilim dalı ile ortak olan birçok hastalık görülmüştür (TUKMOS, 2019). Bu yönde yapılan bir çalışmada aile hekimliğine yapılan başvuruların %11,8'inin FTR ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Fidancı ve ark, 2016). Bu iki polikliniğin ortak paydasında bulunan hastaların uygun basamakta ve etkin tedavi alması sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin artmasına vesile olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız, 1 Ekim 2022- 1 Şubat 2023 tarihlerinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belirli bir örneklem tipi kullanılmamış olup, çalışmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 500 gönüllü hasta ile yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 32 sorudan oluşmaktadır. Üç uzman hekim tarafından denetlenen ve uygun şekilde revize edilen anket SEAH aile hekimliği polikliniğinde pilot olarak uygulandı. Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik konularındaki problemleri çözüldükten sonra son haline getirildi. Yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak veriler toplandı.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik verileri içermektedir. İkinci bölüm FTR polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikâyetlerini, bu şikâyetlerin sürelerini ve şikâyetleri ile ilişkili olan durumları sorgulamaktadır. Üçüncü bölümde FTR polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimliğindeki süreci ve yönetimi sorgulanmıştır. Dördüncü

bölüm ise FTR polikliniğinde istenen; laboratuvar testleri, görüntüleme işlemleri veya girişimsel işlemler gibi yönetim sürecini kapsayan konuları içermektedir. Muayene sonrasında FTR uzmanına sorulan değerlendirme sorusu ile anket tamamlanmaktadır.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda nitel veriler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Nicel veriler için ortalama ve standart sapma, ortanca (minimum; maksimum) kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve olasılık grafikleri ve Shapiro-Wilkinson testi ile incelenmiştir. Kronik hastalık bilgisi kişilerden alınırken birden fazla hastalık kaydedilmiştir. Kronik hastalık yüzdeleri cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenlerin analizinde nitel veriler için Pearson Ki-kare testi, nicel veriler için Student T-Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olduğu için sonuçlar tüm evrene genellenemez. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon anabilim dalına bağlı, Sedef Hastalıkları Polikliniği, Romatoloji Polikliniği ve FTR polikliniği olmak üzere 3 adet poliklinik bulunmaktadır. Çalışmamız FTR polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalara uygulanan anket ile yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05/10/2022 tarihli ve 260 numaralı etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-1). Katılımcılar çalışmadan önce çalışmanın amacı, verilerin kullanımı ve vereceği yanıtlarının gizliliği hakkında bilgilendirilmiş, sözlü onamları alınmış ve katılımcı olmayı kabul eden hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 500 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $51,12 \pm 13,64$ 'dür. Yaş ortancası 50 (minimum:18 maksimum:86)'dir.

Katılımcıların %75'i (n=375) kadındır. Katılımcıların %31,4'ü (n=157) lise mezunu, %28,2'si (n=141) ortaokul mezunudur. Katılımcıların %35,2'si (n=176) aktif çalışma hayatına devam etmektedir ve %9,2'si (n=46) emeklidir. Katılımcıların %52,2'si (n=261) ev hanımı, %13,6'sı (n=68) memur, %10,6'sı (n=53) özel sektör çalışandır. Katılımcıların %85,6'sı (n=428) evlidir. Katılımcıların %70,8'i (n=354) ekonomik durumunu orta, %25,2'si (n=126) düşük olarak belirtmiştir. Katılımcıların %50,6'sı (n=253) il merkezinde, %37,4'ü (n=187) ilçe merkezinde yaşamaktadır. Sosyodemografik verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı	(%)
Cinsiyet (n=500)		
Kadın	375	75,0
Erkek	125	25,0
Eğitim Düzeyi (n=500)		
İlkokul ve altı	110	22,0
Ortaokul	141	28,2
Lise	157	31,4
Üniversite ve üzeri	92	18,4
Çalışma Durumu (n=500)		
Çalışan	176	35,2
Çalışmayan	278	55,6
Emekli	46	9,2
İş Statüsü (n=500)		
Ev hanımı	261	52,2
Memur	68	13,6
Özel sektör	53	10,6
İşçi	47	9,4
Serbest meslek	43	8,6
Çiftçi	16	3,2
Öğrenci	12	2,4
Medeni Hali (n=500)		
Evli	428	85,6
Bekar	72	14,4
Ekonomik Durumu (n=500)		
Düşük	126	25,2
Orta	354	70,8
Yüksek	20	4,0
İkamet Yeri (n=500)		
Köy	60	12,0
İlçe merkezi	187	37,4
İl merkezi	253	50,6

Hastaların %49,6'sı (n=248) BKİ yönünden fazla kilolu, %33,8'i (n=169) normal kilolu sınıfındadır. Hastaların %49'unun kronik hastalığı vardır. En sık görülen 3 kronik hastalık; %53,4 (n=131) ile hipertansiyon, %37,5 (n=92) ile diyabetes mellitus, %13,0 (n=32) ile kardiyovasküler hastalıklar olmuştur. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların beden kitle indeksi ve kronik hastalık durumlarının dağılımı

BKİ Sınıflaması (n=500)	Sayı	(%)
Zayıf	5	1,0
Normal	169	33,8
Fazla kilolu	248	49,6
Obez	76	15,2
Morbid obez	2	0,4
Kronik Hastalık Durumu (n=500)		
Yok	255	51,0
Var	245	49,0
Kronik Hastalık Türleri (n=245)		
Hipertansiyon	131	53,4
Diyabetes mellitus	92	37,5
Kardiyovasküler hastalık*	32	13,0
Hiperlipidemi	23	9,3
Diğer	83	33,8

*: Birden fazla hastalık kaydedilmiştir. Yüzdelere kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların şikayetleri için en sık ilk başvurdukları yer %44,4 (n=222) ile devlet hastanesi olmuştur. Bunu %29,6 (n=148) ile eğitim ve araştırma hastanesi takip etmektedir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların başvuru şikayetine ait dağılımlar

	Sayı	(%)
İlk Başvurduğu Yer (n=500)		
Aile Sağlığı Merkezi	114	22,8
Devlet Hastanesi	222	44,4
Özel Hastane	16	3,2
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	148	29,6

En sık görülen başvuru şikayetleri; %22,0 (n=110) ile bel ağrısı, %16,2 (n=81) ile boyun ağrısı, %13,6 (n=68) ile diz ağrısıdır. Hastaların %45,2'sinin (n=226) şikayetinin bir ay ile bir yıl arasında olduğu görülmüştür. Hastaların %7,4'ünde (n=37) travma öyküsü vardır. Hastaların %0,8'inde (n=4) güç kaybı-his kaybı öyküsü vardır. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların geliş şikâyetlerine dair bazı özelliklerin dağılımı

	Sayı	(%)
Başvuru Şikayeti (n=500)		
Bel ağrısı	110	22,0
Boyun ağrısı	81	16,2
Diz ağrısı	68	13,6
El-kol-dirsek ağrıları	55	11,0
Omuz ağrısı	52	10,4
Yaygın vücut ağrısı	36	7,2
Sırt ağrısı	24	4,8
Kalça ağrısı	23	4,6
Diğer	51	10,2
Şikayetin Süresi (n=500)		
Bir aydan kısa	90	18,0
Bir ay ile bir yıl arası	226	45,2
Bir yıldan uzun	184	36,8
Travma Öyküsü (n=500)		
Yok	463	92,6
Var	37	7,4
Güç kaybı- His kaybı Öyküsü (n=500)		
Yok	496	99,2
Var	4	0,8
İdrar-Gayta Kaçırma Öyküsü (n=500)		
Yok	495	99,0
Var	5	1,0
Tekerlekli Sandalye Öyküsü (n=500)		
Yok	492	98,4
Var	8	1,6

Hastaların %19,4'ü (n=97) şikayeti öncesinde aile hekimine başvurmuştur. Aile hekimine başvuranların en sık karşılaştığı sonuç %75,2 (n=73) ile tetkiklerin ASM'de yapılamadığı söylenip tedavi verilip FTR'ye yönlendirilmek olmuştur. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların şikayeti için aile hekimine başvurma durumları ve sonuçlarının dağılımı

	Sayı	(%)
Aile Hekimine Başvuru Durumu (n=500)		
Başvuranlar	97	19,4
Başvurmayanlar	403	80,6
Başvuru Sonucu (n=97)		
Aile hekimim tetkiklerin ASM'de yapılamadığını söyledi, tedavi verip FTR'ye yönlendirdi	73	75,2
Aile hekimim tetkik yaptı ve tedavi verdi	16	16,4
Aile hekimim tetkiklerin ASM'de yapılmadığını söyledi, tedavi vermeden FTR'ye yönlendirdi.	4	4,2
Aile hekimim tetkik yaptı ama tedavi veremeyeceğini söyleyerek FTR'ye yönlendirdi	4	4,2

Hastaların %31,0'ı (n=125) ASM'lerde yeterli test olmadığı/yapılamadığı için aile hekimine başvurmadığını belirtmiştir. Hastaların %13,5'i (n=55) şikayetin aile hekiminin alanında olduğunu bilmediği için başvurmadığını belirtmiştir. Hastaların %9,2'si (n=37) ailesi ve yakınlarının kendisini FTR polikliniğine yönlendirdiği için aile hekimine başvurmadığını belirtmiştir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Aile hekimine başvurmayanların nedenlerinin dağılımı

	Sayı	(%)
Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri (n=403)		
ASM'lerde yeterli test olmadığı/yapılamadığı için gitmedim	125	31,0
Bu hastalığın aile hekimlerinin alanında olduğunu bilmiyordum	55	13,5
Ailem/yakınlarım bu şikayetlere FTR'nin baktığını söyledi	37	9,2
Pratisyen olduğu için uzman hekime görünmek istedim	35	8,7
Beni zaten hastaneye yönlendireceğini düşündüğüm için ilk buraya geldim.	29	7,2
Aile hekimliğine genelde ilaç, rapor vs için gidiyorum	26	6,5
Hastanelerde işler daha hızlı ilerliyor, daha çabuk test sonuçlarını görüyoruz	25	6,2
Aile hekimime gitmek aklıma gelmedi	19	4,7
Aile hekimime hiç gitmedim, tanımıyorum	18	4,5
Aile hekimliği evime uzak, hastane daha yakın bu yüzden ilk buraya geldim	14	3,5
Çalıştığım yerdeki işyeri hekimi FTR'ye yönlendirdi	12	3,0
Aile hekimimi sevmiyorum/güvenmiyorum	8	2,0

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Aile hekimine başvuranların en sık aldığı ön tanı %39,2 (n=38) ile miyalji olmuştur. Bunu %19,6 (n=19) ile lomber disk hernisi takip etmektedir. Aile hekimine başvuranların %90,7'sine (n=88) tedavi verildiği saptanmıştır.

Tedavi verilenlerin %53,4'ü (n=47) tedaviden kısmen fayda gördüklerini, %37,5'i (n=33) tedaviden fayda görmediklerini belirtmiştir. Aile hekimleri başvuranların %83,5'ini (n=81) sevk etmiştir. Aile hekimlerinin başvuranların %54,6'sına (n=53) öneride bulunduğu belirlenmiştir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldıkları ön tanı ve yönlendirmelerin dağılımı

	Sayı	(%)
Aile Hekimlerinin Ön Tanıları (n=97)		
Miyalji	38	39,2
Lomber disk hernisi	19	19,6
Servikal disk hernisi	14	14,4
Fibromiyalji	7	7,2
Diğer	19	19,6
Aile Hekiminin Tedavi Verme Durumu (n=97)		
Aile hekimi tedavi vermiş	88	90,7
Aile hekimi tedavi vermemiş	9	9,3
Tedaviden Fayda Görme Durumu (n=88)		
Fayda görenler	8	9,1
Fayda görmeyenler	33	37,5
Kısmen fayda görenler	47	53,4
Aile Hekiminin Sevk Etme Durumu (n=97)		
Sevk etmiş	73	75,2
Sevk etmemiş	24	24,8
Aile Hekiminin Öneride Bulunma Durumu (n=97)		
Aile hekimi öneride bulunmuş	53	54,6
Aile hekimi öneride bulunmamış	44	45,4

