

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**



**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MERVE TOSUN**

**DANIŞMAN
PROF.DR. TAMER EDİRNE**

DENİZLİ – 2020

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MERVE TOSUN**

**DANIŞMAN
PROF.DR. TAMER EDİRNE**

DENİZLİ – 2020

Prof. Dr. Tamer Edirne danışmanlığında Dr. Merve TOSUN tarafından yapılan “Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği’ne Başvuran Hastaların Birinci Basamağa Başvurularının Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması gün.../ay.../yıl... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Prof. Dr. Tamer EDİRNE

ÜYE: Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

ÜYE: Doç. Dr. Haluk MERGEN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

..../..../....

**Prof. Dr. Osman ÇİFTÇİ
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı**

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve sabrını esirgemeyen, uzmanlık eğitimi süresince bizlere aile hekimliği disiplinini tanıtan, anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Tamer Edirne'ye;

Uzmanlık eğitimime ve hekimlik hayatıma bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan ve araştırma yapmaya teşvik eden değerli hocalarım Doç. Dr. Aysun Özşahin'e ve Dr. Nilüfer Emre'ye;

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda beraber çalışma fırsatı bulduğum ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Tezimin verilerini toplama aşamasında bana yardımcı olan Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları asistanlarına, hemşirelerine ve hastane personeline;

Tıp eğitimine başladığım, bana hekimliği sevdiren, mezunu olmaktan onur duyduğum İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki hocalarıma, büyüklerime ve arkadaşlarıma;

Tüm bu süreçte varlığı ile hayatıma hayat katan, sevgisi ve desteği ile her daim yanımda olan sevgili Erkan'a;

Son olarak, yaşamım boyunca her zaman beni destekleyen bugünlere gelmemde büyük fedakarlıkları olan, zor günlerimde hep yanımda hissettiğim, beni sevgi ile büyütüp yetiştiren kıymetli aileme,

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Merve TOSUN

Denizli 2020

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ÖZET	VII
İNGİLİZCE ÖZET	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Acil ve İlk Yardım Sağlık Hizmetleri	3
2.2. Uygunsuz Sağlık Hizmeti Kullanımını Önlemede Birinci Basamağın Önemi ve Aile Hekimliği	4
2.3. Mesai Dışı Sağlık Hizmetleri	5
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
2.5. Aile Hekimliği	
2.5.1. Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Tanımı	8
2.5.2. Aile Hekimliğinin İlkeleri	8
2.5.3. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler	11
2.5.4. Aile Hekimliği Hizmetlerinin Temel Bileşenleri	12
2.5.5. Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları	12
2.5.6. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi	14
2.5.7. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
EKLER	66

KISALTMALAR

WONCA: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi)

AHUY: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

KBB: Kulak Burun Boğaz

IV: İntravenöz

EKG: Elektrokardiyogram

DID: 1000 kişi başına düşen tanımlanmış günlük doz (Defined Inhabitant Dose)

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Hastaların ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	23
Tablo 2 Ebeveynlerin çocuklarını düzenli olarak kontrole götürme durumu...	24
Tablo 3 Çocuk acile başvuru nedenlerinin ICD kodlarına göre dağılımı.....	25
Tablo 4 Şikayetlerin başlama zamanı.....	26
Tablo 5 Katılımcıların çocuk acil polikliniğine başvurma nedenleri.....	27
Tablo 6 Mevcut şikâyet için daha önce başka birime başvuru durumu.....	28
Tablo 7 Çocuk acil polikliniğine başvurmadan önce mevcut şikâyet için gidilen yerler.....	27
Tablo 8 Mevcut şikâyet için aile hekimine başvuranların acile gelme nedeni	29
Tablo 9 Katılımcıların aile hekimine başvurmama nedenleri.....	29
Tablo 10 Katılımcıların diğer zamanlarda aile hekimlerine başvuru nedenleri	30
Tablo 11 Aile hekimine çocuk için en son başvuru zamanı.....	31
Tablo 12 Aile sağlığı merkezlerinde en büyük eksiklik / sorun sorusuna verilen cevaplar.....	32
Tablo 13 Aile hekimine mesai saati dışında ulaşma isteği.....	33
Tablo 14 Hastalar için istenilen tetkikler ve ilaç reçetesi yazılma durumu.....	34
Tablo 15 Başvuruların gün içerisinde dağılımı.....	34
Tablo 16 Klinisyenin görüşü, triyaj koduna göre aciliyet dağılımı.....	35
Tablo 17 Aile hekimliğine başvuru ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişki.....	36
Tablo 18 Aile hekimine başvuru durumu ile şikayetlerin başlama zamanı arasındaki ilişki.....	37
Tablo 19 Aile hekimine başvurma durumu ile çocuk acile gelme nedenleri (en sık 6 neden) arasındaki ilişki.....	38
Tablo 20 Aile hekimine başvurma durumu ile aile sağlığı merkezinden memnun olma durumu ilişkisi.....	39
Tablo 21 Aile hekimine başvurma durumu ile aile sağlığı merkezinde eksiklik / sorun olarak düşünülen durumların (en sık 5 cevap) ilişkisi.....	40
Tablo 22 Aile hekimine başvurma durumu ile çocukları hasta olunca aile hekimini tercih eden katılımcıların ilişkisi.....	40
Tablo 23 Aile hekimine başvurma durumu ile acil servise başvuru zamanı ilişkisi.....	41

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran hastaların birinci basamağa başvurularının değerlendirilmesi

Dr. Merve Tosun

“Uygun olmayan” acil servis başvurusu, acil servis deneyimini ve acil servis kaynaklarını kullanmanın gereksiz olduğu, tanı ve tedavi için birinci basamak hekiminin yeterli olduğu, acil müdahale gerektirmeyen şikayetlerin oluşturduğu durumlarda yapılan başvuru olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, bireylerin bu birimlerden aldıkları hizmetten memnuniyetleri ve bu birimlerin işlevleri konusunda bilgi düzeyi, uygun olmayan başvuruları etkileyen önemli unsurlardır. Uygun olmayan başvuru; acil servislerin yoğunluğuna, sunulan hizmet kalitesinin düşüşüne ve yetersiz kalmasına, hasta ve çalışan memnuniyetsizliğine ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızda, çocuklarının şikayetleri için Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran ailelerin daha öncesinde aile hekimine başvuru durumunun ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması hedeflenmiştir. Çalışmamızın hipotezi, çocuk acil servisine başvuran katılımcıların acil durumlarda daha önce aile hekimine başvurmamış oldukları ve acil servise uygun olmayan başvuru oldukları yönündedir.

Örneklem büyüklüğü hesaplaması için evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanılmıştır. Evren sayısı olarak geçen yıl aynı dönem (1 Aralık 2018-28 Şubat 2019) yapılmış olan başvuru sayıları kullanılmıştır. Toplam 8269 kişi, başvuru oranı %10 ve sapma $d=0,02$ alındığında çalışmaya 783 kişinin alınabileceği hesaplanmıştır ve 800 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler literatür tarayarak oluşturduğumuz açık ve kapalı uçlu toplam 25 sorudan oluşan anket formu ile elde edilmiştir.

Katılımcıların %83,1'inin çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür. Buna karşılık, başvurularda en fazla J (solunum sistemi hastalıkları) ve R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) tanı

kodları saptanmıştır. Ayrıca, var olan şikayetlerin yarıya yakın olguda 2-3 günlük olduğu saptanmıştır.

Çocukların şikayetlerinin başlama zamanı, yakın olduğu için çocuk acil servise başvurma durumu, çocuklarının kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde olduğu için çocuk acil servise başvurma durumu, aile sağlığı merkezinde eksiklik/sorun olduğunu düşünme, aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünme, çocukları hasta olunca aile hekimini tercih etme, mesai saati dışında çocuk acil servise başvurma durumu ile daha önce aile hekimine başvuramama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yakın olduğu için çocuk acil servise başvuran katılımcıların %87,9'unun çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür. Kontrol / takipleri Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde olduğu için çocuk acil servise başvuranların ise %91,3'ünün daha önce aile hekimine başvurmadığı saptanmıştır.

Aile sağlığı merkezinden memnun olmadığını ifade edip, eksiklik / sorun belirten katılımcıların %90,5'inin daha öncesinde aile hekimine başvurmadığı görülmüştür. Aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünenlerin %94,8'inin daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür.

Çocuklarının mevcut şikayetleri için daha öncesinde aile hekimine başvuran katılımcıların %93,3'ü, çocukları hasta olunca aile hekimine başvurmayı tercih ettiğini ifade etmiştir.

Çocuk acil servisine mesai saati dışında başvuran katılımcıların %85,6'sının daha önce aile hekimine başvurmadığı görülmüştür.

Katılımcıların %80,6'sı aile sağlığı merkezlerinin mesai saati dışında açık olmasını istediğini, %89,3'ü ise mesai saati dışında aile hekimine telefonla ulaşmak istediğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda hastaların aldığı tanılar ve aciliyet durumları göz önüne alındığında çocuk acil servisi başvurularının çoğunun 'uygun olmayan başvuru' olduğu ve bu hastalıkların birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebileceği görülmüştür. Bu konuda yeni düzenlemelere ve çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık, Çocuk, Acil, Uygun olmayan kullanım

ABSTRACT

Evaluation of the primary care applications of the patients who have applied to Pamukkale University Hospital Pediatric Emergency Outpatient Clinic

Dr. Merve Tosun

An "inappropriate" emergency service application is defined as an application made in cases where it is unnecessary to use emergency service expertise and resources, primary care physicians are sufficient for diagnosis and treatment, and complaints that do not require emergency intervention. The accessibility of primary health care units, the satisfaction of the individuals with the service they receive from these units and the level of knowledge about the functions of these units are essential factors that affect the applications that are not suitable. Inappropriate applications result in overwhelm the emergency services, reduced and inadequate service, increased patient and employee dissatisfaction, and raised healthcare costs.

This study aims to investigate the factors that determine whether families use primary health care services prior to bringing their children to Pamukkale University Hospital Pediatric Emergency Outpatient Clinic. The hypothesis of our study is that the majority of participants who applied to the pediatric emergency department had not applied to the family physician for the same complaint before, and they were not suitable for the emergency service.

In order to calculate the sample size, the formula for the known number of individuals in population was used. The number of applications made in the same period last year (December 1, 2018 - February 28, 2019) was considered as the number of the universe. With a total of 8269 people, the application rate of 10% and deviation of $d = 0.02$, it was calculated that 783 people need to be included in the study and 800 participants were reached. The data used in the study were obtained through a questionnaire form consisting of a total of 25 open and closed-ended questions, which we created based on the relevant literature.

We found that 83.1% of the participants did not apply to the family physician for the existing complaints of their children. On the other hand, the most common diagnosis codes were J (respiratory system diseases) and R (symptoms and abnormal clinical

and laboratory findings) which are generally less likely require emergency attention. Besides, it was found that the existing complaints were 2-3 days old in almost half of the cases.

We found a correlation between not visiting the family physician prior to applying to the pediatric emergency department and the presence of the following conditions: the duration of the patients' complaints, being in close proximity of the emergency department, children having a history of regular control/follow-up appointments at the PAU Hospital, holding an opinion that there is a deficiency/problem in the family health centre, the family physician's attention being perceived as insufficient, expressing a preference for their family doctors for initial medical attention when their children are sick, the pediatric emergency room applications that falling outside of the working hours.

Amongst the participants who applied to the pediatric emergency service with the reason of "geographical proximity" and "having controls/follow-up in Pamukkale University Hospital", 87.9% and 91.3% had not sought medical attention from their family physicians, respectively.

We observed that 90.5% of the participants who expressed that they were not satisfied with their family health centre and stated a deficiency/problem in their centre did not apply to their family doctors first. Whereas not seeking medical attention from the family physician as the first step increased to 94.8% for those who hold the view of their family physician's attention being insufficient.

93.3% of the participants who applied to their family physicians before applying to the emergency room stated that they have a preference for applying to the family doctor when their children become ill.

85.6% of the participants who applied to the pediatric emergency service outside of working hours did not apply to the family doctor first.

80.6% of the participants stated that they want family health centres to be open outside of working hours, and 89.3% want to reach the family doctor by phone outside of working hours.

Considering the diagnoses obtained and the urgency of the patients in our study, we saw that most of the pediatric emergency service applications were "inappropriate applications" and these diseases could be treated in primary health care institutions. We suggest that new regulations and further studies are needed on this subject.

Key Words: Primary health care, Pediatric, Emergency, Inappropriate use

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil servisler, kişilerin sağlıkları açısından akut girişim gerektiren bir durumda oldukları ya da rahatsızlıklarını acil olarak algıladıkları zamanlarda başvurdukları, 24 saat kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Acil kavramı ile aniden ortaya çıkan, insan hayatını tehdit eden, hasta yakınları tarafından çözüm bulunamayan olaylar ifade edilmekte ve kavram, vakit kaybetmeden hastanın tıbbi bakım ve müdahalesinin yapılmasının gerekli olduğu durumlar için kullanılmaktadır (1). Acil sağlık hizmetleri acil hastalık ve yaralanma durumlarında, özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerinin bütününe kapsar.

24 saat kesintisiz hizmet vermeleri nedeniyle acil servisler, hızlı ve kapsamlı hizmet almak amacıyla durumu acil olmayan hastalar ve yakınlarının ilk başvuru yaptıkları birimler haline de gelebilmektedirler. Türkiye genelinde hastanelere yapılan başvurulara bakıldığında acil servis başvurularındaki büyüme oranının diğer başvuru türlerine göre daha hızlı bir artış gösterdiği görülmektedir ve acil servislere yapılan başvuru sayısı, nüfus sayısını da aşarak 100 milyonun üzerine çıkmıştır (2,3). Acil servis başvurularına bakıldığında özellikle 20:00-23:00 saatleri arasında yoğunlaştığı, 23:00'dan sonra hızla düşmeye başladığı, 06:00 itibariyle de tekrar artmaya başladığı görülmüştür (3). Türkiye'de acil servislerdeki yoğunluğun en önemli sebebi acil olmayan hastaların çeşitli sebeplerle acil servise başvurmalarıdır.

Acil servislerin uygunsuz kullanımı genellikle "Kaza ve yaralanma olmaksızın gelişen, acil servis hizmeti gerektirmeyen, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek sağlık problemleri için acil servislerin kullanımı" olarak tanımlanmaktadır (4,5,6). Acil servislerin uygunsuz kullanımı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde uygunsuz kullanımın farklı tanımlayıcılara göre değerlendirildiği ve acil servislerin farklı oranlarda uygunsuz kullanıldığının saptandığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, acil servise yapılan başvuruların %59,4'ü ayaktan tedavi edilebilir, uygunsuz kullanım olarak bulunmuştur (7). Fransa'da yapılan bir çalışmada, acil servis triyaj hemşireleri tarafından değerlendirilen bir hasta grubunun %44,9'unun birinci basamakta tedavi almaya uygun olduğu görülmüştür (8). Türkiye'de bir tıp fakültesi acil servisinde yapılan çalışmada, hastaların %62,3'ünün acil olmayan hasta grubunda olduğu

saptanmıştır (9). Yine ülkemizde çocuk acil servisinde yapılan retrospektif bir çalışmanın sonucunda, hastaların %47,7'sinin reçetesiz, herhangi bir işlem yapılmadan önerilerle gönderildiği görülmüştür, bu grup hastaların normal poliklinik şartlarında yönetilebileceği şeklinde yorumlanmıştır (10).

Acil servislerin uygunsuz kullanıma yol açan çeşitli etmenler saptanmıştır. Çabuk iyileşme isteği, bir doktorun görüşünü alma isteği, durumun ciddiyetini bilme isteği ve okulda veya işten zaman bulamama, Japonya'da yapılan bir çalışmada acil servisin uygunsuz kullanımının en yaygın nedenleri olarak bulunmuştur (11). İtalya'da yapılan bir çalışmada, acil servislerin yer ve işlev olarak zamandan kazanım sağlaması uygunsuz kullanımın önemli nedeni olarak gösterilmiştir (12). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda, acil servisin kolay erişilebilirliği de bir tercih nedeni olarak belirlenmiştir (13,14).

Acil servislerin uygunsuz kullanımını beraberinde pek çok sorunu getirmektedir. Acil servislerde hasta yoğunluğuna, hizmetlerin kısıtlanmasına, sunulan hizmet kalitesinin düşüşüne, çalışanlar üzerindeki iş yükünün artmasına, hasta ve çalışan memnuniyetsizliğine ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır (7,15,16). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif ve etkin şekilde uygulanması, sağlık hizmetlerindeki uygunsuz başvuruların ve sonuçta ortaya çıkan sorunların azaltılmasında etkili olacaktır.

Bu çalışmanın amacı:

- a. Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin ve çocuklarının bireysel özelliklerini, başvuru nedenlerini ve ilk başvuru yerlerini belirlemek,
- b. Çocuk acil servisinin uygunsuz kullanım nedenlerini belirlemek,
- c. Ebeveynlerin aile hekimliği birimlerini tercih etme /etmeme nedenlerini belirlemek,
- d. Ebeveynlerin aile sağlığı merkezlerinin eksiklikleri hakkındaki görüşlerini saptamak ve mesai dışı sağlık hizmeti erişimi konusunda önerilerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil ve İlk Yardım Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri, acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar, tıbbi araç gereç aranmaksızın olay yerinde yapılan uygulamalar ise ilk yardım olarak tanımlanmaktadır (17).

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri hastane öncesi ve hastanede olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Hastane öncesi alanda çalışan sağlık personeli, tabipler, ambulans ve acil bakım teknikerleri ve acil tıp teknisyenlerinden oluşmaktadır. Hastanede sunulan acil sağlık hizmetlerinde ise bu personellerin yanı sıra, uzman tabipler, hemşireler, sağlık memurları görev almaktadır (17).

Acil sağlık hizmeti almak isteyen bireyler ülkemizde 112 numaralı telefonu ücretsiz arayarak talepte bulunurlar. Acil sağlık çağrılarının karşılandığı ve ambulansların sevk ve idare edildiği komuta kontrol merkezi tarafından, bu talep sonrasında acil sağlık hizmeti ekipleri görevlendirilir. Hastayı ya da yaralıyı olay yerinde değerlendiren ekipler gerekli acil müdahaleyi yaparlar. Gerekli görülmesi durumunda hasta ya da yaralı bireyler ileri tanısal işlemler, müdahaleler ve tedavi amacı ile hastane acil servislerine nakledilirler (17).

Dünyada acil sağlık hizmetlerinde iki model etkili olmuştur. Bunlar 'İngiliz-Amerikan modeli' ve 'Fransız-Alman modelidir (18). İngiliz-Amerikan modelinde hastalar olay yerinde hekim harici sağlık personeli tarafından değerlendirip sağlık kuruluşuna hızla sevk edilir. Bu modelde hastane öncesi değerlendirme kısadır, vakaların çoğu hastaneye götürülür. Fransız-Alman modelinde ise acil doktorları (sıklıkla anestezi uzmanları) yüksek bakım imkanları ile hastaları olay yerinde değerlendirir ve acil durumu kontrol altına alır. Hastalar acil servislere taşınmadan olay yerinde stabilize edilip, gerekirse yataklı servislere taşınır (19). Ülkemizde İngiliz-Amerikan modeli acil sağlık hizmeti benimsenmiştir (20).

Acil servisler, 2. ve 3. basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında 24 saat kesintisiz hastanede acil sağlık hizmeti veren birimlerdir. Bu birimler kendilerine

doğrudan başvuran veya ambulans ekipleri tarafından getirilen acil hasta ve yaralılara tanı koyar ve acil müdahale eder (17).

2.2. Uygunsuz Sağlık Hizmeti Kullanımını Önlemede Birinci Basamağın Önemi ve Aile Hekimliği

Sağlık hizmetleri sisteminin iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi, toplumun sağlık durumunu yükseltmek, hastalıkları kontrol altına almak ve hastalık nedenleri hakkında bilgi sahibi olmaktır. İkincisi ise, sağlık eşitsizliklerini en aza indirmek ve sağlık hizmeti erişimini kolaylaştırmaktır. Söz konusu amaçları en iyi şekilde gerçekleştirebilmek ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak için sağlık hizmetleri kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler olmak üzere üç basamağa ayrılmıştır (21).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hekimlerin bireylere sürekli ve kapsamlı olarak sunmuş oldukları hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman hekimlerin kendi uzmanlık alanlarına göre bireylere sunmuş oldukları hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, ileri düzey ve yan dal uzmanlarının sunduğu bakım hizmetleri olarak tanımlanmıştır. Söz konusu basamaklardan birinci basamak sağlık hizmetleri bireyin sağlık sistemine giriş kapısını ifade etmektedir (21).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek sağlık problemleri için acil servislerin kullanımı, acil servislere uygunsuz başvuru olarak tanımlanmaktadır (4,5,6). Bazı hastalar ciddi semptomlarda bile hiçbir sağlık hizmetine başvurmazken, bazıları hafif semptomlarda ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmetlerini ve acil servisleri tercih etmektedir. Bu da uygunsuz sağlık hizmeti kullanımına neden olmaktadır. Hastaların sağlık hizmetine başvuru kararında rahatsızlık davranışı kavramının üstünde durulmalıdır. Rahatsızlık davranışı Mechanic (1962) tarafından “Semptomların farklı tipte bireyler tarafından farklı şekillerde algılanması, değerlendirilmesi ve onlara göre davranılması (veya davranılmaması)” şeklinde tanımlanmıştır (21).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu en önemli kişiler aile hekimleridir. Bu nedenle aile hekimliği sisteminin merkezinde yer alan ve sistemin iyi işleminde aktif rol oynayan aile hekimlerinin, toplumun rahatsızlık davranışları hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Hastaların uygunsuz sağlık

hizmeti kullanımının altında farklı rahatsızlık davranışları yer almakla birlikte sayısız psikolojik gerçekler, sosyal ilişkiler ve çevresel zorluklar da vardır (11,12,13,14,21). Tüm bu faktörleri göz önünde bulunduran aile hekimleri ve iyi işleyen bir aile hekimliği uygunsuz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçebilir, sağlık hizmeti sisteminin başarılı bir şekilde işleyişini sağlayabilir.

2.3. Mesai Dışı Sağlık Hizmetleri

Tüm dünyada mesai dışı bakımın erişilebilirliği, kalitesi ve verimliliği konusunda endişe duyulmaktadır. Mesai dışı birinci basamak acil sağlık hizmetleri son yıllarda değişim içindedir. Bu değişimin altında hekimlerin artan iş yükü, yetersizliği ve özel hayatlarının kısıtlanması yatmaktadır (22). Batı ülkelerinde mesai saatleri dışında (out-of-hours) akut hastalığı veya yaralanması olan hastalar, acil durumlar için acil tıbbi hizmetleri (emergency medical services) veya daha az acil durumlar için birinci basamak hizmetleri tercih edebilir. Mesai dışı birinci basamak sağlık hizmetleri için farklı modeller bulunurken, acil tıbbi hizmetler benzerdir (23). Mesai dışı birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen hekim kooperatifleri, bireysel pratisyen hekimler, pratisyen hekim rotasyon grupları ve daha farklı modelleri içerir. Telefon triyajı, hastalara doğru zamanda uygun yardımı sağlamak amacıyla yaygın olarak kullanılır (24).

25 batı ülkesinde yapılmış bir çalışmada, acil tıbbi hizmetlere ulaşan hastaların memnuniyetleri yüksek bulunmuştur ancak bu bölümlerinde bakımın sürekliliği, verimliliği, bakım koordinasyonu ve erişilebilirliği zayıftır (24)

Danimarka'da, mesai saatleri dışındaki tüm hizmetler (mesai saati dışı birinci basamak hizmetleri ve acil tıbbi hizmetler) telefon triyajı kullanır (25). Hastalardan yaşam veya uzuvları tehdit eden durumlarda acil tıbbi hizmetler ile temas kurmaları istenir. Kendi aile hekimleri mevcut olana kadar bekleyebilen, daha az acil durumlarda ise birinci basamak hizmetler ile iletişim kurmaları istenir.

Fransa'da, kamu acil çağrı merkezleri, sağlıkla ilgili tüm gelen çağrıları alır ve yarı acil mesai dışı ev ziyaretleri yapan mobil pratisyen hekimler de dahil olmak üzere mesai dışı birinci basamak sağlayıcılarına erişimi koordine eder. Mesai dışı ev ziyaretleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tekrar açılmasını bekleyemeyen hastalar içindir (26).

Belçika sağlık hizmeti, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine ücretsiz girişle karakterizedir. Aile hekimlerinin kapı-bekçi rolü yoktur. 24 saat hizmet sağlanması pratisyen hekimlerin yasal bir yükümlülüğüdür. Bu hizmet bölgesel pratisyen hekim grupları tarafından organize edilmektedir. Bu küçük ölçekli grupların çoğuna ulaşabilmek için bir telefon numarası kullanılır. Hastalar hangi pratisyen hekimin mevcut olduğunu ve nerede olduğunu kendileri telefon aracılığıyla öğrenir, telefonla triyaj yapılmaz. Hastalar doktorun bulunduğu yere gidebilir veya aile hekiminden ev ziyareti isteyebilirler (27,28,29).

Aile hekimi tabanlı küçük modeller, bireysel aile hekimi uygulamaları ve rotasyon grupları modelleridir. Bireysel aile hekimliği uygulamaları genellikle kırsal bölgelerde uygulanan, aile hekimlerinin 7 gün 24 saat kendi hastalarıyla ilgilendiği modellerdir. Rotasyon grupları modeli ise aynı bölgede aktif olan genel pratisyenlerin oluşturduğu grubun hasta popülasyonu için, grup üyelerinden birinin çalışma saatleri dışında görev yapmasıdır (24).

Aile hekimi tabanlı büyük modeller, pratisyen hekim kooperatifleri, birinci basamak merkezleri, minör yaralanma-ayaktan tedavi merkezleri gibi modellerdir. Pratisyen hekim kooperatiflerinde, pratisyen hekimler kâr amacı gütmeyen bir kuruluştaki çalışırlar ve buna katılan tüm pratisyen hekimlerin hasta popülasyonu için çalışma saatleri dışında görev yaparlar. Pratisyen hekim kooperatifleri hemşireler, yönetim, şoförler ve diğerleri tarafından desteklenen büyük ölçekli kuruluştardır. Avusturalya, Hollanda, İsveç gibi birçok Avrupa ülkesinde uygulanan bir uygulamadır (24).

Birinci basamak merkezleri modelinde, hastaların küçük yaralanmalar veya hastalıklar için randevu almadan ziyaret edebilecekleri merkezler vardır. Bu merkezler bir pratisyen hekim veya aile hekiminin gözetiminde çalışır (24).

Minör yaralanma-ayaktan tedavi merkezleri modelinde ise hastaların küçük yaralanmalar veya hastalıklar nedeniyle eğitimli hemşirelerden tavsiye ve tedavi almak için, randevu almadan ziyaret edebilecekleri merkezler bulunur (İrlanda) (24).

Hastane tabanlı ulusal modellerde hastane acil servisleri, telefonla triyaj ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Telefonla triyaj ve danışmanlık modelinde hastalar bölgesel olmayan bir telefon numarası ile iletişim kurarlar ve acil olma durumuna göre sağlık sistemi içinde yönlendirilirler. Hastane acil servisleri ise

hastanelerin mesai saatleri dışında acil durumlar için hizmet verdikleri servislerdir (24).

Ülkemizde mesai dışı sağlık hizmetleri hastane acil servisleri, entegre sağlık hizmetleri, akşam poliklinik hizmetleri ve aile hekimliği esnek mesai uygulamaları ile sürdürülmektedir.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığınca birinci basamak sağlık hizmetleri birimleri şu şekilde belirlenmiştir:

- a. *Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu:* Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları (verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri), kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.
- b. *Birinci basamak özel sağlık kuruluşu:* İş yeri hekimlikleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.
- c. *Serbest eczaneler (30).*

2.5. Aile Hekimliği

2.5.1. Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Tanımı

T.C Sağlık Bakanlığına göre aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireye özgü koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir (31).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'ne (*World Organization of Family Doctors, WONCA*) göre aile hekimliği “kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık” olarak tanımlanmıştır (32).

Aile Hekimliği, tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bütününe kapsayan akademik disiplindir. Aile hekimleri, bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalığını gözetmeksizin, kayıtlı birey ve ailelere bireye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilmektedir. Sağlıkla ilgili her türlü soruna ilk yaklaşımda bulunur ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte eder. Hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörleri de rollerini dikkate alır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı zamanlarda tedavi edici hekimlik yapar. Kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını sağlar (32,33,34).

2.5.2. Aile Hekimliğinin İlkeleri

Aile hekimliği disiplinini belirleyen ilkeleri açıklayan çeşitli bildirgeler arasında ve aile hekiminin görev tanımlarında birçok benzerlik olmasıyla birlikte önemli farklılıklar da vardır.

Gay Bernard'ın önerdiği disiplin ilkeleri şunlardır:

1. Hasta merkezli yaklaşım
2. Aile ve toplum bağlamına yönelim

3. Hasta gereksinimleri ve istekleriyle belirlenen etkinlikler
4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
5. Ciddi hastalıkların düşük insidansı
6. Hastalıkların erken evrelerde görülmesi
7. Çok sayıda yakınma ve patolojinin eş zamanlı yönetimi
8. Sürekli yönetim
9. Bakımın koordinasyonunu sağlama
10. Verimlilik (32,33,35)

WHO Çerçeve Bildirgesi'nde tanımlanan aile hekimliği özellikleri ve açıklamaları:

1. Genel:

- Tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme
- Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- Coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay erişim

2. Sürekli:

- Kişi merkezli
- Tek bir rahatsızlık epizoduyla sınırlanmamış, uzunca bir yaşam dönemi boyunca, boylamsal sağlık hizmeti sunma

3. Kapsamlı:

- Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı
- Bedensel, ruhsal ve sosyal bakış açılarını
- Hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan entegre sağlık hizmeti sunma

4. Koordine:

- İlk temas noktasındaki bakımı yönetme
- Uzman hizmetlerine sevk
- Hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi verme
- Sağlık bakımını koordine etme ve yönetme

5. *İşbirliğine dayalı:*

- Multidisipliner ekiplerde çalışma
- Uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşırma
- Liderlik yapma

6. *Aile yönelimli bakım:*

Her bir sorunu,

- Aile çevresi
- Sosyal ve kültürel ilişkiler ağı
- İş ve ev koşulları bağlamında ifade etme

7. *Toplum yönelimli:*

Aile hekimlerinin her bir sorunu,

- Toplumun sağlık gereksinimleri ve
- Diğer çalışanlar ve kuruluşlar bağlamında ele alması gerektiğini belirtir (32,33,36).

WONCA 1991 Bildirgesi 'nde tanımlanan aile hekimliği özellikleri:

- Kapsayıcı bakım
- Hastaya yönelim
- Aileye odaklanma
- Hekim/hasta ilişkisi
- Diğer hizmetlerle eşgüdüm sağlama
- Savunmacılık
- Ulaşılabilirlik ve kaynak yönetimi (32,33).

Aile hekimliği disiplinin özelliklerinin ya da ilkelerinin tanımlaması sağlık sistemin hekime verdiği görevlerle, hasta gereksinimleri ve istekleriyle, hekimin mesleki görevleriyle etkileşerek zaman içinde değişime ve gelişime uğrayacaktır. (32,33,35,36)

2.5.3. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler

Aile hekimliği uzmanında olması gereken altı çekirdek yeterlilik (disiplin için zorunlu olan) vardır.

A. Birinci basamak yönetimi (Primary care management): Aile hekimi, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Yaş cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunları kişilere sunulan bakımı koordine ederek, diğer birinci basamak sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak, gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlar (36,37).

B. Kişi merkezli bakım (Person centered care): Aile hekimi, hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek, etkin bir hekim hasta ilişkisi oluşturur, iletişim kurar, öncelikleri belirler ve hasta ile iş birliği yapar. Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlar (37).

C. Özgün problem çözme becerileri (Specific problem solving skills): Aile hekimi, rahatsızlıkları toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirir. Öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranır ve bu bilgileri hasta ile iş birliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanır. Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak ister, zamanı araç olarak kullanır. Gerektiğinde acil girişimde bulunur, erken dönemde ve ayrılmamış durumları yönetir, tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanır (37).

D. Kapsamlı yaklaşım (Comprehensive approach): Aile hekimi, bireydeki çok sayıda ayrılaşmamış yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Sağlık ve iyilik durumunu geliştirme, koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetir (37).

C. Toplum yönelimli olma (Community orientation): Aile hekimi, hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle birlikte onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini de karşılar (37).

D. Bütüncül yaklaşım (Holistic approach): Aile hekimi, sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (37).

2.5.4. Aile Hekimliği Hizmetlerinin Temel Bileşenleri

Aile hekimliği kapsamında verilen sağlık hizmetlerinin sahip olması gereken bileşenler şunlardır:

Ekip yaklaşımı: Aile hekimleri kendilerine tanımlanmış nüfusun sağlık ihtiyaçlarını en iyi ve kaliteli bir şekilde karşılamaları birlikte çalışabilecekleri ve fikir alışverişinde bulunabilecekleri ekiplerle çalışmalarıyla doğru orantılıdır (38). Ekip yaklaşımında hekimler hasta bakımında sorumluluğu üstlenmekle birlikte risk paylaşımını da yapmaktadır (39,40).

Elektronik tıbbi kayıtlar: Aile hekimleri hastalarının bilgilerine kolayca ulaşabilmek, başvuru sıklıklarını takip edebilmek, koruyucu hekimlik hedeflerine ulaşmadaki başarıyı izleyebilmek ve hasta güvenliğini sağlamak gibi amaçlarla elektronik tıbbi kayıt tutmaktadır. Hasta kayıtlarının düzenli olarak tutulması, sağlık hizmeti sunum kalitesini arttırmaktadır (40).

Sevk ve Konsültasyon: Hastanede çalışan hekimler ile birinci basamakta çalışan aile hekimleri arasında hastaların tanı, tedavi ve bulgularının değerlendirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi ve kaliteli sağlık bakımının sunulabilmesi için önemlidir (41).

Aile sağlığı birimi yönetimi: Aile hekimleri, yeterli klinik becerilere sahip olmakla birlikte yönetsel becerilere sahip olmalıdır. Kötü yönetilen bir aile hekimliği birimi, hasta bakım kalitesinin azalmasına, hastaların memnuniyetlerinin düşmesine ve çalışanların motivasyonlarının azalmasına sebep olmaktadır (40).

Kronik hasta yönetimi: Ülkelerin hastalık yükünün büyük bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların diğer hastalıklara ve ölüme sebebiyet vermesi, kronik hasta sayısının gün geçtikçe artması nedeniyle kronik hasta yönetimine verilen önem daha çok arttırmıştır. Kronik rahatsızlığı olan bireylere, hastalıklarıyla baş etme yollarını öğretmeleri ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini planlamaları konusunda aile hekimlerinden gerekli bilgileri sağlamaları beklenmektedir (42,43).

2.5.5. Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları 25.01.2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY) İkinci Bölüm Madde 4'te belirtilmiştir

(son değişiklik: 16.05.2017) (44).

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Sağlık Bakanlığınca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmak ile yükümlüdür. Aile hekiminin Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

1) alıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve evre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

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

5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, ocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

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

10) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

11) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli

bildirimleri yapmak.

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

13) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

14) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

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

16) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

17) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (44).

2.5.6. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi

19. yüzyılda biliminin gelişmesi ile birlikte tıp alanındaki gelişmeler de artmış ve bu bilgi artışı nedeni ile tıpta ihtisaslaşma başlamıştır. Başlangıçta uzmanlaşmanın hastalara zarar verebileceği düşüncesini taşıyanlar olsa da bilimsel, sosyal ve ekonomik faktörlerin karşı konulamaz etkisi ile uzmanlaşma kabul edilen bir gerçek olmuştur ve özellikle 20. yüzyılın ilk yarısında uzmanlaşma eğilimi hızla artmıştır (45).

İç hastalıkları uzmanı Francis Peabody, 1923 yılında, “modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla parçaya ayırdığı” ve ‘hızla kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel tababete dönülmesi gerektiği” yolunda bir uyarı yapmıştır. Ancak bu uyarı zamanından önce yapılmış bir açıklama olarak kalmış ve uzmanlaşma eğilimi 1950’lere kadar devam etmiştir (45,46). Hızlı uzmanlaşmanın da etkisiyle kişilerin sadece hastalıkları üzerinde durulmuş, tıpta “hasta yoktur, hastalık vardır” görüşü benimsenmiştir. Zaman içinde her hastalığın kişiye göre değişkenlikler gösterebileceği görülmüş, olayın sosyal ve psikolojik boyutları ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak bugün insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu bütün içinde değerlendirmek gerektiği, sağlığın ve hastalıkların bir bütün olarak ele alınması gerektiği görüşü benimsenmiştir (46).

II. Dünya Savaşı sonrasında hekimler tarafından verilen bakımın, sağlık hizmetlerinin üç basamağına karşılık gelecek üç tipe ayrılması gündeme gelmiştir. Bu

gelişmelerin sonrasında, birinci basamakta hizmet sunacak hekimlerin de özel eğitim alması gereği ortaya çıkmıştır ve zamanla bu bir uzmanlık eğitimi haline gelmiştir. İngiltere’de aile hekimliği / genel pratisyenlik uygulamaları 1947 yılında başlamış ve 1979’da zorunlu hale getirilmiştir. İngiltere’de 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (*Royal College of General Practitioners*) kurulmuştur. Bunu takiben 1966 yılında, Amerikan Tıp Birliği (*American Medical Association*) Millis Raporu (Hekimlerin Mezuniyet Eğitimi) ve Willard Raporu (Aile Hekimliğinin Gerekliliklerini Yerine Getirmek) olarak bilinen iki raporu yayınlamıştır. Millis raporunda birinci basamak sağlık bakımı için mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliği vurgulanmıştır. Willard raporunda halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için ‘aile hekimliği’ olarak yeni bir uzmanlık dalının kurulması önerilmiştir (40,46,47).

1972’de Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Akademileri ve Kolejlere Örgütü (WONCA) kurulmuştur. WONCA Birincil Bakımın Uluslararası Sınıflaması (*International Classification of Primary Care-1987*) ve Sağlık Sistemlerinde Aile Hekimi/Genel Pratisyenin Rolü (*Statement on the Role of the Family /General Practitioner in Health Care Systems*) gibi projelerle aile hekimliğine ve birincil bakımın uluslararası gelişimine katkı sağlamıştır (21)

Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerde mezuniyet sonrası eğitimler söz konusu iken, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1960’lardan sonra giderek önem kazanmış ve ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1976’da Hannover Tıp Fakültesi’nde çalışmalarına başlamıştır (46).

Leeuwenhorst, Hollanda’da 1974 yılında yapılan Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısında, insanı organ veya sistemlerini esas alarak inceleyen klinik uzmanlık dallarından farklı ve birinci basamakta hizmet edecek uzmanlık dalı olan aile hekimliğini tanımlamıştır (48).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı’nda ‘2000 yılında herkese sağlık’ başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu görüş doğrultusunda tüm dünyada sağlık sistem ve politikaları yeniden gözden geçirilmiştir (45).

WHO ve WONCA tarafından Kanada’nın Ontario kentinde (1994) düzenlenen

konferansta her ülkede bağımsız aile hekimleri örgütleri kurulması, her koşul ve imkânda aile hekimlerinin ilk başvuru hekimi olarak kabul edilmeleri gibi önerilerde bulunulmuştur. Aile hekimliğinin amaçları, görev tanımı, işleyişi, kurumsallaşması ve aile hekimliği politikası konularında önemli kararlar alınmıştır. Bu kararlar tüm dünyada aile hekimliği sisteminin gelişmesinde önemli rol oynamış ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Günümüzde aile hekimliği farklı ülkelerde, farklı finansman modelleriyle uygulanmaktadır (45).

2.5.7. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha kaliteli bir sunum arayışında olan ülkemizde, 1970-1980 döneminde dünyada yaşanan gelişmeler ışığında, aile hekimliği tartışılmaya başlanmıştır. Aile hekimliği, bir uzmanlık dalı olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne girmiştir. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Prof. Dr. Hikmet Pekcan öncülüğünde kurulmuştur (49).

Uzmanlık eğitimi, ilk 1985 yılında, Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı 9 tane eğitim ve araştırma hastanesinde, tıp eğitimi sonrasında en az 3 yıl olmak üzere başlamıştır. 1995 yılından itibaren de üniversitelerde verilmeye başlanmıştır (49,50).

Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD), 25 Temmuz 1990’da kurulmuştur ve 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile isminin başında “Türkiye” kelimesi kullanma iznini almıştır (TAHUD). TAHUD’un amacı, aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak gelişmesini sağlamaktır. Bu amaçla uzmanlık öğrencileri ve mevcut aile hekimliği uzmanlarının hizmet içi eğitimlerine yardımcı olmak için bilimsel etkinlikler düzenler. TAHUD, 1998’den bu yana Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nde (WONCA) Türkiye’yi temsil etmektedir (51).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 1-2 Eylül 1992’de tarafından Ankara’da “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi için Aile Hekimliği Eğitimi” konulu grup çalışması düzenlenmiştir (49).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde 1992 yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur (49).

Nisan 1993'te ülkemizde ilk "Aile Hekimi Eğitici Kursu" Ankara'da Sağlık Bakanlığı tarafından (Royal College of General Practitioners'in eğitim desteği ile) düzenlenmiş ve 88 aile hekimliği uzmanı eğitici sertifikası almıştır (49).

Temmuz 1993'te Yüksek Öğretim Kurulu'nun 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun görülmüştür (49).

Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı adına on tane aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açılmıştır (49).

Kasım 1993'te, AHUD tarafından, I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi İstanbul'da düzenlenmiştir (49).

1994 tarihinde ilk defa bir aile hekimliği uzmanı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde akademik kadroya atanmıştır. 1995 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göreve başlamıştır. Ülkemizde aile hekimliği disiplinindeki ilk doçentlik unvanı 1996 yılında, ilk profesörlük unvanı 2002 yılında alınmıştır (45).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı:

- a. Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin ve çocuklarının bireysel özelliklerini, başvuru nedenlerini ve ilk başvuru yerlerini belirlemek,
- b. Çocuk acil servisinin uygunsuz kullanım nedenlerini belirlemek,
- c. Ebeveynlerin aile hekimliği birimlerini tercih etme /etmeme nedenlerini belirlemek,
- d. Ebeveynlerin aile sağlığı merkezlerinin eksiklikleri hakkındaki görüşlerini saptamak ve mesai dışı sağlık hizmeti erişimi konusunda önerilerini değerlendirmektir.

Çocuk acil servisine başvuran bireylerin acil durumlarında birinci basamağı ilk başvuru noktası olarak kullanmadıkları ve acil servisi uygunsuz kullandıkları hipotezi sınanmıştır.

3.2. Araştırmanın Projesi

Bu araştırma için Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair 19.11.2019 tarih ve 20 sayılı karar ile onay alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırmamız Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Çalışma tek merkezli, prospektif olarak planlanmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğü hesaplaması evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülüne göre yapılmıştır. Evren sayısı olarak geçen yıl aynı dönem

yapılmış olan başvuru sayıları kullanılmıştır (1 Aralık 2018-28 Şubat 2019). Gündüz başvuru sayısı toplamı 2802 ve gece başvuru sayısı 5467 kişidir. Toplam 8269 kişi, başvuru oranı %10 ve sapma $d=0,02$ alındığında, çalışmaya 783 kişinin alınabileceği hesaplanmıştır ve 800 hastaya ulaşılmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaşında ya da 18 yaşından küçük olması
2. Hastanın yanında ebeveyni ya da 2. derece akrabası olması
3. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
4. Anket formunu eksiksiz cevaplaması

3.7. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

1. 18 yaşından büyük olması
2. Hastanın ebeveyni ya da 2. derece akrabası olmaması
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
4. Anket formunu eksik cevaplama

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.8.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Aile hekimine başvurma / başvurmama durumu

3.8.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Çocuğun yaşı
- Çocuğun cinsiyeti
- Anketi cevaplayan kişinin kim olduğu ve yaşı
- Ebeveyn sosyo-kültürel durum
- Ebeveyn sosyo-ekonomik durum
- Ebeveyn sosyal güvencesi
- Düzenli olarak kontrole gidilip / gidilmediği
- Çocuk acil servisine başvuru sebebi – şikâyeti (ICD tanı kodu)
- Çocuk acil servisini tercih etme nedeni
- Şikâyetin ne zamandır var olduğu

- Aile hekimine en son ne zaman başvurduğu
- Aile hekimliğine başvuru nedenleri
- Aile hekimliğinde en büyük eksiklik / sorunun ne olarak düşünöldüğü
- Aile hekimine mesai saati dışında ulaşma isteği
- Reçete edilen ilaçlar
- Teşhiste kullanılan tetkikler
- Durumun aciliyeti
- Başvuru zamanı / mesai saati içinde olup olmadığı

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama formu Ek 1’de verilmiştir. Anket formunda kapalı uçlu, açık uçlu toplam 25 soru yer almaktadır.

Anketin ilk bölümünde çocuğun yaşı ve cinsiyeti, acile başvuru yapan bakım vereninin kim olduğu, bakım verenin yaşı, mesleği ve eğitim durumu, ailenin gelir durumu ve sosyal güvencesi sorgulanmıştır.

9. soruda, çocuğun aile hekimi ve / veya çocuk hekimine düzenli kontrole götürölüp götürölmediği sorgulanmıştır.

10. soruda çocuk acile başvuru nedenleri ICD tanı kodu üzerinden araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. 11. soruda çocuğun şikayetlerinin başlangıç zamanı, 12 soruda neden çocuk acile geldikleri açık uçlu sorularla sorgulanmıştır.

13, 14, 15 ve 16. sorularda bu şikâyet için başka bir yere başvurup başvurmadığı sorulmuştur. Aile hekimine başvurusu varsa neden acile geldiği, başvurusu yoksa neden başvurmadığı açık uçlu sorularla yöneltilmiştir.

17 ve 18. soruda aile hekimine başvuru nedenleri ve en son ne zaman gittiği sorgulanmıştır.

19. soruda aile sağlığı merkezlerinde en büyük eksiklik ve sorunun ne olduğu sorusu açık uçlu yöneltilmiştir. 20 ve 21. sorularda, mesai saatleri dışında aile sağlığı merkezinin açık olmasını ve aile hekimine telefonla ulaşmayı isteme durumu ‘evet-hayır’ şeklinde sorulmuştur.

Anketin son 4 sorusunda reçete edilen ilaçlar, klinik teşhiste kullanılan tetkikler, durumun aciliyeti ve başvuru saati araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Hastanemizde çocuk acil servisinde triyaj olmadığı için klinisyen görüşü alınarak ve sisteme girilen aciliyet durumu esas alınarak kaydedilmiştir. Aciliyet durumunu belirtmek için kırmızı, sarı, yeşil ve adli kodları kullanılmıştır (52). Başvuru saatleri ise mesai içi ve dışı olarak ayrılmıştır.

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'nde mesai saatleri içerisinde ve dışında tek araştırma görevlisi tarafından yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından kullanılacak veriler ve yapılacak yer için onay alınmıştır. Araştırmanın veri toplama formu, Pamukkale Üniversitesi Çocuk Acil Polikliniğine çocuklarını muayene ettirmek için başvuran çocukların ebeveynlerinden ve 2. derece akrabalarından muayeneleri sonrası yüz yüze uygulanmıştır. Araştırma görevlisi kendini tanıtip araştırmanın konusunu, amacını ve önemi belirterek çalışmaya katılanları bilgilendirmiş, hastaya ve yakınlarına ait herhangi bir özel bilginin sorgulanmadığı belirtilmiş ve katılanların sözlü onamlarını almıştır. Bu bilgilendirme sonucunda araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yaklaşık on dakika süren bir anket görüşmesi yapılmıştır. Anket tamamlandıktan sonra hastalara sağlık hizmetleri sistemi, birinci basamağın önemi, aile hekimliği ve uzmanlığı hakkında kısa bir bilgi verilmiştir. Reçete edilen ilaçlar, klinik teşhiste kullanılan yöntemler, triyaj sınıflaması, başvuru saati, başvuru sebepleri ve yatış yapılıp yapılmadığı birimde bulunan klinisyenlerin sisteme girdikleri veriler incelenerek araştırmacı tarafından ertesi gün tekrar kontrol ile teyit edilmiştir.

3.11. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Veriler SPSS 17.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, en küçük-en büyük değerler ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki-kare analizi (Fisher, Pearson, Continuity Correction) ile incelenmiştir. Tüm incelemelerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamamıza Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne 1 Aralık 2019 – 28 Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran 800 çocuk hastanın bakım vereni katıldı. Hastaların yaş aralığı 0-18 arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları $6,66 \pm 4,95$ yıldır. Hastaların %52,5'i (n=420) erkek ve %47,5'i (n=380) kızdı.

Çocukları acil servise getiren ebeveynleri ve 2. kuşak akrabaları çalışmaya alındı. Katılımcıların yaşları 18 ile 69 yaş arasında değişmekteydi ve ortalaması $35,88 \pm 7,82$ yıldır. Katılımcıların %68'i (n=544) çocuğun annesi, %26,5'i (n=212) çocuğun babası ve %5,5'i (n=44) çocuğun 2. kuşak akrabasıydı.

Çalışmaya katılanların 355'i (%44,4) ev hanımı, 130'u (%16,3) işçi, 47'si (%5,9) serbest meslek, 35'i (%4,4) öğretmen, 17'si (%2,1) personel, 16'sı (%2) memur, 16'sı (%2) muhasebeci, 15'i (%1,9) emekli, 14'ü (%1,8) esnaf, 12'si (%1,5) çiftçi, 10'u (%1,3) hemşire, 10'u (%1,3) aşçı ve 123'ü (15,4) diğer meslek grubunda olduğunu belirtti. (Katılımcıların cevapları gruplandırılmış, %1'in altındaki gruplar diğer meslekler diye adlandırılmıştır.)

Katılımcılardan 6 (%0,8) kişi okur yazar olmadığını, 1 (%0,1) kişi okur yazar, 435 (%54,4) kişi ilkokul mezunu, 205 (%25,6) kişi lise mezunu, 146 (%18,3) kişi üniversite mezunu, 7 (%0,9) kişi lisansüstü / doktora mezunu olduğunu bildirdi.

Çalışmaya katılanların gelir durumu sorgulandığında 302 (%37,8) katılımcı gelirinin giderinden düşük, 437 (%54,6) katılımcı gelirinin giderine eşit, 61 (%7,6) katılımcı gelirinin giderinden yüksek olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan sadece 6 (%0,8) kişinin sosyal güvencesi bulunmamaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri

	Min-Max	Ort ±SD	
Çocuk yaş (yıl)	0-18	6,66 ± 4,95	
Ebeveyn / Bakım veren yaş (yıl)	18-69	35,88 ± 7,82	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş grupları	0-2 yaş	204	25,5
	3-6 yaş	240	30,0
	7-12 yaş	218	27,3
	13-18 yaş	138	17,3
	Toplam	800	100,0
Çocuğun cinsiyeti	Kız	380	47,5
	Erkek	420	52,5
	Toplam	800	100,0
Ebeveyn / Bakım veren	Anne	544	68,0
	Baba	212	26,5
	Diğer	44	5,5
	Toplam	800	100,0
Ebeveyn / Bakım verenin yaşı	18-25 yaş	70	8,8
	26-35 yaş	330	41,3
	36-45 yaş	327	40,6
	46-55 yaş	62	7,8
	56-65 yaş	13	1,6
	Toplam	800	100,0
Ebeveyn / Bakım verenin mesleği	Ev hanımı	355	44,4
	İşçi	130	16,3
	Serbest meslek	47	5,9
	Öğretmen	35	4,4
	Personel	17	2,1
	Memur	16	2
	Muhasebeci	16	2
	Emekli	15	1,9
	Esnaf	14	1,8
	Çiftçi	12	1,5
	Hemşire	10	1,3
	Aşçı	10	1,3
	Diğer meslekler	123	15,4
	Toplam	800	100,0

Öğrenim durumu	Okur-Yazar Değil	6	0,8
	Okur-yazar	1	0,1
	İlkokul	435	54,4
	Lise	205	25,6
	Üniversite	146	18,3
	Lisansüstü/Doktora	7	0,9
	Toplam	800	100,0
Gelir-gider dengesi	Gelir-Giderden Az	302	37,8
	Gelir-Gidere Eşit	437	54,6
	Gelir-Giderden Fazla	61	7,6
	Toplam	800	100,0
Sosyal güvence	Var	794	99,3
	Yok	6	0,8
	Toplam	800	100,0

Katılımcılara çocuklarını aile hekimi ve / veya çocuk hekimine düzenli olarak kontrole götürüp götürmediği sorulduğunda katılımcıların %53,1'i (n=425) düzenli kontrole götürdüğünü, %46,1'i (n=375) götürmediğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ebeveynlerin çocuklarını düzenli olarak kontrole götürme durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Hekimi ve/veya Çocuk Hekimine Düzenli Kontrol	Evet	425	53,1
	Hayır	375	46,9
Toplam		800	100,0

Katılımcıların çocukları için çocuk acile başvuru nedenleri ICD-10 kodu üzerinden kaydedilmiştir. Katılımcıların çocuklarının ICD kodlarının dağılımı incelendiğinde en fazla J (solunum sistemi hastalıkları) 332 (%41,5) kişi, R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) 316 (%39,5) kişi, K (sindirim sistemi hastalıkları) 27 (%3,4) kişi, H (göz, kulak ve mastoid oluşum hastalıkları) 20 (%2,5) kişi ve diğerleri olarak sıralanmakta olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Çocuk acile başvuru nedenlerinin ICD kodlarına göre dağılımı

ICD		Sayı (n)	Yüzde (%)
A	Enfeksiyon hastalıkları	5	0,6
B	Enfeksiyöz + paraziter sistemi hastalığı	3	0,4
D	Kan hastalıkları	7	0,9
E	Endokrin + metabolik sistemi hastalığı	4	0,5
F	Psikolojik hastalık	6	0,8
G	MSS hastalığı	18	2,3
H	Göz + KBB sistemi hastalığı	20	2,5
I	Dolaşım sistemi hastalığı	1	0,1
J	Solunum sistemi hastalığı	332	41,5
K	Sindirim sistemi hastalığı	27	3,4
L	Dermatolojik sistemi hastalığı	15	1,9
M	Kas + iskelet sistemi hastalığı	11	1,4
N	Ürogenital sistemi hastalığı	16	2,0
P	Perinatal dönem sistemik hastalığı	1	0,1
R	Semptomatik anormal klinik + lab. bulguları	316	39,5
S	Zehirlenme + dış etki	1	0,1
T	Zehirlenme + dış etki	10	1,3
Y	Madde + ilaç bağımlılığı	1	0,1
W	Travma	1	0,4
X	Yanıklar	3	0,1
Q	MSS konj. anomalileri	2	0,3
Toplam		800	100,0

*KBB: kulak burun boğaz, MSS: merkezi sinir sistemi, lab: laboratuvar, konj: konjenital.
*ICD: *International Classification of Disease*

Katılımcılara hastalarının şikayetlerinin başlama zamanı sorulduğunda 226 (%27,9) kişi gün içerisinde başladığını, 394 (%49,3) kişi 2-3 gün içerisinde başladığını, 63 (%7,9) kişi 4-7 gün içerisinde başladığını ve 117 (%14,6) kişi 1 haftadan fazla süredir şikayetlerin var olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Şikayetlerin başlama zamanı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aynı gün içinde	226	28,2
2-3 gündür	394	49,3
4-7 gündür	63	7,9
1 haftadan fazla	117	14,6
Toplam	800	100,0

Çalışmaya katılanların çocuk acil servisini tercih etme sebepleri sorgulandığında, en sık ‘yakın olduğu için’ cevabı alınmıştır (n=223 / %27,9). Diğer en sık alınan beş cevap ‘acil servisten memnun olduğumuz / güvendiğimiz için’ (n=189 / %23,6), ‘kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi’nde yapıldığı için’ (n=103 / %23,6), ‘mesai saati uygunsuzluğu’ (n=84 / %10,5), ‘kapsamlı bir hastane olduğu için’ (n=82 / %10,3) ve ‘sıra olarak rahat olduğu için’ (n=61 / %7,6) olmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların çocuk acil polikliniğine başvurma nedenleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yakın olduğu için	223	27,9
Acil servisten memnun olduğumuz / güvendiğimiz için	189	23,6
Kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde yapıldığı için	103	12,9
Mesai saati uygunsuzluğu	84	10,5
Kapsamlı bir hastane olduğu için	82	10,3
Sıra olarak rahat olduğu için	61	7,6
PAÜ Çocuk Polikliniği'nden yönlendirildiğimiz için	50	6,3
Diğer hastane acil servisinden yönlendirildiğimiz için	38	4,8
Çocuk uzmanı olduğu için	37	4,6
PAÜ personeli olduğum için (veya eşi PAÜ personeli)	36	4,5
Diğer hastane çocuk polikliniğinden yönlendirildiğimiz için	35	4,4
Acil müdahale gereksinimi olduğunu düşündüğüm için	31	3,9
Aile hekimimiz yönlendirdiği için	18	2,3
Ambulansla buraya getirildiğimiz için	18	2,3
Mevcut hastalığında şikayetleri arttığı için*	9	1,1
Diğer sağlık kuruluşunda olmayan tahlil ve tetkikten dolayı	7	0,9
Yakını bu hastanede yatmakta olduğu için**	6	0,8
Misafir olarak bu şehirde kaldığımız için	6	0,8
Mevcut hastalığını takip eden doktoru önerdiği için	4	0,5
Hastanenin ulaşımı rahat olduğu için	4	0,5
Çocuk cerrahisi uzmanı olduğu için	3	0,4
Devlet hastanesinden memnun olmadığım için	3	0,4
PAÜ Hastanesi'nde doğum yaptığım için	3	0,4
Diğer hastane çocuk cerrahisi uzmanı yönlendirdiği için	2	0,3
Ücretsiz olduğu için	2	0,3
Devlet hastanesinde korona pozitif hasta olduğu için	2	0,3
Kardeşini muayeneye acile getirdiğimiz için	2	0,3
Çocuk psikiyatrisine kontrole bu hastaneye geldiğimiz için	2	0,3
Aile hekimimiz öğle arasında olduğu için	1	0,1
Aile hekimimizi başka şehirde, taşımadığımız için	1	0,1
Diş hekimimiz yönlendirdiği için	1	0,1
IV işlem için	1	0,1

-Katılımcılar açık uçlu soruya birden fazla cevap belirtebilmiştir. Benzer olan cevaplar gruplandırılmıştır.
* Daha önce başvurusu olan grup
**Anne, baba, akrabası hastanede yatmakta olan grup
PAÜ: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi

Çocukların mevcut şikayetleri için ebeveynlerinin başka birime başvuru yapıp yapmadığı sorgulandığında 319 (%39,9) kişi başvurduğunu, 481 (%60,1) kişi başvurmadığını ifade etmiştir (Tablo 6). Daha önce başka birime başvurusu olan katılımcılardan 135 (%42,3) kişi çocuk acil servise başvurmadan önce çocuklarını aile hekimlerine götürdüklerini belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 6. Mevcut şikâyet için daha önce başka birime başvuru durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	319	39,9
Hayır	481	60,1
Toplam	800	100,0

Tablo 7. Çocuk acil polikliniğine başvurmadan önce mevcut şikâyet için gidilen yerler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Hekimi	135	42,3
PAÜ Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği	32	10,0
Devlet Hastanesi Acil Servisleri	97	30,4
Özel Hastane Acil Servisleri	19	5,9
PAÜ Hastanesi Çocuk Polikliniği	57	17,9
Devlet Hastanesi Çocuk Poliklinikleri	66	20,7
Özel Hastane Çocuk Poliklinikleri	28	11,9

*Mevcut şikâyeti için başka bir sağlık kuruluşuna başvuranlar arasında değerlendirilmiştir. Hastalar birden fazla seçenek belirtebilmiştir. Sayı 319'u ve oran %100'ü aşmaktadır.

Mevcut şikâyet için çocuk acil servise başvurmadan önce aile hekimine başvuran katılımcıların %68,9'u, şikayetleri gerilemediği için çocuk acil servisine başvurduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %27,4'ü ise aile hekimi yönlendirdiği için çocuk acil servisine geldiklerini belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Mevcut şikâyet için aile hekimine başvuranların acile gelme nedeni

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şikayetleri gerilemedi	93	68,9
Aile hekimi yönlendirdi	37	27,4
Sadece rapor almak için başvurmuş, muayene olmak için burayı tercih etmiş.	3	2,2
Mesai saati dışında kontrol günü geldi.	1	0,7
Ek tahlil gerekti.	1	0,7
Toplam	135	100

Mevcut şikâyet için 665 (%83,1) katılımcı daha öncesinde aile hekimine başvurmamıştı. Bu katılımcıların aile hekimine başvurmama nedeni sorgulandığında, 167 kişi (25,1) mesai saati dışında çocuklarının şikayetlerinin başladığını veya şiddetlendiğini ifade etmiştir. 90 kişi (%13,5) mesai veya okul saatinden ötürü başvurmadığını, 82 kişi (%12,3) ise çocuğunun çocuk uzmanı tarafından muayene edilmesini istediğini belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların aile hekimine başvurmama nedenleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesai dışı saatlerde şikayetleri başladığı / şiddetlendiği için	167	25,1
Mesai / okul saatinden ötürü başvurmadığı için	90	13,5
Çocuk uzmanı tarafından muayene olmasını istediği için	82	12,3
Aile hekiminden memnun olmadığı için	75	11,2
Kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde yapıldığı için	55	8,3
Acil müdahale yapılamayacağını düşündüğü için	50	7,5
Kişisel nedenler (sabah müsait olamama, eşinin mesai saati...)	31	4,6
Tahlillerin sadece sabah alınması/tahlil-tetkik eksikliği	30	4,5
Ambulansla bu hastaneye getirildiğimiz için	12	1,8
Misafir olarak bu şehirde bulunduğumuz için	11	1,7
PAÜ Çocuk Acile güvendiğimiz ve başvurmak istediğimiz için	10	1,5
PAÜ Çocuk Acil Servisi'ne daha yakın olduğum için	8	1,2
Aile hekimimiz izinli / haftanın belirli günleri görevli olduğu için	7	1,1

*Toplam 665 kişi Aile hekimine başvurmamıştı, cevaplar arasında %1'in üzerinde olanlar tabloya alınmıştır.

PAÜ: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi

Çalışmaya katılanların çocukları için kendi aile hekimlerine başvuru nedenleri genel itibariyle sorgulandığında 547 (%68,4) kişinin çocuğu hasta olunca muayene, 295 (%36,9) kişinin çocuğun rutin izlemi, 259 (%32,4) kişinin çocuğun bağışıklama hizmetleri, 56 (%7,0) kişinin ilaç yazdırmak, 42 (%5,3) kişinin kurum / kuruluşlardan istenen izin / belge/ rapor işlemleri, 4 (%0,5) kişinin enjeksiyon / pansuman, 4 (%0,5) kişinin tahlil, 1 (%0,5) kişinin tansiyon ölçümü, 1 (%0,5) kişinin danışmanlık hizmeti için aile hekimine başvurdukları cevabı alınmıştır. 23 kişi ise çocukları için hiç aile hekimine gitmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo10).

Tablo 10. Katılımcıların diğer zamanlarda aile hekimlerine başvuru nedenleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta olunca muayene	547	68,4
Rutin izlem	295	36,9
Aşı	259	32,4
İlaç yazdırma	56	7,0
Belge /rapor alma	42	5,3
Enjeksiyon / Pansuman	4	0,5
Tahlil	4	0,5
Tansiyon ölçümü	1	0,1
Danışmanlık	1	0,1
Hiç gitmiyor	23	2,9

* Katılımcılar açık uçlu soruya birden fazla cevap belirtebilmiştir. Sayı 800'ü ve oran %100'ü aşmaktadır.

Katılımcıların çocukları için aile hekimine en son başvuru zamanı değerlendirildiğinde 40 (%5) kişi bugün, 248 (%31,0) kişi ise 1 hafta içerisinde başvurduğunu ifade etmiştir. 8 gün-1 ay arasında başvuranlar 241(%30,1) kişi, 31 gün-1 yıl arasında başvuranlar 235 (29,4) kişi, 366 gün-2yıl arasında başvuranlar 15 (%1,9) kişiydi. 13 (%1,6) kişi 3 yıl ve üzeri bir süredir başvurmadığını, 4 (%0,5) kişi hiç gitmediğini, 4 (%0,5) kişi ise ne zaman başvurduğunu hatırlamadığını belirtmişti (Tablo 11).

Tablo 11. Aile hekimine çocuk için en son başvuru zamanı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bugün	40	5,0
1 gün – 1 hafta	248	31,0
8 gün – 1 ay	241	30,1
31 gün – 1 yıl	235	29,4
366 gün – 2 yıl	15	1,9
3 yıl ve üzeri	13	1,6
Hatırlamıyor	4	0,5
Hiç gitmiyor	4	0,5
Toplam	800	100,0

Aile sağlığı merkezlerindeki en büyük eksiklik veya sorunla ilgili düşünceleri sorgulandığında 506 (%62,5) katılımcı memnun olduğunu, eksiklik veya sorun olmadığını belirtmiştir. Diğer taraftan, 81 (%10,1) kişi kendi aile hekimini tıbbi açıdan yetersiz bulduğunu, 58 kişi (%7,2) ilgisiz bulduğunu, 58 (%7,2) kişi aile sağlığı merkezlerinde tahlil ve tetkiklerin yetersiz olduğunu, 23 (%2,9) kişi çalışma saatlerinin yetersiz olduğunu / uygun olmadığını, 22 (%2,8) kişi çocuk uzmanı olması gerektiği düşüncesini ifade etmiştir. Katılımcılar birden fazla cevap verebilmiştir, yakın cevaplar gruplandırılmıştır ve listelenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Aile sağlığı merkezlerinde en büyük eksiklik / sorun sorusuna verilen cevaplar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memnunuz, eksiklik / sorun yok	506	62,5
Aile hekimi tıbbi açıdan yetersiz	81	10,1
Aile hekiminin ilgisi yetersiz	58	7,2
Tetkik / tahlil yetersiz	58	7,2
ASM çalışma saatleri	23	2,9
Çocuk uzmanı olmaması	22	2,8
Hemen çocuk/diğer branşların uzmanına yönlendirmesi	19	2,4
Reçete edilen ilaçların yetersizliği/çocuğa uygun olmaması	19	2,4
Uzman doktor olmaması	17	2,1
Tedavi imkanlarının kısıtlı olması	16	2,0
Sadece sabahları tahlil alınması/geç sonuçlanması/hatalı sonuçlar	12	1,5
Aile hekiminin antibiyotik yazmak istememesi	8	1,0
Aile hekimi görevlendirmeleri / sürekli yerinde bulunmaması / değişikliği	8	1,0
ASM'nin uzaklığı	6	0,8
ASM bina koşulları (eski olması, temiz olmaması...)	5	0,6
Aile hekimin yanlış tutumu	5	0,6
Acil durumlarda müdahale imkanının kısıtlı olması	4	0,5
ASM çalışanlarının ilgisi yetersiz	4	0,5
ASM'nin yoğun olması	4	0,5
Tedavi imkanlarının kısıtlı olması (intravenöz işlem, sütün, enjeksiyon)	4	0,5
Aile hekimine güvensiz hissetme	3	0,4
Aile hekiminin mesai saatlerine uymaması	1	0,1
Aile hekiminin tahlil / tetkik yapmak istememesi	1	0,1
Aile hekimin yeterli açıklama yapmaması	1	0,1
İlaç maliyetine dikkat edilmemesi	1	0,1
Küçük cerrahi işlemler yapılmaması	1	0,1
Rapor vermek istenmemesi/rapor ile ilgili sıkıntılar	1	0,1
Sevk aracının olmaması	1	0,1
Süt sağma pompası olmaması	1	0,1
Yakın aile hekimlerinin nüfusunun dolu olması	1	0,1
Hiç gitmemiş	3	0,4

*Katılımcılar açık uçlu soruya birden fazla cevap belirtebilmiştir. Benzer olan cevaplar gruplandırılmıştır. Sayı 800'den büyük, oran %100'den fazladır.
**ASM: aile sağlığı merkezi

Aile hekimine mesai dışı saatlerde ulaşma isteği sorgulandığında katılımcıların %80,6'sı (n=645) aile sağlığı merkezlerinin mesai saati dışında açık olmasını istediğini, %89,3'ü (n=714) ise mesai saati dışında aile hekimine telefonla ulaşmak istediğini ifade etmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Aile hekimine mesai saati dışında ulaşma isteği

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesai saati dışında açık olsun isterim	Evet	645	80,6
	Hayır	155	19,4
Mesai saati dışında telefonla ulaşmak isterim	Evet	714	89,3
	Hayır	86	10,8
Toplam		800	100,0

Katılımcıların çocuklarının muayeneleri sırasında %46,3'ünden (n=370) tetkik istenmediği görülmüştür. Hastaların %44,8'inden (n=358) laboratuvar tetkiki, %26,1'inden (n=209) röntgen, %4,8'inden (n=38) elektrokardiyogram, %2,3'ünden (n=18) ultrason ve %1,8'inden (n=14) diğer tetkiklerin istendiği saptanmıştır (Tablo 14).

Çocukların muayene sonrası reçeteleri incelendiğinde %35,4'üne (n=283) reçete yazılmadığı, %23,3'üne (n=186) analjezik, %4,5'ine (n=36) antibiyotik, %23,6'sına (n=189) analjezik ve antibiyotik, %24,5'ine (n=196) ise diğer ilaçların yazıldığı görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Hastalar için istenilen tetkikler ve ilaç reçetesi yazılma durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanılan tetkikler	Yok	370	46,3
	Laboratuvar	358	44,8
	Röntgen	209	26,1
	Ultrason	18	2,3
	EKG	38	4,8
	Diğer	14	1,8
Reçete edilen ilaçlar	Yok	283	35,4
	Analjezik	186	23,3
	Antibiyotik	36	4,5
	Analjezik + Antibiyotik	189	23,6
	Diğer	196	24,5

*Birden fazla ilaç reçete edildiği ve birden fazla tetkik yapıldığı için, sayı 800'ü ve oran %100'ü aşmaktadır.

EKG: elektrokardiyogram

Çalışmaya katılanların çocuk acil servise başvurularının gün içerisindeki dağılımına bakıldığında %75,4'ünün (n=603) mesai dışında, %24,6'sının (n=197) ise mesai içinde başvurduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Başvuruların gün içerisinde dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesai dışı	603	75,4
Mesai içi	197	24,6
Toplam	800	100,0

Hastaların triyaj kodları incelendiğinde kodların %62,3'ü (n=498) yeşil, %35,6'sı (n=285) sarı, %0,8'i (n=6) kırmızı ve %1,4'ü (n=11) adli olduğu görülmüştür (Tablo16).

Tablo 16. Klinisyenin görüşü, triyaj koduna göre aciliyet dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yeşil	498	62,3
Sarı	285	35,6
Kırmızı	6	0,8
Adli	11	1,4
Toplam	800	100,0

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile aile hekimliğine başvurma durumları arasında istatistiksel anlamlılık ilişkisi sorgulandığında, anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çocuklarını düzenli kontrole veya takiplere götürme durumuyla aile hekimliğine başvurma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Aile hekimliğine başvuru ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişki

		Aile Hekimine Başvuru		<i>p</i>
		Yok, n (%)	Var, n (%)	
Yaş grupları	0-2 yaş	168 (25,3)	36 (26,7)	0,744
	3-6 yaş	196 (29,5)	44 (32,6)	
	7-12 yaş	183 (27,5)	35 (25,9)	
	13-18 yaş	118 (17,7)	20 (14,8)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Çocuğun cinsiyeti	Kız	318 (47,8)	62 (45,9)	0,688
	Erkek	347 (52,2)	73 (54,1)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Ebeveyn / Bakım veren	Anne	445 (66,9)	99 (73,3)	0,321
	Baba	181 (27,2)	31 (23,0)	
	Diğer	39 (5,9)	5 (3,7)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Ebeveyn / Bakım verenin yaşı	18-25 yaş	61 (9,2)	9 (6,7)	0,653
	26-35 yaş	275 (41,4)	55 (40,7)	
	36-45 yaş	265 (39,8)	60 (44,4)	
	46-55 yaş	54 (8,1)	8 (5,9)	
	56-65 yaş	10 (1,5)	3 (2,2)	

	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Ebeveyn / Bakım verenin mesleği	Ev hanımı	287 (43,2)	68 (50,4)	0,195
	İşçi	109 (16,4)	21 (15,6)	
	Serbest meslek	40 (6,0)	7 (5,2)	
	Öğretmen	32 (4,8)	3 (2,2)	
	Personel	12 (1,8)	5 (3,7)	
	Memur	15 (2,3)	1 (0,7)	
	Muhasebeci	15 (2,3)	1 (0,7)	
	Emekli	10 (1,5)	5 (3,7)	
	Esnaf	10 (1,5)	4 (3,0)	
	Çiftçi	10 (1,5)	2 (1,5)	
	Hemşire	10 (1,5)	0 (0)	
	Aşçı	10 (1,5)	0 (0)	
	Diğer meslekler	105 (15,8)	18 (13,3)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Öğrenim durumu	Okur-Yazar Değil	5 (0,8)	1 (0,7)	0,321
	Okur-yazar	1 (0,2)	0 (0)	
	İlkokul	351 (52,8)	84 (62,2)	
	Lise	173 (26,0)	32 (23,7)	
	Üniversite	128 (19,2)	18 (13,3)	
	Lisansüstü/Doktora	7 (1,0)	0 (0)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Gelir-gider dengesi	Gelir-Giderden Az	246 (37,0)	56 (41,5)	0,384
	Gelir-Gidere Eşit	365 (54,9)	72 (53,3)	
	Gelir-Giderden Fazla	54 (8,1)	7 (5,2)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	
Aile Hekimi ve/veya Çocuk Hekimine Düzenli Kontrol	Evet	313 (83,5)	352 (82,8)	0,808
	Hayır	62 (16,5)	73 (17,2)	
	Toplam	665 (100)	135 (100)	

Hastaların şikayetlerinin başlama zamanı ile aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Aynı gün içinde çocuklarının şikayetleri başlayan katılımcıların %94,7'sinin aile hekimine başvurmadığı, %5,3'ünün başvurduğu görülmüştür (Tablo 18).

Tablo18. Aile hekimine başvurma durumu ile şikayetlerin başlama zamanı arasındaki ilişki

	Aile Hekimine Başvuru		<i>p</i>
	Yok, n (%)	Var, n (%)	
Aynı gün içinde	214 (94,7)	12 (5,3)	<0,001*
2-3 gündür	338 (85,8)	56 (14,2)	
4-7 gündür	42 (66,7)	21 (33,3)	
1 haftadan fazla	71 (60,7)	46 (39,3)	
Toplam	665	135	

* Pearson chi-square

Çalışmaya katılanların başvuru şikayetleri ICD tanı kodu üzerinden gruplandırılmıştır. Bu grupların aile hekimine başvurma durumu ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$). Aile hekimine başvurmeyen grupta en fazla J (solunum sistemi hastalıkları) -279 (%42,0) kişi- ve R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) -257 (%38,6) kişi-tanı kodları saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların aile hekimine başvurma durumu ile çocuk acile başvurma sebepleri arasındaki ilişki sorgulandığında yakın olduğu için acil servise başvuranlarla aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,025$). Yakın olduğu için çocuk acile başvuranların %87,9'unun (n=196) aile hekimine başvurmadığı, %12,1'inin (n=27) aile hekimine başvurduğu görülmüştür (Tablo 19).

Acil servisten memnun olduğu için çocuk acil servise başvuranlarla aile hekimine başvurma durumunun analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,079$). Acil servisten memnun olduğu için başvuranların %87,3'ünün (n=165) aile hekimine başvurmadığı, %12,7'sinin (n=24) başvurduğu görülmüştür (Tablo 19).

Çocuklarının kontrol / takiplerini PAÜ Hastanesi'nde yaptıran katılımcılarla aile hekimliğine başvurma durumu arasındaki istatistiksel ilişki sorgulandığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,018$). Kontrol / takipleri bu hastanede olduğu için çocuk acil servise başvuranların %91,3'ünün (n=94) aile hekimine başvurmadığı, %8,7'sinin (n=9) başvurduğu görülmüştür (Tablo 19).

Çocuk acile başvurma nedeni olarak mesai saatinin uygun olmamasını belirten katılımcıların, aile hekimine başvurma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,199$). Kendi mesai saatinin uygun olmamasından ötürü acil servise başvuran hastaların %88,1'i ($n=67$) aile hekimine başvurmadığı, %11,9'u aile hekimine başvurduğu görülmüştür (Tablo 19).

Sıra olarak rahat olduğu için acil servise başvuranlar ile aile hekimliğine başvuru durumu arasındaki ilişki sorgulandığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,917$). Sıra olarak rahat olduğu için başvuran katılımcıların %83,6'sının ($n=51$) aile hekimine başvurmadığı, %16'ünün ($n=10$) aile hekimine başvurduğu görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. Aile hekimine başvurma durumu ile çocuk acile gelme nedenleri (en sık 6 neden) arasındaki ilişki

	Aile Hekimine Başvuru		<i>P</i>
	Yok, n (%)	Var, n (%)	
Yakın olduğu için	196 (87,9)	27 (12,1)	0,025*
Acil servisten memnun olduğumuz / güvendiğimiz için	165 (87,3)	24 (12,7)	0,079
Kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde yapıldığı için	94 (91,3)	9 (8,7)	0,018*
Mesai saati uygunsuzluğu	74 (88,1)	10 (11,9)	0,199
Kapsamlı bir hastane olduğu için	67 (81,8)	15 (16,9)	0,717
Sıra olarak rahat olduğu için	51 (83,6)	10 (16,4)	0,917

*Katılımcılar açık uçlu soruya birden fazla cevap belirtebilmiştir. Benzer olan cevaplar gruplandırılmıştır. En sık 6 nedenle ilişkiye bakılmıştır.

* *Pearson chi-square* < 0.05

Çalışmaya katılanlara aile sağlığı merkezlerindeki en büyük eksiklik / sorun sorulduğunda katılımcıların %62,5'i ($n=506$) memnunuz, eksiklik yok cevabını verip herhangi bir neden belirtmemiştir. Memnuniyet durumu ile aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde memnun olmadığını belirtip, eksiklik / sorun olduğunu söyleyenlerin %90,5'inin ($n=266$) aile hekimine başvurmadığı, %9,5'inin ($n=156$) başvurduğu görülmüştür (Tablo 20). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 20).

Tablo 20. Aile hekimine başvurma durumu ile aile sağlığı merkezinden memnun olma durumu ilişkisi

		Aile Hekimine Başvuru		<i>p</i>
		Yok, n (%)	Var, n (%)	
Memnunuz, eksiklik yok	Evet	399 (78,9)	107 (21,1)	0,000*
	Hayır	266 (90,5)	156 (9,5)	
Toplam		665 (83,1)	135 (16,9)	

* *Pearson chi-square, fisher's, continuity correction <0,001*

Katılımcıların, aile sağlığı merkezlerinde eksiklik/sorun olarak gördüğü bazı durumlar ile aile hekimine başvuru durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünen grup ile aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,013$). Aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünen grubun %94,8'inin (n=55) aile hekimine başvurmadığı, %5,2'sinin (n=3) ise aile hekimine başvurduğu görülmüştür (Tablo 21).

Aile hekiminin tıbbi açıdan yetersiz olduğunu düşünenler ile aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,076$). Aile hekimini tıbbi açıdan yetersiz olduğunu düşünenlerin %90,1'inin (n=73) aile hekimine başvurmadığı, %5,2'sinin (n=3) aile hekimine başvurduğu görülmüştür (Tablo 21).

Aile sağlığı merkezlerinde tahlil ve tetkiklerin yetersiz olduğunu düşünenler ile aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,310$). Tetkik ve tahlillerin yetersiz olduğunu düşünenlerin %87,9'unun (n=51) aile hekimine başvurmadığı, %12,1'inin (n=7) başvurduğu görülmüştür (Tablo 21).

Aile sağlığı merkezlerinin çalışma saatlerinin yetersiz olduğunu / uygun olmadığını düşünenler ile aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,104$). Çalışma saatlerinin yetersiz olduğunu / uygun olmadığını düşünen grubun %95,7'sinin (n=22) aile hekimine başvurmadığı, %4,3'ünün (n=1) ise aile hekimine başvurduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Aile sağlığı merkezlerinde çocuk uzmanının olmamasını eksiklik olarak düşünönenler ile aile hekimliğine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,117$). Çocuk uzmanı olması gerektiğini düşünönenlerin %95,5'inin ($n=21$) aile hekimine başvurmadığı, %4,5'inin ($n=1$) başvurduğu görölmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Aile hekimine başvurma durumu ile aile sağlığı merkezinde eksiklik / sorun olarak düşünölen durumların (en sık 5 cevap) ilişkisi

	Aile Hekimine Başvuru		<i>p</i>
	Yok, n (%)	Var, n (%)	
Aile hekiminin tıbbi açıdan yetersiz	73 (90,1)	8 (9,9)	0,076
Aile hekiminin ilgisi yetersiz	55 (94,8)	3 (5,2)	0,013*
Tetik / tahlil yetersiz	51 (87,9)	7 (12,1)	0,310
Aile sağlığı merkezi çalışma saatleri	22 (95,7)	1 (4,3)	0,104
Çocuk uzmanı olmaması	21 (95,5)	1 (4,5)	0,117

-Katılımcıların %62,5'i ($n=506$) eksiklik / sorun belirtmemiştir. Katılımcılar birden fazla cevap belirtebilmiştir. Benzer olan cevaplar gruplandırılmıştır. En sık 5 nedenle ilişkiye bakılmıştır.

* *Pearson chi-square, fisher's, continuity correction <0,05*

Çocukları hasta olunca aile hekimini tercih eden katılımcılar ile daha önce aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Daha önce aile hekimine başvuran katılımcıların %93,3'ünün, çocukları hasta olunca aile hekimine başvurmayı tercih edenler olduğu görölmüştür (Tablo 22).

Tablo 22. Aile hekimine başvurma durumu ile çocukları hasta olunca aile hekimini tercih eden katılımcıların ilişkisi

		Aile Hekimine Başvuru		<i>p</i>
		Yok, n (%)	Var, n (%)	
Çocukları hasta olunca aile hekimini tercih etme	Evet	421 (63,3)	126 (93,3)	<0,001*
	Hayır	244 (36,7)	9 (6,7)	
Toplam		665 (100)	135 (100)	

* *Pearson chi-square*

Katılımcıların çocuk acil servise başvuru zamanı ile aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, mesai saati dışında başvuran katılımcıların %85,6'sının (n=516) aile hekimine başvurmadığı görülmüştür (Tablo 23). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 23. Aile hekimine başvurma durumu ile acil servise başvuru zamanı ilişkisi

	Aile Hekimine Başvurma		<i>p</i>
	Yok, n (%)	Var, n (%)	
Mesai dışı	516 (85,6)	87 (14,4)	0,001*
Mesai içi	149 (75,6)	48 (24,4)	
Toplam	665 (83,1)	135 (16,9)	

* Pearson chi-square=0,001, fisher's=0,002, contunity correction=0,002

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, çocuklarının şikayetleri için Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran ebeveynlerin aile hekimine başvuru durumunun ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Çalışmamızın hipotezi, çocuk acil servisine başvuran katılımcıların acil durumlarda daha önce aile hekimine başvurmamış oldukları ve acil servise uygun olmayan başvuru oldukları yönündeydi.

Acil servise “uygun olmayan” başvuru, tedavisi için acil servis deneyimi ve acil servis kaynakları gerektirmeyen, birinci basamak hekimi tarafından rahatlıkla tedavi edilebilen ve acil müdahale gerektirmeyen yakınmalar ile yapılan başvuru olarak tanımlanmıştır (6). Uygun olmayan kullanım, hasta yoğunluğuna, hizmetlerin kısıtlanmasına, sunulan hizmet kalitesinin düşüşüne, hasta ve çalışan memnuniyetsizliğine ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği, bireylerin bu birimlerden aldıkları hizmetten memnuniyeti ve bu birimlerin işlevleri konusunda bilgi düzeyi uygun olmayan başvuruları etkileyen önemli unsurlardır (53,54,55).

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin çoğunluğunu (%68) çocukların anneleri oluşturuyordu. Arslan tarafından yapılan bir çalışmada, araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin çocuklarının %51,5'inin anneleri tarafından acil servise getirildikleri saptanmıştır (56).

Katılımcıların yaş ortalaması $35,9 \pm 8,8$ yıl (18-69 yaş) bulundu. Bunların %41,3'ünün 26-35 yaş, %40,6'sının 36-45 yaş aralığında olduğu görüldü. Çocukların 2. kuşak akrabalarını da kabul etmemizin sonucunda, katılımcıların yaş ortalamaları artmış olabilir. Kurt ve arkadaşlarının, Ankara Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde acil olmayan başvurularda ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyi ile ilgili yaptıkları çalışmada annelerin yaş ortalaması $31,1 \pm 5,9$ yıl ve babaların yaş ortalaması $34,9 \pm 6,1$ yıl olarak bulunmuştur (57).

Hasta çocukların yaş ortalaması $6,7 \pm 5$ yıl (0-18 yaş) olarak bulundu. Hastaların %25,5'inin 0-2 yaş, %30'unun 3-6 yaş, %27,3'ünün 7-12 yaş, %17,3'ünün 13-18 yaş aralığında olduğu görüldü. Temizkan ve arkadaşlarının, bir tıp fakültesi çocuk acil servisinde yaptığı retrospektif çalışmada, hastaların %69,6'sı (80.855) 0-72 ay arasında (süt ve oyun çocuğu) olduğu görülmüştür (58). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da 0-6 yaş aralığında başvuruların daha sık olduğu (%55,5)

bulundu (10,58,59). Ülkemizde ve yurtdışında yapılacak prospektif çok merkezli çalışmalar, çocuk acil servislerindeki yaş grubu farklılıklarını ve bunların nedenlerini ortaya çıkarabilir.

Çalışmamızda hastaların %52,5'inin erkek, %47,5'inin kız olduğu görüldü. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda, erkek çocukların başvuru oranının fazla olduğu saptanmıştır (1,10,58,59). Bu durum erkek çocuklarının hastalıklara daha duyarlı olması, hareketli ve travma gibi dış etkilere daha yatkın olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların öğrenim durumuna bakıldığında çoğunluğun ilkokul (%52,8) ve lise (%25,6) mezunu olduğu görüldü. Kubicek ve arkadaşlarının Los Angeles Çocuk Hastanesi çocuk acil servisinde yaptıkları bir araştırmada acil servise başvuran çocuk bakım verenlerinin %45'inin lise altı okullardan, %30'unun lise mezunu olduğunu saptamıştır (60).

Çalışma grubumuzun çoğunluğunu ev hanımı (%44,4) ve işçilerin (%16,3) oluşturduğu görüldü. Bunun nedeninin katılımcıların çoğunun anne ve ilkokul mezunu olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Ayrıca annelerin çocuklarıyla daha ilgili olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların daha önce aile hekimine başvurma durumu ile sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Katılımcıların %53,1'i çocuklarını düzenli olarak aile hekimi ve/veya çocuk hekimine takiplere götürdüğünü belirtmiştir. Bu durum hasta profilimizin çoğunluğunun (%57,3) 0-6 yaş aralığında olması ve bu dönemde çocuk izlemlerinin sıklığının fazla olması ile açıklanabilir. Ayrıca kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin üniversite hastanesine olan güveniyle ve üniversite hastanesini tercih etmesiyle de ilişkili olabileceği düşünüldü. Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde hasta olunca çocuk uzmanına gitmesi ve tetkik yapılması gerektiği inancı hakimdi. Bu katılımcılar tarafından, kontrol ve takipleri PAÜ Hastanesi'nde olduğu için (%12,9) çocuk acile geldik şeklinde belirtilmişti.

Çalışmamızda çocuklarını düzenli kontrol / takiplere götürme durumuyla aile hekimliğine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmaya katılanların çocuk acile gelme sebeplerinin ICD kodu üzerinden dağılımına baktığımızda katılımcıların %41,5'inin J (solunum sistemi hastalıkları) ve %39,5'inin R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) tanı kodu aldığı görüldü. Tanı kodu J olanların çoğunluğunu da üst solunum yolu enfeksiyonları oluşturmaktaydı. Temizkan ve arkadaşlarının, 4 yıllık çocuk acil servisi verilerini incelediği retrospektif bir çalışmada tüm yıllarda en fazla R (%49,5) ve J (%27,8) tanı kodları görülmüştür (58). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çocuk acil servisinde en sık konulan tanıların akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%53,0) ve akut alt solunum yolu enfeksiyonları (%17,1) olduğu saptanmıştır (1). Karakaş ve arkadaşlarının üçüncü basamak hastanede yaptıkları bir çalışmada, en sık başvuru nedenlerinin ateş ve öksürük yakınmaları olduğu görülmüştür (10). Bazaraa ve arkadaşlarının Hindistan'da bir çocuk acil servisinde yaptığı çalışmada ise solunum sıkıntısı ve hışıltı yakınmalarıyla başvuranların en sık olduğu saptanmıştır (61). Bu yakınmalar bizim en sık olarak saptamış olduğumuz solunum sistemi hastalıklarına da işaret etmektedir. Çalışmamızda J tanı kodunu yüksek saptamamızın diğer bir nedeni de verilerin kış aylarında toplanmış olmasından ötürü olabilir.

Literatürle benzer olarak çalışmamızın sonucunda çocuk acil servisine başvuran hastaların başvuru nedenleri ve aldıkları tanılara bakıldığında çoğunluğunun birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek hastalar olduğu düşünüldü (1,10,58,59,62). Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunması gereken bir üniversite hastanesi çocuk acil servisinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında halledilebilecek yakınmalarla meşgul edilmesinin hem ülke kaynaklarının gereksiz israfına hem de çalışan sağlık personelinin çalışma motivasyonunun azalmasına ve daha da önemlisi gerçekten acil olan hastaların mağduriyetine yol açması beklenebilir.

Çalışmamızda, çocukların başvuru şikayetleri (ICD) ile bakım verenlerinin daha önce aile hekimliğine başvurma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çocukların şikayetlerinin başlama zamanı sorulduğunda, katılımcıların çoğunluğu (%77,5) üç gün içerisinde başladığını ifade etmişti. Arslan tarafından yapılan bir çalışmada çocuk acil servise başvuran ebeveynlerin çoğunluğunun (%50,3) çocuklarının şikayetleri için ilk 24 saatte başvurduğu görülmüştür (56). Bizim çalışmamızda aynı gün içerisinde şikayetleri başlayanların oranı %28,2 idi. Bu durumu

ailenin eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, acil durumları tanıyamaması, sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olmaması ile de ilişkilendirebiliriz.

Çalışmamızda çocukların şikayetlerinin başlama zamanı ile bakım verenlerinin daha önce aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Şikayetleri 24 saat içerisinde başlayanların daha önce aile hekimliğine başvurmama sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çocukların muayeneleri sonrasında istenilen tetkiklere baktığımızda %46,3'ünden tetkik istenmediği, %44,8'inden laboratuvar testi, %26,1'inden röntgen, %4,8'inden EKG, %2,3'ünden ultrason tetkiki istendiği görüldü. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başvuran hastaların sadece dörtte birinden tahlil istendiği görülmüştür (1). Literatüre baktığımızda çocuk acil servislerde istenilen tahlil ve görüntüleme yöntemlerinin sıklığıyla ilgili yeterli bilgiye rastlayamadık. Ancak çocuk acillerde yapılan çalışmalara baktığımızda, çocuk acil servislerine başvuran hastaların çoğunun uygunsuz başvuru olduğu ve ayaktan tedavi edilip, reçete ve önerilerle evlerine gönderildiği düşünülürse yapılan tahlil / tetkiklerin fazla olduğu düşünülebilir (1,10,58). Ebeveynlerin çocuklarının hastalıklarında 2.-3. basamak acil servisleri yerine aile hekimliğini ilk başvuru noktası haline getirmesiyle bu fazla tetkiklerin önüne geçebileceğini düşünmekteyiz. Çünkü birinci basamakta aile hekimlerinin hastalarına yaklaşımında semptom yaklaşımı ve hipotezi test etme sıklıkla kullanırken, 2.-3. basamak hekimleri yaklaşımında sıklıkla detaylı araştırma yöntemi tercih etmektedir (61). Acil servis şartlarında olabilecek laboratuvar hataları, yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçlar hastalarda istenmeyen bir anksiyeteye, gereksiz invaziv testlere ve aşırı tanılara yol açabilir (63).

Katılımcıların çocuklarına yazılan reçetelere bakıldığında, %35,4'üne reçete yazılmadığı görüldü. Reçete yazılmayan grubun içerisinde servise yatış yapılan (%7,8) katılımcılar da vardı. Reçete yazılıp gönderilenler katılımcıların %64,6'sını oluşturuyordu. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çalışmamızın sonucuna benzer şekilde hastaların %66,7'sine reçete düzenlenip eve gönderildiği görülmüştür (1). Karakaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, çocukların %49,5'i reçete ile, %47,7'si ise reçetesiz önerilerle taburcu edildiği saptanmıştır (10). Pakdemirli ve arkadaşlarının 3. basamak çocuk acil servisinde yaptığı diğer bir retrospektif çalışmada hastaların %97,6'sının yatışı düşünülmeden eve gönderildiği görülmüştür (62). Bizim

çalışmamızda ise hastaların %92,2'sine yatış yapılmadığı, reçeteli veya reçetesiz evlerine gönderildiği saptandı.

Yazılan reçeteler değerlendirildiğinde hastaların %46,9'una analjezik, %28,1'ine antibiyotik reçete edildiği görülmüştür. İtalya'da Messina ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, acil servise başvuran çocukların %19,6'sının antibiyotik reçetesi aldığı görülmüştür (64). İspanya'da çocuk acil servisinde yapılan bir çalışmada da bu oran %16,5 olarak bulunmuştur (65). İtalya ve İspanya çocuk acil servislerinde yazılan antibiyotik reçetesi oranlarına göre çalışmamızda saptanan oranın yüksek olması, fazla miktarda antibiyotik kullanmamız ile ilişkili olabilir. 2011 yılına ait Avrupa Antimikrobiyal Tüketim Sürveyansı Ağı (ESAC-Net) verilerine bakıldığında Türkiye'nin Avrupa Birliği üyesi ülkelere göre fazla miktarda antibiyotik kullandığı tespit edilmiştir (66). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016-2018 Antibiyotik Tüketim Raporu'na göre 2015 yılında Türkiye'de bir günde 1000 kişiye düşen tanımlanmış günlük doz (Defined Inhabitant Dose: DID) 38,18 olarak açıklanmış ve antibiyotik kullanımında en yüksek ülkelerden biri olduğu belirlenmiştir. Bu rapora göre ülkemiz Avrupa bölgesindeki ülkelerle kıyaslandığında DID bazında en yüksek antibiyotik tüketimine sahiptir. En düşük tüketim 7,66 DID ile Azerbaycan'a aittir (67).

İtalya'da yapılan başka bir çalışmaya göre, birinci basamak ve acil servislerde yazılan antibiyotik reçetesi oranına bakıldığında antibiyotik reçete prevalansı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (68). Her ne kadar İtalya'da yapılan bu çalışmada, birinci basamak ile acil servislerde yazılan antibiyotik oranları yakın bulunsa da aile hekimliğinde kullanılan stratejilerle (bekle gör stratejisi gibi) ve ebeveynlerle yapılacak ortak karar alma süreci (69) ile acil servislerde uygunsuz ve fazla miktarda antibiyotik kullanımının önüne geçilebileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, bakım verenlerin daha önce aile hekimine başvurma durumu ile çocuk acil servisinde muayene sırasında yapılan tetkikler ve yazılan ilaçların ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda çocukların aciliyet durumları, araştırmacı tarafından çocuk acilden sorumlu olan hekimin de görüşü alınarak, triyaj kodu ile kaydedilmiştir. Türkiye'de hastaların acil servis içinde muayene ve tedavileri üçlü triyaj sistemi ile renk kodlarına (kırmızı, sarı, yeşil) göre yapılmaktadır (70). Kırmızı renk kodu acilen

değerlendirilmesi ve tedavi gereksinimi karşılanması gereken kritik hastaları, sarı renk kodu belirli bir süre bekleyebilen daha az aciliyeti olan hastaları, yeşil renk kodu ise genel durumu stabil olan, ayaktan tetkik ve tedavileri yapılabilen, basit sağlık sorunları bulunan acil olmayan hastaları tanımlamaktadır (70). Dünyada çocuk ve yetişkinler için daha çok beş düzeyli triyaj sistemleri kullanılmaktadır (71,72). Ülkemizde çocuklara özel bir triyaj kodu bulunmamaktadır. Çocuklara yönelik geliştirilen tek triyaj skalası ise Pediatrik Kanada Triage ve Doğruluk Skalası (KTDS)'dir (73).

Hastanemizde çocuk acil servisi için triyaj yapılmadan, tüm hastalar kabul edilmekteydi. Çocuk hastaların triyaj kodu, muayene edilen hekim tarafından 3'lü triyaj koduna göre girilmekteydi. Çalışmamızda, araştırmacının birimde çalışan klinisyenin görüşünü de alarak belirlediği triyaj kodları kaydedildi. Kaydedilen triyaj kodlarına göre hastaların %62,3'ü yeşil, %35,6'sı sarı, %0,8'i kırmızı triyaj kodunu almıştır. Ayrıca buna ek olarak çocukların %1,4'ü adli vaka idi. Sever ve arkadaşları Harran Üniversitesi Acil Servisinde başvuruların %2,3'ünün adli vaka olduğunu tespit etmiştir (74). Akça ve arkadaşlarının Ankara'da bir üniversite hastanesi çocuk acil servisinde yaptıkları araştırmada, 2018 yılında toplam başvuru sayısının %0,44'ünün adli vaka olduğu saptanmıştır (75). Farklı merkezlerde sonuçların farklı çıkması bölgede bulunun hastane sayısı, eğitim düzeyi düşüklüğü, genç nüfus yoğunluğu ve çocuk başına ebeveyn gözetiminin azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk acil servisine başvuran hastaların triyaj dağılımı sıklığıyla ilgili veriye ulaşamadık. Yurt dışındaki çalışmalarda ise, beşli triyaj sistemi kullanıldığı için bu konuyla ilgili kıyaslayabileceğimiz bir veriye rastlayamadık. Ancak çalışmamızda yeşil triyaj kodu olan çocukların sayısının toplam sayının %62,3'ünü oluşturması, çoğunluğun üst solunum yolu enfeksiyonu ve ayaktan tedavi verilebilecek diğer hastalıklara sahip olması acil servislere yapılan uygun olmayan başvuruların sıklığını gösteren bir veri olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda hastaların durumlarının aciliyeti ile daha önce aile hekimliğine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların başvuru saatleri mesai içi ve dışı olarak gruplandırıldığında %75,4'ü mesai dışında, %24,6'sı ise mesai içinde başvurmuştu. Mesai dışı katılımcılarımızın fazla olmasının sebebi, diğer çalışmalarda hafta sonu ve tatil günleri ayrımı yapılmamış olmasına bağlı olabilir. Çalışmamızda beklenildiği üzere mesai

saati dışında başvuran katılımcıların aile hekimliğine başvurmama sıklığı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. İzmir Tepecik Çocuk Acil Servisi'nde 2011 yılında yapılan retrospektif bir çalışmada başvuruların %36'sının 08:00-16:00 saatleri arasında, %64'nün ise 16:00-08:00 saatleri arasında olduğu tespit edilmiştir (59). 2013 yılında Keçiören eğitim araştırma hastanesinde yapılan başka bir retrospektif çalışmada ise en yoğun başvuru (60,9) saatlerin 16:00-00:00 arasında, en az başvuru (13,1) saatlerin 00:00-08:00 arasında olduğu saptanmıştır (1).

Çalışmamızda katılımcılardan çocuk acil servisi tercih etme nedenleri arasında en fazla 'yakın olduğu için' (%27,9), ikinci olarak ta 'acil servisten memnun olduğumuz/güvendiğimiz için' (%23,6) yanıtı alınmıştır. Acil servislerin uygunsuz kullanımı, acil servislere kolay erişilebilirlikle ilişkili bulunmuştur ve hastaneye yakın yaşayan hastalar acil servisleri daha sık kullanma eğilimindedir (76,77,78). Verilen cevaplar incelendiğinde, verilerimiz literatürle uyumlu bulunmuştur (13,16,55,57,60,76,77,78,79,80).

Van Der Linden ve arkadaşlarının Hollanda'da bir acil serviste yaptıkları çalışmada, hastaların aile hekimlerine gitmeden acil servise başvurmalarının nedeni olarak 'erişilebilirlik ve rahatlık' (%34) temasının en sık ifade edildiği tespit edilmiştir. Bu temaya verilen örnekler 'acil servislerin her zaman açık olması', 'randevu almak zorunda olmamaları', 'doktora telefonla ulaşamamak / zamanında randevu alamamak', 'eve yakın olması', 'hızlı servis' ve 'daha esnek çalışma saatleri' gibi nedenler olmuştur (13). Diğer sık nedenler arasında, durumun acil olduğuna inanmaları ve röntgen filminin gerekli olduğu beklentisi gösterilmektedir (13). Bizim çalışmamızda bu iki etken bildirilmemiştir.

Durand ve arkadaşlarının Fransa'da 10 acil serviste yaptıkları, acil olmayan hastaların acil servise başvuru nedenlerini sorgulayan, niteliksel ve tanımlayıcı bir araştırma hastaların röportajlarında tekrarlayan 3 temayı ortaya çıkartmıştır. Bunlar: 'sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılamak' (akut olması, ağrı olması, endişe duyması, güven ihtiyacı), 'birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının önündeki engeller' (randevu almada güçlükler, aile hekiminin acile yönlendirmesi, mesai saati uyumsuzlukları, işe erken geri dönüş isteği) ve 'acil servislerin avantajları' dır (birinci basamakta röntgen ve laboratuvar testleri yapılamaması, daha hızlı işleyiş, her şeyin tek bir yerde olması) (79). Bu sonuçlar çalışmamıza benzerdir.

Bahadori ve arkadaşlarının İran'da acil olmayan ziyaretlerin nedenlerini araştırdıkları bir niteliksel çalışmada rahat erişim olanağı, hızlı bakım alma isteği, kapsamlı donanımlar olması, acil serviste hastanede yatış için öncelik olması, acil durumların tanımlanmasına ilişkin bilgi eksikliği, hastane personeli yakını olması, özel hastanelerin yönlendirmeleri, uygunsuz sevkler, polikliniklerin aşırı kalabalıklaşması ve hizmetlerin ücretsiz olması hastaların acil servisi tercih etme nedenleri olarak gösterilmiştir (80). Bu sonuçlar çalışmamıza benzerdir.

Kubicek ve arkadaşlarının, Amerika'da bir çocuk hastanesi acil servisinde yaptıkları çalışmada katılımcıların çocuk acil servisi tercih etme nedenlerinden en yaygın olanlarının, güven ve bakım kalitesiyle ilgili olduğu görülmüştür (60).

Smith ve arkadaşlarının Kanada'da bir çocuk acil servisinde acil olmayan vakalarla yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocuk acil servise başvurularında 3 önemli neden bulunmuştur. Bunlar: 'çocuk hastanesi olması', 'çocuğun daha önce aynı hastanede yönetilen tıbbi sorunları olması' ve 'en yakın yer olması'dır (55).

Kurt ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının şikayetlerinde ilerlemeye ilişkin endişelerini ve acil serviste daha iyi bakım alacakları algısını, acil olmayan başvuruların en yaygın nedenleri olarak saptamıştır (57).

Çalışmamızda yakın olduğu için çocuk acil servise başvuranların daha önce aile hekimine başvurmama sıklığı (%87,9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuklarının kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde olduğu için çocuk acil servisine başvuran katılımcıların daha önce aile hekimliğine başvurmama sıklığı (%91,3) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların %39,9'u acil servise başvurmadan önce en az bir sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Daha önce sağlık kuruluşuna başvuran katılımcıların %42,3'ü aile hekimine, %27,9'u Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'ne (poliklinik / acil servis), %51,1'i devlet hastanelerine (poliklinik / acil servis), %17,8'i özel hastanelere (poliklinik / acil servis) başvurmuştu. Katılımcıların sadece %16,9'unun (135 kişi) çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvuru yaptığı görülmüştür.

Katılımcıların aile hekimine başvurmadan çocuk acil servisine başvurma nedeni olarak en sık belirttiği cevaplar 'mesai saatleri dışında şikayetleri başladığı /

şiddetlendiği için' (%25,1) ve 'mesai / okul saatinden ötürü başvuramadığı için' (%13,5) olmuştur. Önceki çalışmalar, ebeveynlerin 'birinci basamak sağlık hizmetlerine erişilebilirliğinin kötü olduğunu' ve 'çalışma saatlerinin uyumsuz olması nedeniyle hastane acil servislerine gelmeye karar verdiklerini' belirttiklerini rapor etmiştir (81,82,83). Van Der Linden ve arkadaşları, çalışma saatleri uyumsuzluğu nedeniyle hastaların aile hekimlerine gitmeden acil servise başvurma durumlarını 'erişilebilirlik ve rahatlık' teması içerisinde gruplandırmışlardır (14). Çalışmamızda katılımcıların çocukları için aile hekimlerine başvurmamasına yol açan en sık problem olarak birinci basamağa erişilebilirliğin zor olmasının ifade edildiği saptandı.

Katılımcıların çocuklarının çocuk uzmanı tarafından muayene olmasını istemesi ve çocuklarının kontrollerinin PAÜ Hastanesi'nde yapılması aile hekimlerine başvurmamasında diğer sık belirttikleri nedenlerdi. Smith ve arkadaşlarının Kanada'da bir çocuk acil servisinde yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmada çocuk hastanesinde çocuk uzmanının olmasının ve çocuğun daha önce aynı hastanede yönetilen tıbbi sorunlarının olmasının ailelerin birinci basamağa başvurmadan acil servise gelmelerinde etkili olduğu görülmüştür (55). Berry ve arkadaşlarının bir çocuk hastanesi acil servisinde yaptıkları niteliksel çalışmada, acil servis personelinin çocuklarla çalışma konusundaki uzmanlığı ebeveynlerin aile hekimini görmek yerine acil servisi tercih etmelerinin bir nedeni olarak bulunmuştur (81).

Çocuklarının mevcut şikayetleri için daha öncesinde aile hekimine başvuran katılımcıların %68,9'u şikayetlerinin gerilemediğini ve arttığını ifade etmişti. %27,4'ü ise aile hekiminin yönlendirdiğini belirtmişti. Çocuklarının şikayetlerinin gerilemediği için başvuran katılımcıların neden tekrar aile hekimlerine başvurmadığı ve aile hekiminin yönlendirdiğini ifade edenlerin de acil servislere mi yoksa polikliniklere mi yönlendirildiği yeni çalışmalarla araştırılabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda birinci basamaktan çocuk acil servislere yapılan yönlendirmelerle ilgili veriye rastlayamadık. Amerika'da kentsel çocuk acil servisine başvurmadan önce birinci basamak hekimini arayanların %73'ünün acil servise sevk edildiği belgelenmiştir. Aynı çalışmada bu başvuruların çocuk acil servise uygun olmayan başvuru olduğu belirtilmiştir (84). Kanada'da bir çocuk acil servisinde yapılan çalışmada, birinci basamak hekiminin çocuklarının hastalığı için hastaneye

yönlendireceği motivasyonu ailelerin uygun olmayan acil servis başvurularında bir etken olarak görülmüştür (85).

Katılımcılar çocukları için aile sağlığı merkezlerini kullanma nedenlerini %68,4'ü muayene olmak, %36,9'u rutin izlem, %32,4'ü bağışıklama, %7'si reçete yazdırmak, %5,3'ü belge/rapor almak olarak belirtmişti. Çetinkaya ve arkadaşları çalışmalarında, aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimine gitme sebeplerinin %60,4'ü muayene, %55,9'u ilaç yazdırmak, %20,4'ü kontrol, %8,0'ı enjeksiyon ve pansuman, %5,8'i aşı olduğunu belirtmiştir (86). Tanır çalışmasında hastaların aile hekimliğine başvurma nedenlerini %44,9'u muayene olmak, %41,1'i reçete yazdırmak, %12,5'i diğer sağlık hizmetleri (aşı, enjeksiyon, pansuman vb.), %1,5'i de sevk yaptırmak olarak belirtmiştir (87). Daha önce yapılan bu iki çalışma birinci basamağa başvurmuş erişkin hastaların kendileri için de başvuru nedenlerini değerlendirdiğinden sonuçlarımızda farklılıklar saptanmış olabilir.

Weisz ve arkadaşlarının Amerika'da acil servislere başvuran acil olmayan katılımcılarla yaptıkları çalışma, hastaların %47'sinin bir ay içinde, %35'inin 2-6 ay içinde birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandıklarını saptamıştır (88). Bizim çalışmamızda, katılımcıların %66,1'inin bir ay içinde, %29,4'ünün bir ay-bir yıl arasında aile sağlığı merkezlerini kullandıkları görülmüştür. Çalışmamız sadece 18 yaş ve altında yapılırken, Weisz ve arkadaşlarının çalışması tüm yaş gruplarında yapılmıştır. 18 yaş altı rutin izlemlerin sık olması ve hastalığa yatkın olmaları nedeniyle bizim oranlarımız yüksek saptanmış olabilir. Ayrıca ülkemizde yapılan birçok çalışmada aile hekimliğine başvuru oranının kadınlarda, çocuklarda, yaşlı nüfusta ve kronik hastalığı olanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (89,90,91).

Çalışmamızda katılımcıların %80,6'sı aile sağlığı merkezlerinin mesai saati dışında açık olmasını istediğini, %89,3'ü ise mesai saati dışında aile hekimine telefonla ulaşmak istediğini ifade etmiştir. Doobinin ve arkadaşları, çocuk acil servisine acil olmayan hastalıklar için başvuru yapan ebeveynlerin %45,4'ünün telefonla birinci basamak hekimine ulaştığını görmüştür. Bunların %72,6'sının acil servise yönlendirildiğini saptamıştır (84). Sayın'ın uygun olmayan acil servis başvurusu yapan erişkinlerle yaptığı çalışmada, katılımcıların %62'si mesai saatleri dışında aile hekiminden hizmet almak istediğini belirtmiştir (92). Çalışmamızda katılımcıların mesai saati dışında aile hekimlerine ulaşma isteğiyle ile daha önce aile

hekimlerine başvurma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Ancak katılımcıların verdiği cevapların sıklığı göz önünde bulundurulduğunda acil servislere yapılan gereksiz başvuruların azaltılması amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine mesai saatleri dışında erişimin artırılması fikri gündeme alınabilir.

Araştırmamızın Güçlü Yönleri ve Sınırlamaları:

Güçlü yönleri:

1. Çalışmamızda toplumsal bir sağlık hizmetleri problemi olan çocuk acil servislerin uygunsuz kullanımı ve birinci basamağa başvurumama durumu ele alınmıştır.
2. Çalışmamız konu itibariyle ülkemiz için öncü bir çalışmadır ve sonuçları genel bilgi havuzuna katkı sağlayacaktır.
3. Çalışmamız tek bir araştırmacı tarafından standart şekilde yürütülmüştür.
4. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından mesai içi ve mesai dışı saatlerin sonuçları etkileyebileceği göz önünde bulundurularak, 24 saati kapsayacak şekilde, periyotlar halinde, farklı gün ve farklı saatlerde toplanmıştır.

Sınırlamalar:

1. Yapılan çalışmalarda uygunsuz kullanım tanımı üzerinde fikir birliğine ulaşılamadığı ve farklı tanımlayıcılar kullanıldığı görülmüştür. Biz çalışmamızda birinci basamakta tedavi edilebilecek başvuruları, uygunsuz başvuru olarak değerlendirdik. Farklı tanımlayıcılara göre sonuçlar değişebilir.
2. Çalışmamız tek bir ilde, tek bir üçüncü basamak acil servisinde yapıldığı için sonuçları tüm topluma genelleleyemeyiz.
3. Örneklemimiz randomize olmayıp, Pamukkale Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden oluştuğu için genelleme yaparken dikkatli olmak gerekir. Çalışmaya katılmayı reddeden bireyler, katılanlardan farklı görüşlere sahip olabilir.
4. Çalışmamız araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulaması şeklinde olduğundan bireyler taraflı yanıt vermiş ve hatırlama faktörü etkili olmuş olabilir.

5. Çalışmamızın sadece Aralık-Ocak-Şubat aylarında yapılmasından ötürü, pediatrik tanılarının mevsimselliği ve sıklığı göz önüne alındığında çalışmanın yılın diğer aylarında yapılması sonuçları etkileyebilir.
6. Çalışmanın yapıldığı dönem acil servisimizin en yoğun dönemi olmasından, görüşme odası ayarlanamamasından dolayı katılımcıların yanıtları etkilenmiş olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Araştırmaya 355 çocuğun annesi, 212 çocuğun babası, 44 çocuğun 2. kuşak akrabası olmak üzere toplamda 800 kişi dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları $35,9 \pm 7,8$ yıldır.
2. Araştırmamızda hastaların aldığı tanılar ve aciliyet durumları göz önüne alındığında çocuk acil servisi başvurularının çoğunun 'uygun olmayan başvuru' olduğu ve bu hastalıkların 1. basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebileceği görülmüştür.
3. Katılımcıların %16,9'unun çocuklarının mevcut şikayetleri için daha önce aile hekimine başvurduğu görülmüştür.
4. Katılımcıların ve çocuklarının sosyo-demografik özellikleri ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.
5. Çocuklarını düzenli kontrole veya takiplere götürme durumuyla daha önce aile hekimliğine başvurmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.
6. Çocukların şikayetlerinin başlama zamanı ile daha önce aile hekimine başvurma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
7. Başvurularda en fazla J (solunum sistemi hastalıkları) ve R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) tanı kodları görülmüştür.
8. Yakın olduğu için çocuk acil servise başvurma durumu ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
9. Çocuklarının kontrol / takipleri PAÜ Hastanesi'nde olduğu için çocuk acil servise başvurma durumu ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
10. Aile sağlığı merkezinde eksiklik/sorun olduğunu düşünme ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
11. Aile hekiminin ilgisinin yetersiz olduğunu düşünme ile daha önce aile hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
12. Çocukları hasta olunca aile hekimini tercih eden katılımcılar ile daha önce aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.
13. Mesai saati dışında çocuk acil servise başvurma durumu ile daha önce aile

hekimine başvurmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar, ülkemizde ve dünyada yapılmış farklı çalışmaların sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Elde ettiğimiz verilerin literatüre katkı sağlayabileceği, yeni çalışmalara yönlendirebileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak uygun olmayan başvuruların sayısının azaltılması için televizyon ve radyo programları aracılığıyla topluma bu konuda bilgi verilmesi için daha fazla çalışma yapılabilir.

Acil servislere yapılan uygun olmayan başvuruların sayısının azaltılması için birinci basamak sağlık hizmetlerine mesai saatleri dışında erişimin artırılmasına odaklanılmalıdır. Erişimin artmasını sağlayabilmek için aile sağlığı merkezlerinin çalışma saatlerini, mesai saatinden sonra birkaç saat daha açık kalacak şekilde düzenlemek ve aile sağlığı merkezlerini hafta sonu sabahları açmak yararlı olabilir. Hastaların ihtiyaçları ve şikâyetlerine göre, mevcut teknolojik sistemlerden (teletıp/çağrı merkezi, vb.) yararlanarak, önem sırasına uygun basamak bakım veya takip sistemine yönlendirmek faydalı olabilir.

Sistem düzeyinde yapılacak değişiklikler ile hastalardan acil serviste yeşil alan hizmetleri için ücret alınabilir. Böylece yoğunluk birinci basamak sağlık hizmetlerine kaydırabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine mesai saatleri dışında erişimin artırılması sonucunda artacak iş yükünü önlemek için esnek bir programlama yapılabilir ve böylece personelin hafta sonu bir veya yarım gün çalışması durumunda hafta içi bir veya yarım gün izin yapması sağlanabilir. Fazla mesai için ödeme yapılabilir, hafta sonu çalışabilecek personele prim ödemesi yapılabilir. Ülke genelinde aile hekimi sayısının artırılması ve aile hekimlerinin nüfusunun azaltılması da iş yükünü önlemek için faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Yılmaz AA, Köksal AO, Özdemir O, Yılmaz Ş, Yıldız D, Koçak M ve ark. Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2015;1:18-21.
2. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü 2017 Yılı Ocak-Ekim Dönemi Acil Servislere İlişkin Veriler. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/23496,2017-ocak-ekim-donemi-acil-servis-verileri2pdf.pdf?0>. Son erişim tarihi: 28.06.2020
3. Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu (2015). Eurasian J Emerg Med 2015;14(1):1-38.
4. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish University Hospital. Croat Med J 2003;44:585-591.
5. McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when a national cross-sectional study using a monitoring data system. BMC Medicine 2013;11:258. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-258>.
6. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. Emerg Med Australasia 2005;17:472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2005.00779.x>.
7. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. NC Med J 2011;72(4):265-71.
8. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010;10:66. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-66>.
9. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2010;9(4):163-8.

10. Karakaş NM, Özdemir B, Kılıç S, Akbulut Ö. Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 Yıllık İzlem. Osmangazi Journal of Medicine 2020;42(1):67-74.
11. Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. J Gen Fam Med 2019 Jul;20(4):146-153. <https://doi.org/10.1002/jgf2.249>.
12. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy 2008;88(2-3):326-38. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>.
13. Van Der Linden MC, Lindeboom R, Van Der Linden N, Van Den Brand CL, Lam RC, Lucas C, Haan R, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. International Journal of Emergency Medicine 2014;16:7-28. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0028-1>.
14. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2006;6(1):25-35.
15. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. Van Tıp Dergisi 2008;15(4):107-11.
16. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. J Formos Med Assoc 2010;109(7):533-42. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60088-5](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60088-5).
17. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Son erişim tarihi: 06.08.2020.
18. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J 2010;25(4):320-3. <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>.
19. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med 2003;18(1):29-37. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00000650>.
20. Altuntaş S. Dünyada ve Ülkemizde İlk Yardım, Acil Sağlık Hizmetleri ve Afetlerde Sağlık Organizasyonu. Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, 2014:3.

21. Freeman T. McWhinney'in Aile Hekimliği. Güldal D, Çev.Ed, 4. Baskı, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016:7-8,5-15,38-39.
22. Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006;38(8):565-569.
23. Langhelle A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, Lippert FK, Ersson A, et al. International EMS systems: the Nordic countries. *Resuscitation* 2004 Apr;61(1):9-21. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2003.12.008>.
24. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 2009;9:1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-105>.
25. Søvsø MB, Hermansen SB, Færk E, Lindskou TA, Ludwig M, Møller JM, et al. Diagnosis and mortality of emergency department patients in the North Denmark region. *BMC Health Serv Res* 2018 Jul;18(1):548. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3361-x>.
26. Heidet M, Canoui-Poitaine F, Revaux F, et al. Factors affecting medical file documentation during telephone triage at an emergency call centre: a cross-sectional study of out-of-hours home visits by general practitioners in France. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):531. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4350-4>.
27. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010;12(5):64-65.
28. Corens D. Health system review: Belgium. *Health Systems in Transition* 2007;9(2):1-172.
29. Remmen RRR, Teblich M, Demerre M, van Hemelen G, Janvier P. Huisartsenwachtposten in Vlaanderen: wat zijn de randvoorwaarden? *Huisarts Nu* 2007;36(8):397-401.
30. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2013). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>. Son erişim tarihi: 29.06.2020.
31. Aile Hekiminin Tanımı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>. Son erişim tarihi: 27.06.2020.

32. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, Barcelona: WHO Europe Office.
<http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>. Son erişim tarihi: 10.08.2020.
33. Wonca World Family Doctors. Caring for People Europe. Aile hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Başak O, Çev. E. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2013;10-55.
34. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (16.05.2017).
<http://ahef.org.tr/Mevzuat/38/Yonetmelik.aspx>. Son erişim tarihi: 27.06.2020.
35. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of family practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002;52:526-7.
36. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998;5-8.
37. Heyrman J. EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven, 2005;6-8.
38. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Smith MA, Power DV, Viera AJ, eds. Essentials of Family Medicine. 6th Ed.: Wolters Kluwer Health, LWW 2012;3-11.
39. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's family health team model: a patient-centered medical home. The Annals of Family Medicine 2011;9(2):165-71.
40. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. United Kingdom: Oxford University Press 2009;3-10,13-16,387-394,377-375.
41. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. Jama 2007 Feb;297(8):831-41.
42. Dent MM, Mathis MW, Outland M, Thomas M, Industrious D. Chronic disease management: teaching medical students to incorporate community. Fam Med 2010 Nov;42(10):736-40.

43. Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CC, Schellevis FG, Nijpels G, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. Health policy 2012;107(2-3):108-45.
44. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013). <http://www.ailehekimihukuku.com/?p=66>. Son erişim tarihi:27.06.2020.
45. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi. İç: Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C, editörler. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Tahev Akademi Yayıncılık 2012;1-9.
46. Rakel RE. "Family Physician". Rakel, R.E. (Ed.) Textbook of Family Practice WB Saunders Company 1990;3-16.
47. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul-2004:126-159.
48. Leeuwenhorst W. Statement by a Working Party of The Second European Conference (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners 1977;27:117.
49. Ünlüoğlu İD. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi 2004;9:5-9.
50. Uğurlu M, Üstü Y. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreci ve Geliştirilmesi Gereken Noktalar. Ankara Medical Journal 2018;1(3):123-8.
51. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Tarihçe. <https://www.tahud.org.tr/>. Son erişim tarihi:26.06.2020.
52. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (2009). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>. Son erişim tarihi:26.06.2020.
53. Breen BM, McCann M. Healthcare providers attitudes and perceptions of ‘inappropriate attendance’ in the Emergency Department. International Emergency Nursing 2012;21(3):180–5. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.006>.
54. Kamal N, Barnard DK, Christenson JM, Innes GD, Aikman P, Grafstein E, Marsden J. Addressing emergency department overcrowding through a systems

approach using big data research. J Health Med Informat 2014;5:148. <https://doi.org/10.4172/2157-7420.1000148>.

55. Smith V, Mustafa M, Grafstein E, et al Factors influencing the decision to attend a pediatric emergency department for nonemergent complaints. *Pediatr Emerg Care* 2015;31:640-644. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000392>.

56. Arslan D. Acil Servise Başvuran Ebeveynlerde Kaygı ve Memnuniyetin Değerlendirilmesi, Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2014.

57. Kurt F, Beğde F, Oğuz S, Tekin D, Suskan E. How important are parental age and educational level in nonurgent admissions to the pediatric Emergency Department? *Pediatric Emergency Care* 2019 Aug; Epub ahead of print.. PMID: 31464877. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000001886>.

58. Temizkan R. C, Büyük N, Kılıçaslan Ö, Ankaralı H, Kocabay K. Characteristics of Patients Visiting the Pediatric Emergency Department of a Medical Faculty Hospital. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2019;24(2):122–131. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.463388>.

59. Anıl M, Anıl BA, Köse E, Akbay S, Helvacı M, Aksu N. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *J Pediatr Emerg Intens Care Med* 2014;2:65-7.

60. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, et al A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care* 2012;28:977–984. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31826c9aab>.

61. Bazaraa HM, El Houchi S, Rady HI. Profile of patients visiting the Pediatric Emergency Service in an Egyptian University Hospital. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28:148-152. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182442eeb>.

62. Pakdemirli A, Orbatu D, Berksoy E. Evaluation of the patients admitted to the pediatric emergency service: Cross-sectional analysis of the pediatric emergency and trauma clinic of a tertiary training hospital in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2020;26(2):296-300. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2020.80079>.

63. Başak O. Aile Hekimliğinde Klinik Akıl Yürütme ve Tanısal Yaklaşım, Bozdemir N, Kara İH. Ed. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana: Adana Nobel Kitapevi, 2010:87-95.

64. Messina F, Clavenna A, Cartabia M, et al Antibiotic prescription in the outpatient paediatric population attending emergency departments in Lombardy, Italy: a retrospective database review. *BMJ Paediatrics Open* 2019 Dec;3(1):e000546. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000546>.
65. Santander BC, Alonso EC, Carrión AS, et al. Adecuación de la prescripción de antimicrobianos en población pediátrica en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales de pediatría* 2018;88:259-65. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.06.001>.
66. Karabay O, Baştuğ A, Öztürk R, Şencan İ, Aksoy M, Şimşek H, Gözel MG, et al. Antibiotic Consumption, Resistance Data, and Prevention Strategies. *Mediterr J Infect Microb Antimicrob* 2018;7:35. <http://dx.doi.org/10.4274/mjima.2018.35>.
67. WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016-2018 early implementation. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:24-28.
68. Palma S, Rosafio C, Del Giovane C, et al. The impact of the Italian guidelines on antibiotic prescription practices for acute otitis media in a paediatric emergency setting. *Ital J Pediatr* 2015;41:37. <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0144-4>.
69. Van Esch T, Brabers A, Hek K, Van Dijk L, Verheij R, De Jong J. Does Shared Decision-Making Reduce Antibiotic Prescribing in Primary Care? *J Antimicrob Chemother* 2018;73(11):3199-3205. <https://doi.org/10.1093/jac/dky321>.
70. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (2018). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02/20180220-4.htm>. Son erişim tarihi: 15.07.2020
71. Van-veen M. The Manchester Triage System in Paediatric Emergency care. *Erasmus University Rotterdam* 2010;13-155.
72. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A, Eitel D. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. http://www.sgnor.ch/uploads/tx_frptaggeddownloads/esihandbk.pdf. Son erişim tarihi: 15.07.2020.

73. Canadian Association of Emergency Physicians. Canadian paediatric triage and acuity scale: implementation guidelines for emergency departments. *Can J Emerg Med* 2001;3.
74. Sever M, Saz EU, Koşargelir M. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16:260-7.
75. Akça H, Oğlakçioğlu A, Güneri K. Çocuk Acil Servisine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. *Cerrahpaşa Medical Journal* 2019;43(3):75-79.
76. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V. Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Med Sci Monit* 2017 Aug 28;23:4141-4148. <https://doi.org/10.12659/msm.902639>.
77. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent Emergency Department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1302–10. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.08.032>.
78. Grafstein E, Wilson D, Stenstrom R, et al. A regional survey to determine factors influencing patient choices in selecting a particular Emergency Department for care. *Acad Emerg Med* 2013;20(1):63–70. <https://doi.org/10.1111/acem.12063>.
79. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012 Sep 25;5:525. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>.
80. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Non-urgent visits to emergency departments: a qualitative study in Iran exploring causes, consequences and solutions. *BMJ Open* 2020;10:e028257. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028257>.
81. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, et al. Why do parents bring children to the Emergency Department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr* 2008;8(6):360–67. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2008.07.001>.

82. Hummel K, Mohler MJ, Clemens CJ, Duncan B. Why parents use the Emergency Department during evening hours for nonemergent pediatric care. *Clin Pediatr (Phila)* 2014;53(11):1055–61. <https://doi.org/10.1177/0009922814540988>.
83. Stockwell MS, Findley SE, Irigoyen M, et al. Change in parental reasons for use of an urban pediatric Emergency Department in the past decade. *Pediatr Emerg Care* 2010;26(3):181–85. <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3181d1dfc7>.
84. Doobinin KA, Heidt-Davis PE, Gross TK, Isaacman DJ. Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatr Emerg Care* 2003 Feb;19(1):10-4. <https://doi.org/10.1097/00006565-200302000-00003>.
85. Haasz M, Ostro D, Scolnik D. Examining the Appropriateness and Motivations Behind Low-Acuity Pediatric Emergency Department Visits. *Pediatr Emerg Care* 2018;34(9):647-649. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001598>.
86. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(1):49-56.
87. Tanır F. Aile hekimliği uygulamalarının Doğankent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki durumu/The condition of family medicine practices in the Doğankent Health, Training and Research Region. *Turkish Journal of Public Health* 2014;12(2):91-9.
88. Weisz D, Gusmano MK, Wong G, Trombley J. Emergency department use: a reflection of poor primary care access? *Am J Manag Care* 2015;21(2):e152-60.
89. Öztürk A, Nacar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. *Türk Geriatri Dergisi* 2002;5(4):138-43.
90. Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E. Kayseri Kent Merkezinde Genel Popülasyonda Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlişkili Faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2010;30(2):721-30.
91. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Sapmalar. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(3):33-41.

92. Sayın E. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Yeşil Alan Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÇOCUK ACİL
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAĞA
BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. YAŞ

2. CİNSİYET

A: ERKEK B: KADIN

3. EBEVEYN

A: ANNE B: BABA

4. EBEVEYN YAŞ

5. EBEVEYN MESLEK

6. EBEVEYN SOSYO-KÜLTÜREL DURUM

A: OKUR YAZAR DEĞİL

B: İLKÖĞRETİM

C: LİSE

D: ÜNİVERSİTE

E: LİSANS ÜSTÜ / DOKTORA

7. EBEVEYN SOSYO-EKONOMİK DURUM

A: GELİR GİDERDEN DÜŞÜK

B: GELİR GİDERE EŞİT

C: GELİR GİDERDEN FAZLA

8. SOSYAL GÜVENCENİZ VAR MI?

A: SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK)

B: EMEKLİ SANDIĞI

C: ÖZEL SİGORTA

D: SİGORTA YOK

E: YABANCI UYRUKLU / MÜLTECİ

**9. DÜZENLİ OLARAK AİLE HEKİMİ VE/VEYA ÇOCUK HEKİMİNE
ÇOCUĞUNUZU KONTROLE GÖTÜRÜYOR MUSUNUZ?**

A: EVET

B: HAYIR

10. ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURU SEBEBİNİZ? ICD-10 GÖRE

11. ÇOCUĞUNUZUN ŞİKAYETLERİ NE ZAMANDAN BERİ MEVCUT?

A: BUGÜN BAŞLADI

B: 2-3 GÜNDÜR

C: 4-7 GÜNDÜR

D: 1 HAFTADAN FAZLA

12. NEDEN ACİLE GELMEYİ DÜŞÜNDÜNÜZ?

....

13. BU ŞİKÂYETİNİZ İÇİN DAHA ÖNCE DOKTORA GİTTİNİZ Mİ?

A: EVET

B: HAYIR

14. DAHA ÖNCE NEREYE BAŞVURDUNUZ?

....

15. AİLE HEKİMİNİZE BAŞVURDUYSANIZ NEDEN ACİLE GELDİNİZ?

.....

16. AİLE HEKİMİNİZE BAŞVURMAYI NEDEN DÜŞÜNMEDİNİZ?

.....

17. NORMAL ŞARTLARDA AİLE HEKİMİNİZE NEDEN BAŞVURURSUNUZ?

.....

18. AİLE HEKİMİNİZE EN SON NE ZAMAN GİTTİNİZ?

.....

19. SİZCE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ EN BÜYÜK EKSİKLİK/SORUN NEDİR?

.....

20. AİLE HEKİMİNİZİN MESAİ SAATLERİ DIŞINDA AÇIK OLMASINI İSTER MİSİNİZ?

A: EVET

B: HAYIR

21. AİLE HEKİMİNİZE MESAİ SAATLERİ DIŞINDA TELEFONLA ULAŞMAK İSTER MİSİNİZ?

A: EVET

B: HAYIR

22. REÇETE EDİLEN İLAÇLAR?

REÇETELİ İLAÇ YOK

ANALJEZİK

ANTİBİYOTİK

ANALJEZİK VE ANTİBİYOTİK

DİĞER İLAÇLAR

23. KLİNİK TEŞHİSTE KULLANILAN TETKİKLER?

TETKİK YOK

LABORATUVAR

RÖNTGEN

ULTRASON

EKG

DİĞER

24. KLİNİSYEN GÖRÜŞÜ, DURUMUN ACİLİYETİ NEDİR?
KIRMIZI SARI YEŞİL ADLI

25. BAŞVURU SAATİ: