

Aile Hekimliği Tercih Edilmeme Düzeylerinin Demografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi: Şanlıurfa İli Örneği*

Evaluation of Family Medicine Preference Levels in Terms of Demographic Features: The Case of Şanlıurfa Province

Mehmet Veysi KAYA^a

Mustafa ORHAN^b

Burak SAYAR^c

^a Doktora Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye, m.veysikaya4@gmail.com, 0000-0001-6935-7524

^b Araştırma Görevlisi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye, m.orhan@bakircay.edu.tr, 0000-0002-4598-1717

^c Öğretim Görevlisi, Bitlis Eren Üniversitesi, Bitlis, Türkiye, bsayar@beu.edu.tr, 0000-0002-7652-8392

ÖZ

Bu çalışma, sağlık hizmeti kullanıcılarının birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmeme sebeplerini ortaya koymak üzere yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu araştırmanın evreni Şanlıurfa’ da ikamet eden 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşmakta olup örneklem olarak 384 kişi dahil edilmiş ve 398 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı, demografik bilgi formu ve bireylerin aile hekimlerini tercih etmemelerine yönelik anket formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. SPSS 22 kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ve anlamlılık analizleri ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların %55,8’i kadın; %45,7’si 30-39 yaş aralığında; %44’ü lisans mezunu; %79,4’ü evli ve %66,6’sı memur/işçidir. Demografik özelliklerine göre yapılan analizlerde aile hekimliği tercih etmeme düzeyleri incelendiğinde; cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına rağmen eğitim düzeyine, bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine gitmesine ve aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için gitmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

This study was conducted to reveal the reasons why health care users did not prefer primary health services. The universe of this research, which was designed in a descriptive and cross-sectional type, consisted of people 18 age and above, were residing in Şanlıurfa and 384 people were included as sample and 398 people were reached. The questionnaire method was used as a data collection tool. The data collection tool consisted of two parts: the demographic information form and the questionnaire form for individuals including the reason for not preferring family physicians. Data and descriptive statistics were analyzed by using SPSS 22. Women were 55.8% of the participants; 45.7% of the them were between 30-39 years old; 44% of them had an undergraduate degree; 79.4% were married, and 66.6% were civil servants/workers. When examining the levels of not preferring family medicine in the analysis made according to demographic characteristics; Although there is a statistically significant difference according to gender, marital status, age, and profession, there is no statistically significant difference according to the level of education, whether individuals go to the family physician first in case of any illness and only to go to the family physician for medication.

Keywords: Health, Family Medicine, Primary Health Care Services.

* Bu makalede bilimsel araştırma ve yayım etiği ilkelerine uyulmuştur. / In this article, the principles of scientific research and publication ethics were followed.

Bu makalede kullanılan verilerin elde edildiği çalışma; Bitlis Eren Üniversitesi Etik İlkeleri ve Etik Kurulunun 06.10.2020 tarih ve e 2020/08-II numaralı kararıyla onaylanmıştır. / Bitlis Eren University, Ethical Principles and Ethics Committee has evaluated the method used for this study in terms of ethics and approved it with its decision numbered e 2020/08-II and 06.10.2020.

1. GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği sistemi, toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap verme ve sağlık enstrümanlarının etkili kullanımı noktasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Bireylerin sağlığını geliştirmek ve korumakla görevli olduğu gibi bireye bütüncül yaklaşım içerisinde, hakkaniyet doğrultusunda, sürekli ve kapsamlı olarak hizmet sunmaktadır.

Toplumun yaşam kalitesinin artmasını sağlayan aile hekimliği bireye en yakın sağlık birimini oluşturmaktadır. Aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri veren aile hekimlerine; kayıtlı hastaları ve ailelerini tanıma, kolay ulaşılabilir bir konumda olma, daha fazla hastaya hizmet verme ve daha fazla iş yükü gibi birtakım sorumluluklar yüklemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin modern bir anlayışla sunumunda, toplumdaki tüm bireyleri kapsamı şartı ile coğrafi açıdan dengeli bir şekilde ulaştırılabilmesi, bireylerin sosyal ve iş çevrelerinde de koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunabilmek temel hedeflerdir.

Aile hekimleri her yaştan, cinsiyetten ve sağlık durumundan insan için kişisel doktorlardır. Sağlık sorunları için güvenilir bir ilk temas noktasıdır ve çoğu sağlık bakımı ihtiyacını doğrudan karşılarlar. Aile hekimleri, kalıcı ortaklıklar aracılığıyla, hastaların hastalıkları önlemelerine, anlamalarına ve yönetmelerine, sağlık sisteminde yönlendirmelere ve sağlık hedefleri belirlemelerine yardımcı olur. Aile hekimleri ve personeli, bakımlarını hastalarının ve toplumlarının benzersiz ihtiyaçlarına göre uyarlar. Hasta popülasyonunu izlemek ve yönetmek için verileri kullanırlar ve sağlığa fayda sağlama olasılığı en yüksek olan hizmetlere öncelik vermek için en iyi bilimi kullanırlar.

2. AİLE HEKİMLİĞİ

2011 yılında Dünya Aile Hekimleri Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians-WONCA) aile hekimliğini tanımlarken; kendine özgü eğitim içeriği olmasını, kanıtla dayalı ve klinik uygulama tabanlı olmasını ön plana çıkarmaktadır. Aynı zamanda birinci basamak düzeyinde akademik ve bilimsel bir disiplin olduğu vurgulanmıştır (Europe WONCA, 2002: 5). Dünya Sağlık Örgütü ise "*Kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur.*" olarak bir tanımlama yapmıştır. Sadece hastalık durumunda değil koruyucu ve geliştirici sağlık hizmeti sunma hususunda; toplumun tüm kesimine yaş, cinsiyet, organ, hastalık gibi herhangi bir ayırım yapılmaksızın, hizmeti sürekli, bütüncül, kapsamlı ve kişi merkezli olarak sunan bir tıp uzmanlık alanıdır (Ateş, 2011:12). Aile hekimliğinin amacı, kendilerine bağlı bulunan hastaların psikolojik, fiziksel, sosyal ve toplumsal alandaki etkilerini göz önüne alarak rahatsızlıklarının değerlendirilmesi sonrası teşhisini erkenden koymak ya da gerekli görüldüğü takdirde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan birime sevk etmektir.

Aile hekimliği gelişiminin ilk yansıması 1952 yılında İngiltere'de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmasıdır. Ardından 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından günün koşullarını ve sağlık sisteminin durumunu inceleyen raporlar olan Millis ve Willard Raporları'nın yayınlaması ile 1969 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri odağı ile faaliyetlerini sürdüren yeni bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) oluşturulmuştur. ABD'de görülen bu gelişim 1974 yılında bütün dünyada kabul görmüş bir tanımının yapılması gerekliliği vurgulanmış ve bunun üzerine Hollanda'da Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı yapılmıştır. 1978 yılında gerçekleştirilen Alma Ata Kongresi'nde 2000 Yılında Herkese Sağlık başlığı ile çeşitli stratejiler ve hedefler benimsenmesi ile bütün ülkelerin çalışmalarını bu alanda yoğunlaştırması kararlaştırılmıştır (Rakel & Rakel, 2002: 4-5; Dikici vd., 2007: 412; Memiş, 2011: 5). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü tarafından Ontario kentinde 1994 yılında düzenlenen konferansta ise aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Sağlıkta bakımı daha eşit, etkin ve gereksinimleri karşılayabilecek hale getirmek için köklü değişiklikler şarttır.
- Her zaman aile hekimi hastalıkta ilk başvuru yeri olmalıdır.
- Her ülkede aile hekimleri organizasyonları için bağımsız örgütler oluşturulmalıdır.
- Aile hekimliğinin amaçları, politikası, görev tanımı, işleyişi ve kurumsallaşması gibi konularda önemli kararlar alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılında yapılan toplantısında yayınlanan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde sağlık sisteminin yapısı öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre olarak oluşturulmalı görüşü ile aile hekimliği bir uzmanlık olarak kendisine yer bulacak zemine kavuşmuştur (WHO-WONCA, 1994: 47-49). Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri büyük oranda koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan, birinci basamak tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetlerini de içine alan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin sunumunda aile hekimleri ile aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedirler.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin modern bir anlayışla yeniden düzenlenmesi, toplumun tüm bireyleri tarafından kullanılabilir olması ve koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocağı uygulamasından aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu programın pilot uygulaması 2005 yılında Düzce İli'nde uygulamaya başlanarak, birey/aile odaklı bir yapıda birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesini esas alan Aile Hekimliği Modeli olarak 2010 yılı aralık ayı itibarıyla Türkiye'de 81 ilde uygulanmaya başlamıştır. 2023 yılı itibarıyla de Türkiye için ideal koşullarda uygulanabilen bir model haline getirilmesi düşünülmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ülke geneline yaygınlaştırılarak bireylerin

kolay ulaşabileceği ve sağlık alanıyla ilgili her konuda danışma hizmeti alabileceği bir aile hekiminin olması sağlanmıştır. Bununla birlikte hayata geçirilmek istenen etkili, kademeli sevk zinciri uygulaması gerçekleştirilememiş ve bireyler sağlık hizmeti talebinde ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan uzman hekimleri tercih etmeye devam etmiştir (Öztek, 2006: 2-3; Turhan, 2014: 35-36).

Aile hekimliği uygulaması birçok ülkede farklı kapsamlarda uygulanmaktadır. İngiltere'de hekim başvurusunun %95'i aile hekimlerine yapılmakta, Hollanda'da bir kişi ortalama yılda 4,5 kez aile hekimine başvurmakta ve Danimarka'da ortalama 6 defa aile hekimine başvuru yapılmaktadır (Korukluoğlu vd., 2009: 7-11).

Belirtilen örneklere kıyasla Türkiye de aile hekimliği kullanımının yetersiz düzeyde kaldığı söylenebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında öngörülenin aksine Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na (2019: 161, 166) göre 2018 yılında aile hekimliğine başvuru sayısı 258.436.607 olarak hastanelere yapılan 497.963.259 başvuru sayısına göre az olması; hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı olarak da 1. basamakta 3,2 ve 2. ile 3. basamak müracaat sayısının ise 6,3 olması; yıllara göre aile hekimliği birimi sevk hızının 2002 yılında %22,0 iken 2018 yılı itibarıyla %0,2 düştüğü görülmektedir. Bu bilgilere ilaveten program ile öngörülen verimli sevk zincirinin kurulamaması dolayısıyla çalışmanın muhteva açısından önemini atıfta bulunmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın temel problemini daha önce yapılmış olan bilimsel çalışmalarda aile hekimliğinin istenilen şekilde kullanılmaması ve memnuniyet düzeyinin de istenilen seviyede olmaması oluşturmaktadır (Çetinkaya vd., 2013: 55, Aydın vd., 2016: 150; Timur vd., 2018:10; Gümüş & Güngörmüş, 2020: 125). Buradan hareketle çalışmanın amacı; bireylerin aile hekimliklerine ilişkin düşüncelerini ve demografik özelliklerin bu düşüncelere etkisini incelemek, eksik kalan yönlerini ve memnuniyetsizlik duydukları konuları Şanlıurfa İli örneği üzerinden ortaya koymaktır. Çalışma aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda önemli değişikliklerin olduğu uygulama hakkında bireylerin düşüncelerini araştırmak ve bu uygulamadaki eksikliklerin farkına varabilmek için hazırlanan sistematik değerlendirme araçlarını kullanarak memnuniyetsizliklerini ölçmesi açısından önem arz etmektedir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda hipotezler şu şekilde geliştirilmiştir:

H₁: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin cinsiyetine göre anlamlı farklılık vardır.

H₂: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H₃: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin yaşına göre anlamlı farklılık vardır.

H₄: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H₅: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin mesleklerine göre anlamlı farklılık vardır.

H₆: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin kişisel durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

Çalışmanın evrenini Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda (2019:145-146) illere göre aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun 3.228'ten yüksek 20 ilden biri olan Şanlıurfa'da, ikamet eden 2018 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi üzerinden alınan veriler doğrultusunda il sınırları içerisinde ikamet eden 18 yaş üzeri kişi sayısı 1.009.362' tir (TÜİK, 2019). Ancak il nüfusunun tamamına ulaşılması güçlüğü nedeni ile örneklem seçilmiştir. $\alpha=0,05$, $H= \pm 0,05$ ve oranlar $p=0,5$ ve $q=0,5$ için evreni temsil edebilecek en düşük örneklem sayısı 384 olarak hesaplanmıştır (Ural & Kılıç, 2013: 46).

Çalışmanın covid-19 pandemi sürecinde yürütülmüş olması dolayısıyla kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiş; 16.10.2020 ile 21.10.2020 tarihleri arasında, Şanlıurfa İl Merkezi'nde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler olmak üzere araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 398 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce "Bitlis Eren Üniversitesi Etik İlkeleri ve Etik Kurulu"nun 06.10.2020 tarih ve 2020/08-II sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Veri toplama işlemine geçilmeden önce Coronavirüs önlemleri kapsamında maske ve mesafe kuralına riayet edilerek katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı ve çalışma hakkında açıklamalar yapılmış, soruları yanıtlamanın ve çalışmaya katılımın gönüllü olduğu vurgulanmıştır. Anketin güvenilirliğini ölçmek için bulunan Cronbach Alpha değeri 0,876 çıkmış olup anketin güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılandırılan çalışmanın verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan 5 soru yer almaktadır. İkinci bölümde Baş (2017) tarafından geliştirilerek 420 örneklemlilikte kullanılan; bireylerin aile hekimlerini tercih etmemelerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesine yönelik olan 5'li Likert tipi 37 ifadeden oluşan anket formu kullanılmıştır. Ayrıca anket formu doğrultusunda katılımcılara cevapları "evet" ya da "hayır" olacak şekilde "Herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekime giderim." ve "Aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için giderim." soruları sorulmuştur.

Araştırmada hangi testlerin uygulanacağını belirlemek için elde edilen veriler normallik testine tabi tutulmuştur. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik analizi ilk boyutunda Skewness (çarpıklık) katsayısı 0,432; Kurtosis (basıklık) katsayısı ise 0,160 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Kolmogorov-Smirnov ile değerlendirilmiş ve $p>0,05$ bulunmuştur. Boyutlar çerçevesinde veriler %95 güvenirlikle normal dağılım gösterdiğinden analizlerde parametrik testler kullanılmıştır (George & Mallery, 2010 akt. Bell vd., 2016: 188-189).

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra iki grup ortalamasının karşılaştırması için Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test) kullanılmış; ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırması için de Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde ise Tukey HSD Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde demografik faktörler ve kullanılan ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistiklere ve katılımcıların aile hekimliği tercih etmeme sebeplerine göre demografik özelliklerinin farklılık gösterip göstermediğine yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri, Frekansı ve Yüzdeleri Dağılımları

| Cinsiyet | n | % |
|----------------------|------------|-------------|
| Kadın | 222 | 55,8 |
| Erkek | 176 | 44,2 |
| Yaş | n | % |
| 20-29 | 85 | 21,1 |
| 30-39 | 182 | 45,7 |
| 40-49 | 96 | 24,1 |
| 50 ve Üstü | 35 | 8,8 |
| Eğitim Düzeyi | n | % |
| İlköğretim | 32 | 8,0 |
| Lise | 65 | 16,3 |
| Önlisans | 75 | 18,8 |
| Lisans | 175 | 44,0 |
| Lisansüstü | 51 | 12,8 |
| Medeni Durum | n | % |
| Bekâr | 82 | 20,6 |
| Evli | 316 | 79,4 |
| Meslek | n | % |
| Çiftçi | 14 | 3,5 |
| Esnaf | 19 | 4,8 |
| Ev Hanımı | 67 | 16,8 |
| Memur/İşçi | 265 | 66,6 |
| Öğrenci | 33 | 8,3 |

Araştırmaya katılan bireylerin demografik dağılımları incelendiğinde; %55,8'inin kadın, %45,7'sinin 30-39 yaş aralığında, %44'ünün lisans mezunu ve %79,4'ünün evli ve %66,6'sının memur/işçi olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Demografik Özellikler ile Aile Hekimliğini Tercih Etmemeleri Arasındaki Farklılıkların Analizi

| Cinsiyet | n | \bar{X} | F | P | Post Hoc. |
|------------------------|----------|-----------------------------|----------|--------------|------------------|
| Kadın | 222 | 2,51 | 1,297 | 0,000 | |
| Erkek | 176 | 2,88 | | | |
| Medeni Durum | | | | | |
| Bekâr | 82 | 2,98 | 15,61 | 0,000 | |
| Evli | 316 | 2,59 | | | |
| Yaş | | | | | |
| 20-29 Yaş ¹ | 85 | 2,82 | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|------|-------|--------------|---|
| 30-39 Yaş ² | 182 | 2,69 | 11,15 | 0,000 | 1-2p= 0,028 1-3 p= 0,000 1-4 p= 0,001 2-3 p= 0,004 |
| 40-49 Yaş ³ | 96 | 2,55 | | | |
| 50 Yaş ve Üstü ⁴ | 35 | 2,55 | | | |
| Eğitim Düzeyi | | | | | |
| İlköğretim ¹ | 32 | 2,61 | 2,599 | 0,071 | |
| Lise ² | 65 | 2,65 | | | |
| Önlisans ³ | 75 | 2,41 | | | |
| Lisans ⁴ | 175 | 2,67 | | | |
| Lisansüstü ⁵ | 51 | 2,62 | | | |
| Meslek | | | | | |
| Çiftçi ¹ | 14 | 2,66 | 8,760 | 0,000 | 2-3p= 0,039 3-4 p= 0,000 3-5 p= 0,020 |
| Esnaf ² | 19 | 2,70 | | | |
| Ev Hanımı ³ | 67 | 2,45 | | | |
| Memur/İşçi ⁴ | 265 | 2,73 | | | |
| Öğrenci ⁵ | 33 | 2,67 | | | |

Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda bireylerin aile hekimliği tercihlerine ilişkin değerlendirmeleri sonucunda cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle; **H₁**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin cinsiyetine göre anlamlı farklılık vardır hipotezi kabul edilmiştir (p=**0,000**, p<0.05). Ayrıca medeni durumun aile hekimliği tercihlerine ilişkin değerlendirmeleri etkilediği görülmüş ve **H₂**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır hipotezi de kabul edilmiştir (p=**0,000**, p<0.05).Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre bireylerin yaşı ile aile hekimliği tercih etmeme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve **H₃**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin yaşına göre anlamlı farklılık vardır hipotezi kabul edilmiştir (p=**0,000**, p<0.05). Ayrıca bireylerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliği tercih etmeme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ve **H₄**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır hipotezi reddedilmiştir (p=**0,000**, p>0.05). Ayrıca aile hekimliği tercihinde meslek durumunun anlamlı bir fark yarattığı görülmüş (p=**0,000**, p<0.05) ve **H₅**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin mesleklerine göre anlamlı farklılık vardır hipotezi kabul edilmiştir. Bu farklılığın ise ev hanımının diğerlerine göre tercih etmeme seviyesinin düşük olmasından kaynaklandığı gözlemlenmektedir.

Tablo 3. Kişisel Durumları ile Aile Hekimliğini Tercih Etmemeleri Arasındaki Farklılıkların Analizi

| Herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine giderim. | n | \bar{X} | S.S. | F | P |
|--|-----|-----------|------|-------|--------------|
| Evet | 188 | 2,44 | 0,25 | 2,634 | 0,000 |
| Hayır | 210 | 2,88 | 0,30 | | |
| Aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için giderim. | | | | | |
| Evet | 177 | 2,94 | 0,30 | 1,779 | 0,000 |
| Hayır | 221 | 2,46 | 0,34 | | |

Kişisel durumlarına göre yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonuçlarını veren Tablo 3 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine gidenlerin (2,44 ± 0,25) ilk olarak aile hekimine gitmeyenlere (2,88 ± 0,30) göre aile hekimliklerini tercih etmemeleri daha az olduğu; bireylerin aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için gidenlerin (2,94 ± 0,30) sadece ilaç yazdırmak için gitmeyenlere (2,49 ± 0,34) göre aile hekimliklerini tercih etmemeleri daha fazla olduğu elde edilmiştir. Bu nedenle; **H₆**: Aile hekimliği tercih etmeme düzeyi bireylerin kişisel durumlarına göre anlamlı farklılık vardır hipotezi kabul edilmiştir (p=**0,000**, p<0.05).

Tablo 4. Bireylerin Aile Hekimlerini Tercih Etmeme Sebepleri Anketinin Alt Boyutları Değerleri

| Faktörler | Min | Max | \bar{X} | S.S. |
|--|------|------|-----------|-------|
| Bireylerin Kişisel Algısı | 1,00 | 3,88 | 2,412 | 0,541 |
| Aile Hekimliğinin Yetersizliği | 1,00 | 4,75 | 2,027 | 0,623 |
| Aile Hekiminin Bilgi ve Beceri Eksikliği | 1,13 | 5,00 | 3,508 | 0,842 |
| Aile Hekimine Olan Güvensizlik | 1,00 | 5,00 | 3,258 | 0,649 |
| Aile Hekimliği Kapsamının Dar Olması | 1,25 | 5,00 | 2,711 | 0,719 |

| | | | | |
|---|------|------|-------|-------|
| Sistemin Bireyleri Aile Hekimliğine Yönlendirmemesi | 1,67 | 5,00 | 3,224 | 0,665 |
| Bireylerin Hastalık Durumu | 1,00 | 4,50 | 1,581 | 0,726 |
| Ölçek Geneli | 2,03 | 3,86 | 2,678 | 0,359 |

Tablo 4'te aritmetik ortalama ve standart sapma istatistiklerine göre bireylerin vermiş olduğu cevaplar kapsamında **aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği faktörü**, bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebeplerinde çoğunlukla etkili olduğu görülmektedir ($3,508 \pm 0,842$). Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebeplerini etkileyen diğer faktörlerden; **bireylerin kişisel algısı** ($2,412 \pm 0,541$), **aile hekimliği kapsamının dar olması** ($2,711 \pm 0,719$), **sistemin bireyleri aile hekimine yönlendirmemesi** ($3,224 \pm 0,665$) ve **aile hekimine olan güvensizlik** ($3,258 \pm 0,649$) faktörleri ise bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebeplerini orta düzeyde etkilediği söylenebilir. Araştırmaya katılan bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebeplerinde az etkili olan faktörler **bireylerin hastalık durumu** ($1,581 \pm 0,726$) ve **aile hekimliğinin yetersizliği** ($2,027 \pm 0,623$) olarak ifade edildiği görülmektedir.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bireylerin aile hekimliklerine ilişkin düşüncelerini ve demografik özelliklerin bu düşüncelere etkisini incelemek, eksik kalan yönlerini ve memnuniyetsizlik duydukları konuları Şanlıurfa İli örneği üzerinden belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçları açıklanmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik dağılımları incelendiğinde; %55,8'inin kadın, %45,7'sinin 30-39 yaş aralığında, %44'ünün lisans mezunu ve %79,4'ünün evli ve %66,6'sının memur/işçi olduğu görülmektedir. Demografik özelliklerine göre yapılan analizlerde aile hekimliği tercih etmeme düzeyleri incelendiğinde; cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, mesleğine, bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine gitmesine ve aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için gitmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına rağmen yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan erkeklerin aile hekimliğini tercih etmeme düzeylerinin kadınlardan; bekârların aile hekimliğini tercih etmeme düzeylerinin evlilerden daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca yaş olarak 20-29 yaş aralığındakilerin 30-39 yaş aralığında, 40-49 yaş aralığında, 50 yaş ve üstünde olanlara göre; 30-39 yaş aralığındakilerin 40-49 yaş aralığında olanlara göre; meslek olarak esnaf olanların ev hanımlarına göre; memur/işçi ve öğrencilerin ise ev hanımlarına göre aile hekimliği tercih etmeme düzeylerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Kişisel durumlarına göre yapılan analizlerde aile hekimliği tercih etmeme düzeyleri incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine gidenlerin ($2,44 \pm 0,25$) ilk olarak aile hekimine gitmeyenlere ($2,88 \pm 0,30$) göre aile hekimliklerini tercih etmemeleri daha az olduğu; bireylerin aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için gidenlerin ($2,94 \pm 0,30$) sadece ilaç yazdırmak için gitmeyenlere ($2,49 \pm 0,34$) göre aile hekimliklerini tercih etmemeleri daha fazla olduğu elde edilmiştir.

Bulgular doğrultusunda aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği puan ortalamasının 3,5; bireylerin kişisel algısı puan ortalamasının 2,4; aile hekimliği kapsamının dar olması puan ortalamasının 2,7; sistemin bireyleri aile hekimine yönlendirmemesi puan ortalamasının 3,2; aile hekimine olan güvensizlik puan ortalamasının 3,2; bireylerin hastalık durumu puan ortalamasının 1,5; aile hekimliğinin yetersizliği puan ortalamasının 2 olduğu elde edilmektedir. Aile hekimliği tercih etmeme sebepleri alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliğinin en yüksek; bireylerin hastalık durumunun ise en düşük ortalamaya sahip boyut olduğu görülmektedir. Aile hekimliği tercih etmeme sebepleri genel olarak ve alt boyutlar tek tek değerlendirildiğinde, ortalamanın orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlara göre çalışma amacı ve kapsamında belirlenen **H₁, H₂, H₃, H₅, H₆** hipotezleri kabul edilmiş olup **H₄** hipotezi reddedilmiştir.

Delican ve ark. (2019: 25) tarafından odak grup görüşmesi yöntemi ile 165 kişi üzerinde yürütülen bir çalışmada özellikle aile bireyleri içerisinde yaşlıları barındıran kişiler aile hekimliğini bir ilaç yazdırma yeri olduğunu, muayeneler için hastanelerin tercih edildiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise katılımcıların %44'ü aile hekimliklerini sadece ilaç yazdırmak için kullandığını belirtmiştir. Çetinkaya ve ark. (2013: 420) tarafından 428 kişi üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %55,9'u aile hekimine başvuru nedeni olarak ilaç yazdırma niyetini belirtmiştir. Gümüş & Güngörmüş (2020: 125) tarafından ikinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi hizmeti alan 302 hasta üzerinde yapılan çalışmada hastaların %50,7'si sadece ilaç yazdırmak için aile hekimliğini kullandığını belirtmiştir. Durmuş vd. (2018: 6) tarafından Erciyes Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran 854 hasta üzerinde anket yöntemi ile yapılan çalışmada hastaların %58'4'ü aile hekimliğini ilaç yazdırmak için kullandığını belirtmiştir. Baş (2017: 72) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde özellikle 46 yaş ve daha üst yaşta hastaların aile hekimliklerini ilaç yazdırmak için kullandığını belirtmiştir. Bu noktada aile hekimliklerinin amaçlar dışında da kullanıldığı ve dolayısı ile verimsiz kullanıldığı söylenebilir.

Delican ve ark. (2019: 26) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar hekimlerin bilgi ve becerisine karşı ön yargılı olduklarını ifade ederlerken, çalışmamızda da ölçek içerisinde aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri içerisinde en yüksek puana sahip olan *Aile Hekiminin Bilgi ve Beceri Eksikliği* boyutunda saptanmıştır ($\bar{x}=3,508$). Gümüş & Güngörmüş (2020: 125) tarafından yapılan çalışmada hastaların %54'ü aile hekimine gitmeme nedeni olarak uzman doktor tarafından aile hekimine nazaran daha iyi bir tedavi alacağını ifade etmişlerdir. Güven & Aycan (2018: 30) tarafından T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'ne başvuran 1302 hasta dahil edilerek yapılan çalışmada, hastaların %47,7'si

hekimlerin ilgisiz ve/veya yetersiz olması nedeni ile aile hekimliğinden memnun olmadıklarını belirtmiştir. Aile hekimlerine gerekli görüldüğü takdirde eğitimler verilmeli ve itibarının kazandırılması hususunda çalışmalar gerçekleştirilmelidir.

Baş (2017: 72) tarafından yapılan çalışmada *Aile Hekimliği Kapsamının Dar Olması* faktörü aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri içerisinde en yüksek puana sahip faktördür ($\bar{x}=3,503$). Delican ve ark. (2019: 26) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde katılımcılar donanım açısından aile hekimliğini yetersiz görmektedirler. Güven ve Aycan (2018: 30) tarafından yapılan çalışmada hastaların %78,4'ü donanım eksikliğinden dolayı aile hekimliğinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise *Aile Hekimliği Kapsamının Dar Olması* faktörü katılımcılar tarafından önemli bir faktör olarak ortaya çıkmamıştır ($\bar{x}=2,711$).

Yıldız & Çetinkaya (2018: 6) tarafından yapılan çalışmada aile hekimliğini tercih eden gruplar içerisinde en yüksek yüzde %76,5 ile ev hanımları olurken yine çalışmamızda aile hekimliğini tercih etmeme davranışında en düşük puan ev hanımlarında bulunmaktadır. Ev hanımlarının sabit yerleşimleri, aile hekimliklerinin yakınlığı ve anne-çocuk sağlığı ile alakalı süreçlerin aile hekimliğinde sürdürülmesi ev hanımlarının aile hekimliğini tercih etme sebepleri olarak gösterilebilir.

Aktaş & Çakır (2012: 25) tarafından 104 aile hekimi üzerinde anket yöntemi ile yapılmış olan çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaklaşık %25'i bir tercih hakkı daha olsaydı aile hekimliğini tercih etmeyeceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonucu esasen hastaların da aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri üzerinde açıklayıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (2010) tarafından yürütülmüş olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti araştırmasında Şanlıurfa İli kapsamında ilgi eksikliği, güvensizlik, kapsamın dar olması konularında memnuniyetsizliğin yüksek düzeyde olması aile hekimliği sistemine geçilmesine rağmen devam ettiğini göstermektedir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre İllere Göre Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus incelendiğinde, araştırmanın yürütüldüğü Şanlıurfa ilinde aile hekimliği birimi başına 3324 nüfus düşmektedir. İlgili raporda bu sayının genel Türkiye ortalamasının (3124) üzerinde olduğu görülmektedir (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019: 145-146).

Bu bulgular incelendiğinde, Baş'ın (2017) Isparta İli'nde 420 örnekleme ile gerçekleştirdikleri çalışmanın aile hekimliklerini tercih etmemelerine ilişkin düzeyin orta derece de olması; cinsiyet, meslek değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunması bulguları doğrultusunda örtüşmektedir.

5.1. Öneriler

Bu araştırmanın ulaştığı sonuçlarının Türkiye'ye genellenebilmesi amacıyla sonraki çalışmalarda diğer illerdeki bireylerin örneklem olarak dahil edilmesinin yazına daha fazla katkı sunacağı düşünülmektedir. Aile hekimliğinin tercih etmeme faktörlerinden sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi dolayısıyla uygulanması gereken yaptırımın sadece zorunlu sevk zinciri olarak düşünmemek ayrıca güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerinin kitle iletişim araçları kullanılarak halka duyurulması ve tanıtımının yapılması ve aile hekimlerine yönelik teşvik edici yatırımların uygulanması gerekmektedir.

Ölçek doğrultusunda en yüksek ortalamayı alan "Aile hekiminin risk almaktan kaçındığını düşündüğüm için hastaneye gidiyorum." ve "Uzman hekime ulaşmak kolay olduğu için aile hekimime gitmiyorum." ifadeleri olduğundan yola çıkarak bireylere aile hekimliği için kamu spotları ile anlatılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aktaş, E. Ö. & Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 21-29.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Aydın, A., Kaya, D., Başak, F., Köşker, H. D., Uçak, S. & Atadağ, Y. (2016). Aile hekimliği Uygulamasıyla Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebeplerinde Olan Değişiklikler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 141-151.
- Baş, S. (2017). Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bell, H., Hagedorn, W. B., & Robinson, E. M. (2016). An Exploration of Supervisory and Therapeutic Relationships and Client Outcomes. *Counselor Education and Supervision*, 55(3), 182-197.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z. & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 417-424.
- Delican, O., Yapakçı, A., Altun, A., Kesen, C. H., Yılmaz, E. & Atal, S. S. (2019). Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti. *The Journal Of Turkish Family Physician*, 10(1), 22-38.
- Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S. & Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27(3), 412-418.
- Europe WONCA. (2002). *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. Barcelona: WONCA Europe.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: a Simple Study Guide and Reference, 17.0 Update*. Boston: Allyn & Bacon.

- Gümüş, E. Ç. & Güngörmüş, Z. (2020), İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru Yapan Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 119-126.
- Güven, E. A. & Aycan, S. (2018). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesine Başvuranların Mevcut Aile Hekimliği Sistemi ve Sevk Uygulaması Hakkında Düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 8(3), 25-36.
- Korukluoğlu, S., Üstü, Y., Kasım, İ., Doğusan, R. & Hacımamağaoğlu, A. (2009). Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler. Ankara: Türk Eczacıları Birliği Yayınları.
- Memiş, M. (2011). Aile Sağlığı Hizmetlerinde Çözülemez Sorun Yok. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, *Sağlık-Sen Aile Sağlığı Hizmetlerinde Temel Sorunlar Çalıştayı* içinde. Ankara.
- Öztek, Z. (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(2), 1-6.
- Rakel, R. E. & Rakel, D. P. (2002). *Textbook of Family Medicine*. Amsterdam: Elsevier.
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara.
- Timur, A., Çetinkaya, F., Durmuş, H. & Yıldız, S. (2018). Erciyes Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.
- Turhan, E. S. (2014). Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TÜİK. (2019). 17 10, 2009 tarihinde http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 adresinden alındı.
- Ural, A. & Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- WHO-WONCA. (1994, Kasım). *Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of the Family Doctor*. Kanada: Conference in Ontario.