ASM tarafından sevk edilen hastaların %68,5'inin yönetiminin FTR uzmanlarınca birinci basamakta yapılabileceği, %13,7'sinin ise yönetiminin yapılabileceği ancak tedavinin SGK kapsamında olmadığı için aile hekimliklerince reçete edilemeyeceği saptanmıştır. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8: ASM tarafından sevk edilen hastaların yönetilebilirliğinin dağılımı

	Sayı	(%)
Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi	50	68.5
Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar sağlık sigortası kapsamında ödeme olmadığı için yönetilemeyebilir	10	13.7
Hayır, laboratuvar/test imkânı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi	3	4.1
Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi	4	5.4
Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi	4	5.4
Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi	2	2.7

FTR uzmanlarının en sık koydukları üç tanı sırasıyla lomber disk hernisi (%16,4) (n=82), servikal disk hernisi (%9,2) (n=46), omuz impiciment (%8,0) (n=40) olmuştur. Detaylı bilgiler Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. FTR uzmanlarının koydukları ön tanıların dağılımı

	Sayı	(%)
FTR Uzmanlarının Ön Tanıları (n=500)		
Lomber disk hernisi	82	16,4
Servikal disk hernisi	46	9,2
Omuz impiciment	40	8,0
Meniskopati	39	7,8
Osteoporoz	34	6,8
Miyofasyal ağrı	30	6,0
Fibromiyalji	27	5,4
Miyalji	25	5,0
Skolyoz	15	3,0
Karpal tünel sendromu	13	2,6
Gonartroz	12	2,4
Diğer	137	27,4

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

FTR polikliniğinde işlem gören hastaların %69,8'inde (n=349) laboratuvar yöntemine ihtiyaç duyulmamıştır. İhtiyaç duyulan tetkiklerin ASM'lerde yapılma durumuna bakıldığında hastaların %41,7'sinde (n=63) yapılamadığı, %38,4'ünde (n=58) ise kısmen yapılabildiği görülmüştür. Hastaların %90,6'sından (n=453) görüntüleme tetkiki istenmiştir. Hastaların yalnızca %9,8'ine (n=49) girişimsel işlem yapılmıştır. Hastaların %9,2'si (n=46) başka bransa sevk edilmiştir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. FTR polikliniğinde işlem gören hastalara ait bazı özelliklerin dağılımı

	Sayı	(%)
Laboratuvar Yöntemlerine İhtiyaç Durumu (n=500)		
İhtiyaç duyulanlar	151	30,2
İhtiyaç duyulmayanlar	349	69,8
ASM'de Laboratuvar Tetkikleri Yapılma Durumu (n=151)		
Yapılanlar	30	19,9
Yapılmayanlar	63	41,7
Kısmen yapılanlar	58	38,4
Görüntüleme Tetkiki Yapılma Durumu (n=500)		
Yapılanlar	453	90,6
Yapılmayanlar	47	9,4
Girişimsel İşlem durumu (n=500)		
Yapılanlar	49	9,8
Yapılmayanlar	451	90,2
Başka Branşa Sevk Edilme Durumu (n=500)		
Sevk edilmiş	46	9,2
Sevk edilmemiş	454	90,8

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

FTR uzmanlarının hastaların birinci basamakta yönetimi hakkında en sık belirttikleri ifade (%57,4) (n=287) “Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi” olmuştur. Bunu sırasıyla %12,6 (n=63) ile “Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi” ve %11,0 (n=55) ile “Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi” izlemektedir. FTR uzmanlarının hasta hakkında son değerlendirmesinde en sık görülen üç öneri sırasıyla (%54,9) (n=180) fizik tedavi önerisi, (%23,8) (n=78) egzersiz önerisi, (%7,3) (n=24) fizik tedavi+egzersiz önerisi olmuştur. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. FTR uzmanlarının hastanın yönetimi hakkındaki görüşlerinin dağılımı

	Sayı	(%)
FTR Uzmanlarının Birinci Basamakta Yönetimi Hakkında Görüşleri (n=500)		
Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi	287	57,4
Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi	63	12,6
Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi	55	11,0
Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir	35	7,0
Hayır, laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi	33	6,6
Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi	27	5,4
Son Değerlendirme (n=328)		
Fizik tedavi önerisi	180	54,9
Egzersiz önerisi	78	23,8
Fizik tedavi+egzersiz önerisi	24	7,3
Algoloji sevk	23	7,0
Ortopedi sevk	13	3,9
Beyin cerrahisi sevk	6	1,8
Diğer branşlara sevk	4	1,3

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Hastaların cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, ikamet yeri, ekonomik durumu ile şikâyetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların erkeklere oranla daha fazla ASM’ye başvurduğu görülmüştür. İlkokul ve ortaokul mezunu olanların lise ve lisans mezunlarına göre daha fazla ASM’yi tercih ettiği görülmektedir. Çalışma durumuna bakıldığında emekli olan ve mesleği olmayan katılımcıların çalışan katılımcılara oranla daha fazla aile hekimliğini tercih ettiği görülmüştür. Kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre daha fazla ASM’yi tercih ettiğini

belirtmiştir. İkamet yeri köy olanlar, il ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre daha fazla aile hekimliğini tercih etmektedir. Katılımcıların ekonomik durumları yükseldikçe ASM'ye olan başvuruların azaldığı görülmektedir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun karşılaştırılması

		İlk Başvurulan Kurum		* p
		ASM n (%)	Hastane n (%)	
Cinsiyet (n=500)	Kadın	101 (26,9)	274 (73,1)	0,001
	Erkek	13 (10,4)	112 (89,6)	
Medeni Durum (n=500)	Evli	100 (23,4)	238 (76,6)	0,463
	Bekar	14 (19,4)	58 (80,6)	
Öğrenim Durumu (n=500)	İlkokul	39 (35,5)	71 (64,5)	0,001
	Ortaokul	51 (36,2)	90 (63,8)	
	Lise	22 (14,0)	135 (86,0)	
	Lisans ve üzeri	2 (2,2)	90 (97,8)	
Çalışma Durumu (n=500)	Çalışan	23 (13,1)	153 (86,9)	0,001
	Çalışmayan	78 (28,1)	200 (71,9)	
	Emekli	13 (28,3)	33 (71,7)	
Kronik Hastalık Durumu (n=500)	Kronik hastalığı olmayanlar	46 (18,0)	209 (82,0)	0,010
	Kronik hastalığı olanlar	68 (27,8)	177 (72,2)	
İkamet Yeri (n=500)	Köy	33 (55,0)	27 (45,0)	0,001
	İlçe merkezi	47 (25,1)	140 (74,9)	
	İl merkezi	34 (13,4)	219 (86,6)	
Ekonomik Durum (n=500)	Düşük	43 (34,1)	83 (65,9)	0,001
	Orta	70 (19,8)	284 (80,2)	
	Yüksek	1 (5,0)	19 (95,0)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. * Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurumun dağılımı

	Şikayetleri İçin İlk Başvurulan Yer		*p
	ASM	Hastane	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	58,0 ± 10,7	49,0 ± 13,7	0,001

*Student-t testi yapılmıştır
ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Hastaların ilk başvuru yeri, şikâyet süresi ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların laboratuvara ihtiyaç duyulması, ASM’de laboratuvar tetkiklerin yapılma durumu, görüntüleme tetkiki yapılma durumu, girişimsel işlem durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre laboratuvar tetkiklerine ihtiyaç duyulmayanlar, ASM’de tetkikleri yapılabilenler, görüntüleme tetkiki yapılmayanlar ve girişimsel işlem yapılmayanların birinci basamakta yönetilmesi daha sıklıkla mümkün gözükmektedir. Verilerin detaylı bilgisi Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı

		Birinci Basamakta Yönetilme Durumu		*p
		Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)	
İlk Başvuru Yeri (n=500)	ASM	69 (60,5)	45 (39,5)	0,326
	Hastane	253 (65,5)	133 (34,5)	
Şikayet Süresi (n=500)	1 aydan kısa	65 (72,2)	25 (22,8)	0,182
	1 ay-1 yıl arası	145 (64,2)	81 (35,8)	
	1 yıldan uzun	112 (60,9)	72 (39,1)	
Laboratuvara İhtiyaç Duyulma (n=500)	İhtiyaç duyulanlar	58 (38,4)	93 (61,6)	0,001
	İhtiyaç duyulmayanlar	264 (75,6)	85 (24,4)	
ASM’de Laboratuvar Tetkiklerinin Yapılma Durumu (n=151)	Yapılabilirdi	24 (80,0)	6 (20,0)	0,001
	Yapılamazdı	7 (11,1)	56 (88,9)	
	Kısmen yapılabilirdi	27 (46,6)	31 (53,4)	

Tablo 4.14. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı (devam)

Görüntüleme Tetkiki Yapılma Durumu (n=500)	Yapılanlar	283 (62,5)	170 (37,5)	0,005
	Yapılmayanlar	39 (83,0)	8 (17,0)	
Girişimsel İşlem durumu (n=500)	Yapılanlar	22 (44,9)	27 (55,1)	0,003
	Yapılmayanlar	297 (66,3)	151 (33,7)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. *Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Basamaklandırılmış sağlık hizmetleri günümüz sağlık sistemimde en çok kabul gören hizmet sunum şeklidir. Bu hizmet sunumu sayesinde her hasta en uygun basamakta tedavisini almaktadır. Basamaklandırılmış hizmet sunumunun uygulanabilirliği açısından dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biri ise sevk sistemidir. Sevk sisteminin etkin olmadığı ülkelerde branş hekimlerine uygun olmayan başvuruların sayısı artmakta bu durum poliklinik hizmetlerinin uygulanabilirliğini kısıtlamakta ve hizmet kalitesini düşürmektedir.

Üçüncü basamak sağlık kurumu olan bir eğitim ve araştırma hastanesinde FTR polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmamıza 500 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $51,12 \pm 13,64$ yıl olup %75'i (n:375) kadındır. Mevcut şikâyetleri için ilk olarak aile hekimliğine başvuran hastaların oranı düşük olmakla beraber çalışmamıza katılan hastaların büyük bir kısmı herhangi bir sağlık problemi olduğunda devlet hastanelerini veya eğitim araştırma hastanesini tercih etmektedir. Yaşlıların, kadınların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının, çalışmayanların, kronik hastalığı olanların, köyde yaşayanların, ekonomik durumu düşük olanların hastaneler yerine aile hekimliklerini daha çok tercih ettiği istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Öncelikli olarak aile hekimliğine başvuran hastaların büyük bir kısmı gerekli tetkiklerin ASM şartlarında yapılamaması gerekçesiyle, bir kısım hasta ise yazılan reçete sigorta kapsamında olmadığı için FTR polikliniklerine yönlendirildi. FTR uzmanlarının görüşlerine göre çalışmamıza katılan hastaların yarıdan fazlasının aile hekimliklerince yönetilebileceği belirlendi. Bir kısmının sigorta kapsamından dolayı reçete işlemlerinin yapılamayacağı bir kısmının iste laboratuvar, görüntüleme yöntemleri ve girişimsel işlem gereksinimlerinden dolayı yönetiminin yapılamayacağı tespit edildi. Bu verilere bağlı olarak laboratuvar testi istenmeyen, görüntüleme yöntemleri uygulanmayan ve girişimsel işlem yapılmayan hastaların diğer hastalara oranla ASM'de yönetilebileceği istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Herhangi bir şikâyeti olduğunda öncelikli olarak ASM'yi tercih etmeyen hastalara sebeplerini sorduğumuzda ASM'lerdeki fiziksel imkanların

yetersizliği başta olmak üzere ulaşım, vakit darlığı, güven eksikliği, ön yargı ve aile hekimlerinin yetkileri konusunda bilgi eksikliği gibi sebepler olduğu görüldü.

Çalışmamıza katılan katılımcıların herhangi bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu yer %44,4 oranında devlet hastanesi olduğu tespit edilmiştir. Bunu %29,6 ile eğitim ve araştırma hastanesi %22,8 ile aile sağlığı merkezi ve %3,2 ile özel hastaneler takip etmektedir. Literatürde, herhangi bir hastalık durumunda ilk olarak aile hekimliğine başvuru durumlarının araştırıldığı çalışmaları incelediğimizde Dr. Çelik bir sağlık sorununda ilk tercihi aile hekimi olan hastaların oranını %5,78 olarak, Dr. Çağlayan %26,7 olarak, Dr. Karaaslan %18 olarak, Dr. Köroğlu ise %14,1 olarak tespit etmişlerdir (Çağlayan, 2020; Çelik, 2017; Karaaslan, 2018; Oyan, 2013). Literatürdeki çalışmalar bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Farklı zamanlarda ve farklı yerlerde yapılan bu çalışmalarda hastaların ilk tercih olarak ASM yerine diğer kurumları tercih etmesine sebep olarak devlet hastanelerinin veya eğitim araştırma/üniversite hastanelerinin gelişmişliğini ve hastalara sağladığı kolaylığı ve güveni gösterebiliriz.

Çalışmamızda mevcut şikayetleri için ilk olarak aile hekimliğine başvuran hastaların oranı %19,4 (n:97) olarak belirlendi. Literatür incelendiğinde Dr. Çağlayan yaptığı çalışmasında mevcut şikâyeti için öncelikle aile hekimliğine başvuranlarının oranını %13,6 olarak bulmuş, Dr. Karaaslan ise aynı sorunun cevabını %31,9 olarak tespit etmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalar hastaların mevcut şikayetleri için öncelikli olarak aile hekimlerini tercih etmedikleri konusunda çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Çağlayan, 2020; Karaaslan, 2018).

Yaptığımız çalışmada yaşlıların, kadınların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının, çalışmayanların, kronik hastalığı olanların, köyde yaşayanların, ekonomik durumu düşük olanların hastaneler yerine aile hekimliklerini daha çok tercih ettiği istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde ilk tercih olarak aile hekimliğini tercih edenlerin sosyodemografik incelenmesinde farklılıklar tespit edilmiştir. Benzer çalışmalarda erkeklerin, lise mezunlarının, ekonomik durumu iyi olanların, il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların aile hekimliğini daha çok tercih ettiği yönünde veriler mevcuttur. Bu durum çalışma yapılan bölgenin hastane

sayısına, hastaneye olan ulaşım, bölgenin fiziki yapısı gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır (Karaaslan, 2018).

İlk olarak aile hekimliğine giden hastaların %75,2'sine gerekli olan tetkiklerin ASM de yapılmadığı, tedavisi verilir FTR polikliniğine yönlendirildiği belirlendi. FTR polikliniğine yönlendirilen hastaların %68,5'i (n:50) birinci basamakta yönetilebileceği FTR uzmanları tarafından tespit edildi. Yönlendirilen hastaların %13,7'sinin (n:10) ise yönetiminin yapılabileceği ancak reçetenin SGK tarafından karşılanmayacağı belirtildi. Dr. Yıldız ise yaptığı benzer bir çalışmada benzer şekilde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların %57,4'ünün tetkikleri yapılamayacağı gerekçesi ile FTR polikliniğine yönlendirildiği belirlenmiştir (Yıldız, 2016).

Çalışmamızda mevcut şikâyetlerinden dolayı öncelikle aile hekimliğine gidenlerin ASM'de koyulan ön tanımları çoğunlukla miyalji, lomber disk hernisi ve servikal disk hernisi olarak görülmüştür. Literatürdeki benzer çalışmalarda aile hekimliğinde koyulan ön tanımlar ve tanımlar incelendiğinde veriler çalışmamızı destekler niteliktedir.

Öncelikli olarak aile hekimliğine başvuran hastaların %88'i tedavi aldığını ve tedavi alanların %53'ü kısmen fayda gördüğünü %37'si fayda görmediğini belirtmiştir. Öncelikli olarak aile hekimine başvuran hastaların %75'i FTR'ye aile hekiminin sevk ile gelmiş ve aile hekimine kendisine başvuran hastaların %54,6'sına önerilerde bulunmuştur. Dr. Yıldız yaptığı bir çalışmada FTR polikliniğine giden hastaların %17'sinin sevk ile geldiğini ve bunların % 27,1'ini aile hekimleri tarafından sevk edildiğini tespit etmiştir. Dr. Berberoğlu aynı şekilde yaptığı benzer bir çalışmada hastaların %27'sinin sevk edildiğini sevk edilenlerin %56,8'ini aile hekimleri tarafından sevk edildiğini tespit etmiştir (Berberoğlu ve ark, 2000; Yıldız, 2016).

FTR uzmanlarının görüşleri doğrultusunda polikliniğe başvuran hastaların %57'sinin (n:287) ASM'lerde yönetilebileceği belirlendi. Dr. Yıldız yaptığı benzer bir çalışmada FTR polikliniğine başvuran hastaların %50,4'ünün birinci basamak sağlık kuruluşlarında değerlendirilebileceğini, %43,5'inin değerlendirilemeyeceğini ifade etmiş, %6,1'inde ise kararsız kalmıştır. Literatür, hastaların birinci basamaktaki

yönetimi konusunda bulduğumuz sonuçlar ile paralellik göstermektedir (Yıldız, 2016).

Laboratuvar testi istenmeyen, görüntüleme yöntemleri uygulanmayan ve girişimsel işlem yapılmayan hastaların diğer hastalara oranla ASM'de yönetilebileceği istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0.05$). Dr. Yıldız yaptığı benzer bir çalışmada hastalardan istenen tetkikin BBSK' da yapılıp yapılamama durumunu incelediğinde, tüm hastaların %51,6'sından tetkik istendiği, %48,4'ünden tetkik istenmediğini istenen tetkiklerin ise sadece %3,8'inin BBSK' da yapılabilceği sonucuna ulaşmıştır (Yıldız, 2016).

Katılımcılarımıza bu şikâyetiniz için neden ilk olarak ASM'yi tercih etmediniz diye sorduğumuzda %31'inden (n:125) ASM'lerde yeterli test imkânı yok cevabını aldık. Bu cevabı %13,5 (n:55) ile 'Bu hastalığın aile hekimlerinin alanında olduğunu bilmiyordum' ve %9,2 (n:37) ile 'Ailem/yakınlarım bu şikâyetlere FTR'nin baktığını belirtmişlerdir, cevapları takip etti. Literatürleri incelediğimizde çalışmamızla uyumlu sonuçlar görmekteyiz. Dr. Çelik yaptığı bir çalışmada ilk başvuruda aile hekimine başvurmayanların başvurama sebeplerini sorguladığında ASM'lerdeki teknik donanımın yetersizliği, aile hekimlerinin yetkileri konusundaki bilgi eksikliği, branş hekimlerine muayene olma isteği gibi cevaplar almıştır. Aynı şekilde Dr. Yıldız yaptığı çalışmasında ilk başvuruda aile hekimine başvurmayanların başvurama sebeplerini sorguladığında çalışmamızla uyumlu olarak aile hekimliklerine olan güvenin azlığı, teknik ve teknolojik şartların yetersizliği, hastanedeki imkanların fazlalığı, hastaneye olan ulaşımın kolaylığı gibi sonuçlar olduğu görülmüştür. Aile hekimlerine başvurama sebeplerini incelediğimizde aile hekimliği sisteminin nispeten yeni olması, hastaların sağlık ocağı ve aile hekimliği kavramlarının farkını net olarak ayırt edememesi, sevk sisteminin faydalarını bilmemesi gibi sebeplerin olduğunu düşünebiliriz (Çelik, 2017; Yıldız, 2016).

Çalışmamızda ftr polikliniğine başvuran hastaların %30,2sinden laboratuvar tetkiki istenmiştir. Hastaların %90,6'sında görüntüleme yöntemi ihtiyacı olmuştur. Hastaların %9,8 ine girişimsel bir işlem uygulanmıştır ve %9,2si başka bir branşa sevk edilmiştir. Verilerimizi literatür ile kıyasladığımızda benzer çalışmalarda FTR polikliniğine başvuran hastalardan istenen laboratuvar tetkiklerinin, görüntüleme

yöntemlerinin veya girişimsel işlemlerin daha az olduğu başla branşa sevkini daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın 3. Basamak bir eğitim araştırma hastanesinde yapılması tanı ve tedavi açısından daha fazla olanaklarının bulunması göz önünde tutulduğunda bu farkın kabul edilebilir olduğu gözükmektedir (Yıldız, 2016).

Çalışmamızda FTR polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetim durumu incelendiğinde FTR uzmanlarının görüşlerine göre hastaların %57,4'ü birinci basamakta yönetimi yapılabilecek hastalardır. Hastaların %7'sinin tedavisi normal şartlar altında yapılabilir ancak tedavi SGK tarafından ödenmediği için tedavisi için sevk etmek gerekmektedir. Yönetimi yapılamayacak hastalara baktığımızda ise hastaların %12'si görüntüleme yöntemi ASM'de yapılamadığından dolayı, %11'i uzmanlık bilgisi gerektirmesinden dolayı, 6,6'sı laboratuvar imkânı olmadığından ve %5,4'ü girişimsel işlem gerektirdiğinden dolayı yönetimi ASM'de yapılamaz sonuçlarına ulaştık. Dr. Yıldız yaptığı bir çalışmada 3. Basamak bir hastanede FTR polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetim durumlarını incelemiş ve FTR uzman hekiminin görüşleri doğrultusunda hastaların %50,4'ünün birinci basamakta yönetilebileceğini tespit etmiştir. Ayrıca istenen tetkiklerin %8,3'ünün birinci basamakta uygulanabileceğini tespit etmiştir (Yıldız, 2016).

Çalışmamızda topladığımız verilerin ışığında hastaların herhangi bir sağlık problemlerinde başvurdıkları ilk merkezin çoğunlukla devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi olduğunu söyleyebiliriz. Bu durumun sebebinin başta ASM'lerde yeterli test imkanlarının olmaması ve fiziksel problemlerin varlığı gibi gözükse de hastaların aile hekimlerinin görev yetki ve sorumlulukları konusunda bilgi eksikliği olduğu da dikkat çekmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların küçük bir kısmı mevcut sağlık problemi için aile sağlığı merkezini tercih etmiş. Bu gruptaki hastaların sosyodemografik verilerini incelediğimizde diğerlerine oranla daha çok yaşlı, kadın, çalışmayan, kronik bir hastalığı olan ve köyde yaşayan hastalar olduğunu görmekteyiz. Bu durum bize düzenli bir şekilde sağlık hizmeti ihtiyacı olan, nispeten müsait olan, ulaşım açısından uzak hastanelere gitmekte zorlanan hastaların öncelikle aile hekimliğini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların yarısından fazlasına aile sağlığı merkezlerinde tanı konulup tedavi verilebileceği tespit edildi. Küçük bir gruba tanı konulsa bile tedavinin SGK tarafından karşılanmayacağı bu sebeple FTR polikliniklerine başvurması gerektiği görülmektedir. Kalan hastaların yönetiminin laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri veya girişimsel işlem gerekliliği gibi sebeplerden dolayı yapılamayacağı tespit edildi.

Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların ise büyük bir kısmının ileri tetkik gerektirmesinden dolayı FTR'ye sevk edildiği, tedavi verilen hastalarında önemli bir kısmının tedaviden tam fayda görmemesinden dolayı aile hekimliğinden sonra FTR'ye başvurduğunu görmekteyiz.

Sonuç olarak 3. Basamak bir hastanede FTR polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini incelediğimiz bu çalışmamızda hastaların ilk tercih olarak asm'leri çeşitli sebeplerden dolayı tercih etmediği görülmektedir. Asm'lerdeki imkanların genişletilmesi ve gerekli fiziksel koşulların sağlanması birçok hastalığın tanısı ve tedavisi için birinci basamağı yeterli kılacaktır. Ayrıca bireylere aile hekimlerinin yetkilerini ve asm'lerde yapılabilecekler hakkında bilgi verilmesi, hastaların aile hekimlikleri hakkında yanlış veya eksik bilgilerin önüne geçilmesini böylece aile hekimleri ile karşılıklı güven ortamının oluşmasına vesile olacaktır.

Çalışmamızda net bir şekilde görülmektedir ki FTR polikliniğine başvuran hastaların halihazırda yarısından fazlası birinci basamakta yönetilebilecekken birkaç imkânın sağlanması ile büyük bir kısmının yönetiminin sağlanabileceği böylece 2. Ve 3. basamak hastanelerde yoğunluğun ve iş yükünün azaltılabilmesi mümkün kılınabilir. Ayrıca bazı hastalıkların tedavilerinin aile hekimliği reçetelerinde karşılanmaması, tedavisi tek bir ilaçla yapılabilecek hastaların ftr polikliniğine başvurarak yoğunluğu arttırmasına sebep olmaktadır.

Bu konudaki diğer branşların yaptığı çalışmalar göz önüne alındığında birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin hastalıkların çok büyük bir kısmını çözüme kavuşturabilme potansiyeli söz konusudur. Gerekli koşullar sağlandığı takdirde sevk sisteminde değişiklikler yapılarak hastanelerin gereksiz yoğunluğunu azaltılabilir ve büyük bir mali zarar sebep olan yanlış başvuruların önüne geçilebilir.

Aile hekimlerinin ve FTR uzmanlarının yetki alanlarını göz önünde bulundurduğumuzda ftr rotasyonunun seçmeli yerine zorunlu rotasyon olması ASM'lerden FTR'ye gereksiz sevk oranını düşürmede etkili olabilir.



6. KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1999). Türkiye’de sađlık hizmetleri ve avrupa topluluđu űlkeleri ile kıyaslanması. Ankara Ŭniversitesi Basımevi, Ankara, s:2-27.
- Aktűrk, Z., Dađdeviren N. (2004) Aile hekimliđinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları: Tűrkiye Aile Hekimliđi Uzmanlık Derneđi Yayınları, İstanbul, s: 25-36.
- Alkinaidri, A., Alsulami, H. (2018). Improving healthcare referral system using lean six sigma. American Journal of Industrial and Business Management (aJIBM), 8;193-206.
- Allen, J. (2011). The european definition of general practice/ family medicine. WONCA Europe, s:8-29.
- Alma Ata Bildirgesi. (1978). (Declaration of alma-ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Eylűl 1978).
- Barros, P. P., Machado, S. R., ve Siműes, J. A. (2011). Portugal: health system review. Health Systems in Transition, 13(4), 1-156.
- Bentzen, B.G., Bridges-Webb, C., Carmichael, L., Ceitlin, J., Feinbloom, R., Metcalf, D. (1991). The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA.
- Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu, G. (2000). Edirne Devlet Hastanesinin Kimi Polikliniklerinde Verilen 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları. Toplum ve Hekim, 15(3):199-208.
- Boelen, C. (2002). Improving health systems: the contribution of family medicine: a guidebook: a collaborative project of the World Organization of family doctors (Wonca) and the World Health Organization, p:28-43.
- Bossyns, P. (2006). The Referral system: a Neglected Element in The Health District Concept. Eight Years Field Research in Rural Niger. Vrije Uni- versiteit Brussel, p:285.
- Bulut, S., Uđurluođlu, Ő. (2018). Evaluation of referral from perspective of family physicians, Tűrk aile Hek Derg, 22(3):118-32.
- Conceiçao, A., Gonçaves, A., Craveiro, I., Blaise, P., Van Lerberghe, W.. ve Ferrinho, P. (2000). Managing the Performance of Family Physicians in the Portuguese National Health System. Human Resources for Health Development Journal, 4(3), 184-193.
- Çağlayan, Ő. (2020). Acil Servis Yetişkin Yeşil Alan Hastalarının Muayene Olmak İçin Acil Servisi Tercih Etme Nedenlerinin Araştırılması ve Bu Hasta Grubunun Aile Hekimliğine Bakış Açılarının İncelenmesi, Adana şehir Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana (Danışmanı: Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy).

Çeçem, K.B., Yusuf, Ü., Uğurlu, M. (2015) Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi, 15;3.

Çelik, İ.H. (2017). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi, Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışmanı: Uzm. Dr. Murat Altuntaş).

Dikici, M., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., & Yariş, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27, 412-418.

Elkin, N. (2014). İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Hizmetleri Bilme ve Yararlanma Durumları İle Memnuniyetlerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul (Danışman: Ayşe Emel Önal).

Evans, P. (2011) Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, p:13-18.

Fidancı, İ., Eren, Ş. Ü., Arslan, İ., Tekin, O. (2016). Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Son 3 Yıl Retrospektif Değerlendirilmesi Konuralp Tıp Dergisi, 8(3)151-157.

Görpelioglu, S., Korkut, F., Aytekin, F. (1995). Family practice in Turkey, 12:339-340.

Grembowski, D. E., Cook, K., Patrick, D. L., Roussel, A. E. (1998). Managed care and referral. Med Care Res Rev, 55(1):3-31.

Grol, R. (2006). Quality Development in Health Care in The Netherlands Commission of a High Performing Health System, The Commonwealth Fund.

Güldal, D., Günvar, T., Mevsim, V., Kuruoğlu, E., Yıldırım, E. (2012). Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta Mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16(3):107-112.

Hancock, T. (2016). Lifetime Prevention Schedule: a BC initiative. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 62(6), 475–478.

Jamouille, M. (2014). The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract, 36:1-6.

Kantarcı, Y. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Mehmet Tan)

Karaaslan, M.M. (2018). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini Atlama Sebepleri ve Bunu Etkileyen Faktörler, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışmanları Prof. Dr. Bedia Özyıldırım, Dr. Öğ. Üyesi Perihan Torun).

Kızılnal, P. (2017). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul (Yrd. Doç. Dr. Talat Fırlar).

Kocaöz, A. M., Kocaöz, D., Sunay, D. (2017). Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi, 21 (2): 56-65.

Larson, J.L. (1991) The Measurement of health. Concepts and Indicators. New York, Greenvood Press, p:7-12.

Leeuwenhorst, P. (1974). The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European conference on the teaching of general practice, Netherlands.

Leeuwenhorst Working Party. (1977). The General Practitioner in Europe. Report of the working party on the second European conference on the teaching of general practice (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners, 27:117.

Mc Whinney. (1997). A Textbook of Medicine, 2. Baskı New York, Oxford University Press, 3- 25.

Olesen, F., Dickinson, J., Hjortdahl, P. (2000). General practice time for a new definition. BMJ, 320(7231):354-7.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012). Organisation of Health Care Delivery, OECD Health system Characteristics survey.

Oyan, N.K. (2013). Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Bilgi ve Düşünceleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul (Doç. Dr. Ayşe Palanduz).

Paycı, S.Ö., Ünlüoğlu, İ. (2005). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama, Görpeloğlu S, (Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlığı, 25.

Rakel, R.E. (1990). “Family Physician”. Rakel, R.E. (Ed.) Textbook of Family Practice. WB Saunders Company, s. 3-4.

Saatçi, E., Bozdemir, N., Akpınar, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği. Türk Aile Hek Derg, 10(2):79-86.

Saatçi, E., Sezer, H. (1996). Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği 2, Çağlayaner Haluk (Ed.) İletişim Yayıncılık, İstanbul, 27-38.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara Ağustos 2008.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. (1986). DSÖ, Cenevre.

Sağlık hizmet sunucuları. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni.

Saraçlı, T.S. (2010). Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J. ve Applebaum, S. (2009). A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, Perspectives on Care, Costs, and Experiences. *Health Affairs*, 28(6), 1171-1183.

Starfield, B. (2003). The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. *A Celebration of General Practice*. Oxon, UK: Radcliffe, 19-36.

T.C Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25.05.2010 Sayı: 27591. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2004.

Tabish, S.A. (2010) Referral system in Health Care.

Tekeoğlu, İ., Göksoy, T., Bakan, B. E. (1998). 1997 Yılında Fiziyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Retrospektif İncelenmesi *Van Tıp Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 2.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yay, Ankara, s:57-62.

The World health report (1998). Life in the 21st century: a vision for all: executive summary (No. WHO/WHR/98.1). World Health Organization.

Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (2012). International Profiles of Health Care Systems, 2012: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States, The Commonwealth Fund.

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 11.09.2019 .

Turhan, E. (2014). Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Yrd. Doç. Dr. Niyazi Erdoğan).

Us, Ö. (2019) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ahmet Keskin).

Ünlüoğlu, İ. (2004). Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi, 9(6):5-9.

Villanueva, T. (2009). Family Medicine, the Specialty of the Future: The Portuguese Situation With in The European Context. Int Arch Med, 2(1), 36.

World Health Organization (WHO). (2000). The World Health Report, Health systems-Improving Performance.

Yaman, H. (2011). Türkiye'de aile hekimliği alanında yapılan tezlerin kalitatif değerlendirmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 3:1-6.

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi.

Yıldız, N. (2016) Ankara'da Üçüncü Basamak Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışmanı Uzm. Dr. İrfan Şencan).

Young, P. (1997). Family practice: birth and development of a specialty. American family physician, 56(3), 725–726.

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu	
Sayı : E-71522473-050.01.04-171383 -260		05.10.2022
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.		
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı		
İlgi : 01.09.2022 tarih ve 260 sayılı başvurunuz. Destekleyicisi olduğunuz "Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir. Bilgilerinize rica ederim.		
		Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ Etik Kurulu Başkanı
Hasan KONAK Etik Kurulu Sekr.		Güvenli Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır ..05..10..2022
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Doğrulama Kodu :BSL59V3KCE Pin Kodu :35662 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd/teK-5783&eD=BSL59V3KCE&eS=171383 Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocuk Kampüsü, Kocuk, Adapazarı/Sakarya Bilgi için: Yücel Demir Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 Ünvanı: Birim Evrak Sorumlusu e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr Telefon No: 2953129		

EK-2: Anket Formu

Değerli katılımcı bu anket formu ‘fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi’ amacıyla Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Cevaplarınız yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Adı-Soyadı:

TC:

1-Yaş:.....

2-Cinsiyet: Kadın:

Erkek:

3-Eğitim durumu:

İlkokul

Orta okul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Hiçbiri

4-Çalışma durumu: Çalışıyorum:

Çalışmıyorum:

Emekliyim:

5-Meslek:

6-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Düşük

Orta

Yüksek

7-Medeni hali: Evli

Bekâr

8- Boy:.....

Kilo:

9-İkamet yeri: Köy

İlçe merkezi

İl merkezi

10-Kronik hastalığınız var mı? EVET: (ise hangi/hangileri?)

HT: DM: HL: KVS: SVO: KOAH:

Diğerleri:.....

HAYIR:

11-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğuz sağlık merkezi neresidir?

Aile Sağlık Merkezi Devlet hastanesi Özel Hastane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

12-FTR polikliniğine başvuru şikâyeti/Nedeni:

13-Bu şikâyetiniz kaç gûndûr var?

14-Bu şikâyetinizin başında travma öykûsû var mı?

Evet Hayır

15-Kollarınızda ya da bacaklarınızda güç kaybı, his kaybı oldu mu?

Evet Hayır

16-İdrar ya da gayta kaçırdınız mı? Evet Hayır

17-FTR polikliniğine tekerlekli sandalye/sedye ile mi geldiniz?

Evet: Hayır:

18-Bu şikâyetleriniz için aile hekimine başvurdunuz mu?

Evet Hayır

19-Evet ise Aile hekimliğine başvuru öykûsû?

.....

20-Hayır ise neden aile hekimine başvurmadınız?

.....

21-Aile hekiminiz hangi ön tanıyı/tanıyı koydu?

22-Aile Hekiminiz tedavi verdi mi? Evet..... Hayır

23-Aile hekiminizin tedavi verdi ise fayda gördünüz mü?

Evet Hayır Kısmen

24-Aile hekiminiz sizi bu şikâyetleriniz için sevk etti mi?

Evet Hayır

25-Aile hekiminiz öneride bulundu mu?

Evet..... Hayır

26-FTR uzmanının ön tanısı/tanısı nedir?.....

27-FTR uzmanı laboratuvar ihtiyacı duydu mu? Evet Hayır

28-Evet ise bu tetkikler ASM de yapılabiliyor mu?

Evet Hayır Kısmen

29-FTR uzmanı görüntüleme istedi mi? Evet Hayır

30-FTR uzmanı girişimsel işlem yaptı mı?

Evet Hayır

31-FTR uzmanına göre bu hastanın birinci basamakta yönetimi yapılabilir miydi ?

-Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi

-Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir

-Hayır, laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi

-Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi

-Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi

- Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi

32-FTR hekimi hastalığınızın başka bir branşla ilgili olduğunu belirtip sevk etti mi?

Evet Hayır

Değerlendirme

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hamza Ali	Soyadı	Akgüneş
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi		2019
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen Hekim	Pamukova İlçe Devlet Hastanesi		2019-2020
Araştırma görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi		2020-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta