

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Fulya SOLAK

Kütahya-2010

T.C.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İşletme Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ:
ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ**

Danışman:
Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN

Hazırlayan:
Fulya SOLAK

Kütahya – 2010

Kabul ve Onay

Fulya SOLAK'ın hazırladığı “Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması, jüri tarafından lisansüstü yönetmeliğinin ilgili maddelerine göre değerlendirilip oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

..... /..... / 2010

Tez Jürisi	İmza	
	Kabul	Red
Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN (Danışman)		
Doç. Dr. Gülten EREN GÜMÜŞTEKİN		
Yrd. Doç. Dr. Ercan TAŞKIN		

Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği” adlı çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

..... / / 2010

Fulya SOLAK

Özgeçmiş

Fulya SOLAK; 1984 yılında Kütahya ilinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kütahya'da tamamladı. 2001 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı ve 2005 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra 2005 yılında Dumlupınar Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaya başladı. 2006 yılında Kütahya Türk Telekom'da İşyeri Hemşiresi olarak göreve başladı. 2007 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim Organizasyon alanında yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Kütahya Türk Telekom da İşyeri Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ

SOLAK, Fulya
Yüksek Lisans Tezi, İşletme Ana Bilim Dalı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN
Ocak, 2010, 100 sayfa

Küreselleşen dünyada, belli dönemlerde belli başlı etmen ve etkenlere bağlı olarak devlet yapıları değişim göstermiştir. Değişen devlet yapıları zamanla devlet kurumlarını da bu değişimin içine çekmiş ve zamanla gelişmeleri yer yer devlet kurumları kendiliğinden benimser bir yapıya bürünmüştür. Bütün bu gelişmelerde devletlerin sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik kurumlarının bir takım yeniliklere mecbur kılmasıdır. Dünya'nın birçok ülkesinde uygulanan Aile Hekimliği uygulamaları zamanla kabul görerek tüm dünya ülkeleri üzerinde önem arz etmeye başlamıştır.

Bu bağlamda yapılan araştırmada sağlık sistemleri perspektifinden Dünya'daki aile hekimliği modelleri incelenmiş, bu incelme sonucunda pilot bölge olarak seçilen Eskişehir ilinde hastalar ve aile hekimliğinden faydalanan insanların memnuniyetinin ölçülmesi hedeflenmiştir. Sonuç olarak işlerliği tartışılan Aile Hekimliği ve Aile Hekimliği müessesinin organize merkezi olan toplum sağlığı merkezleri konusunun aydınlatılarak daha verimli ve tercih edilebilecek model için temel teşkil etmesi hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Aile Sağlığı Merkezi, Danışmanlık, Güven Duygusu, Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti, Toplum Sağlığı Merkezi.

ABSTRACT**APPLICATION OF THE FAMILY MEDICINE EVALUATION:
ESKİŞEHİR AS AN EXAMPLE****SOLAK, Fulya****Master Thesis, Department of Business Administration****Supervisor: Prof. Ahmet KARAASLAN****January, 2010, 100 pages**

In a global world, government structures went through changes in accordance with certain factors in certain periods. Government institutions were affected by these changes as well and they also approved these changes through time. All these developments made health systems and social security institutions conform to innovations. Family medicine applications put into practice in many countries all over the world have become appreciated and considered as important through time.

In this research relating to this context, models of family medicine in the world have been inspected in terms of health system. Evaluation of the pleasure of people who took the advantage of family medicine in Eskişehir which is chosen as a pilot region is targeted as a consequence of this research. In conclusion, it is aimed that the issue of family medicine, the function of which is debatable, and its organization center, society health centers, should be cleared in order to make it preferential as a model.

Key words: Consultancy, Cost of Health Service, Family Health Center, Society Health Center, Family Medicine, Sense of Security,.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
TEZ HAKKINDA	xiv
TEZ METNİ	xx

BİRİNCİ BÖLÜM

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI	2
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti	3
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti	3
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmeti.....	4
1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	4
1.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNDEN OLAN AİLE HEKİMLİĞİ VE TÜRKİYE MODELİ.....	5
1.2.1. Aile Hekimliğinin Amacı ve Hedefi.....	7
1.2.2. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri ve Önemli Hususlar.....	10
1.2.3. Aile Hekimlerinin Temel Özellikleri.....	14
1.2.4. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu	15
1.2.5. Çalışma Saatleri ve İzinler	17
1.2.6. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü.....	17
1.2.7. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim	18
1.2.8. Tetkik ve Tahlil İşlemleri Ve Kayıt Sistemi	20
1.2.9. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları	21
1.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ.....	23
1.4. DÜNYADAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER ..	25
1.4.1. Almanya.....	25

1.4.2. İngiltere.....	26
1.4.3. Portekiz	27
1.4.4. Norveç.....	28
1.4.5. Hollanda.....	28
1.4.6. İsrail.....	29
1.4.7. Amerika Birleşik Devletleri.....	29

İKİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ GETİRDİKLERİ VE DEĞİŞTİRDİKLERİ.....	33
2.1.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Getirdikleri	33
2.1.2. Aile Hekimliği Uygulamasının Değiştirdikleri.....	36
2.2. HEKİM AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	38
2.2.1 Hekim açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları:.....	38
2.3. HASTALAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	42
2.3.1. Hastalar Açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları:	42
2.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	44
2.4.1. Sağlık Çalışanları Açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları	44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ESKİŞEHİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1 ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	47
3.2. BULGU VE ELDE EDİLEN VERİLER	51
3.2.1. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	51
3.2.2. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	53
3.2.3. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	54

3.2.4. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	56
3.2.5. Aile Hekimliğinden Faydalananların Eğitim Düzeyi İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yüğü Arasındaki Ki-Kare Analizi	57
3.2.6. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki- Kare Analizi	59
3.2.7. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	60
3.2.8. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yüğü Arasında Ki-Kare Analizi	62
3.2.9. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	64
3.2.10. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	65
SONUÇ VE ÖNERİLER	68
EKLER.....	71
KAYNAKÇA	74
DİZİN	78

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki Yüzdelik Dağılımı.....	52
Tablo 3.2.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	52
Tablo 3.3.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Cinsiyet Arasındaki Yüzdelik Dağılımı	53
Tablo 3.4.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Cinsiyetleri Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	54
Tablo 3.5.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki Yüzdelik Dağılımı	55
Tablo 3.6.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	55
Tablo 3.7.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelirleri Arasındaki Yüzdelik Dağılımı	56
Tablo 3.8.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyi Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	57
Tablo 3.9.	Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliği Uygulaması İle Hekimlerin İş yükü Artmasını Bekleyenler Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı.....	58
Tablo 3.10.	Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliği Uygulaması İle Hekimlerin İş yükü Artmasını Bekleyenler Arasındaki Ki-Kare Analizi.....	58
Tablo 3.11.	Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı.....	59
Tablo 3.12.	Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	60
Tablo 3.13.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki ilişkinin Yüzdelik Dağılımı	61
Tablo 3.14.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasında Ki-Kare Analizi.....	62
Tablo 3.15.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı.....	63
Tablo 3.16.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi.....	63
Tablo 3.17.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı	64

Tablo 3.18.	Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi	65
Tablo 3.19.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı.....	66
Tablo 3.20.	Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi.....	66

ŞEKİLLER LİSTESİ**Sayfa**

Şekil 1.1.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut ve Planlanan Sunum Modeli.....	4
Şekil 1.2.	Sağlık Hizmet Sunumu Akışı.....	20

KISALTMALAR LİSTESİ

A.B.	Avrupa Birliği
A.B.D.	Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e.	Adı Geçen Eser
a.g.m.	Adı Geçen Makale
a.g.k.	Adı Geçen Kaynak
A.H.	Aile Hekimi
A.S.E.	Aile Sağlığı Elemanı
A.H.B.S.	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
A.Y.	Anayasa
B.M.	Birleşmiş Milletler
G.S.S.	Genel Sağlık Sigortası
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
NHS	Ulusal Sağlık Servisi
UEMO	Avrupa Genel Pratisyenler Birliği
WONCA	Dünya Aile Hekimliği Birliği
WHO / D.S.Ö.	Dünya Sağlık Örgütü
S.B.	Sağlık Bakanlığı
S.D.P.	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TB	Tüberküloz
TODAİE	Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	Türk Tabipleri Birliği
v.d.	Ve Diğerleri
YÖK	Yüksek Öğrenim Kurumu

TEZ HAKKINDA

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu araştırmada survey (tasvir) metodu kullanılmış ve veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır.

Aile Hekimliği uygulaması gerek hasta memnuniyeti, gerekse de hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde önemli olan bir sağlık uygulamasıdır. Bu önem gereği olan faydalanan tüm hastaların görüşü bu araştırmada önem arz etse de Türkiye’de Aile Hekimliği uygulaması belli pilot bölgelerde uygulanmaktadır. Araştırmamızda Eskişehir ilinde Aile Hekimliğinden faydalanmış evren içerisinde tesadüfi örnekleme metoduyla 100 kişilik örneklem kütesinde anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Anket uygulamasında toplam 20 soru yöneltilmiş, 19 soruya beşli likert ölçeğine göre cevaplar istenmiş 1 soru Aile Hekimliğinden faydalanmış kişilerin ankette yer almayan ancak görülen aksaklık ve faydaların belirtilmesi istenmiştir. Sonuçların değerlendirilmesi aşamasından SPSS 13 paket programından faydalanılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında katılımcıların hepsi tüm sorulara cevap vermişlerdir.

1) ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında aile hekimliğine neden geçilmelidir, pilot il olan Eskişehir’deki aile hekimliği uygulamasının üstünlük, zayıflık, tehdit, fazlalıklarının neler olduğunun açıkça ortaya konularak mevcut modele dair eleştirel yaklaşımla katkı sağlamaktır.

2) ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülkelerin gelişmişlik işaretlerinden biri olarak gösterilen sağlığın kalkmanın başlıca unsurlarından biri olduğu kanısı artık yerleşmiş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “21. yy. da herkes için sağlık” sloganıyla ülkelere sağlığın sosyal gelişmenin temel göstergesi olması, sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmesi gerektiği sağlığın bütün yaşam boyunca sürdürülmesinin sağlanması konusunda bilgi vermiştir. DSÖ’nün bu sloganına bakarak ülkemizin sağlık alanındaki durumu hiç iç açıcı değildir. DSÖ’nün bu kararlarını gerçekleştirebilecek bir altyapı ve istihdamın sağlanamaması, merkeziyetçi yapılanma, aşırı bürokrasi, sorumluluk taşımayan kamu personeli, sağlık hizmeti sunumunda eşitliğin olmaması, hizmetin ülkenin her yerine

eşit yayılamaması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ücretlerinin teşvik edici olmaması gibi pek çok nedenle ülkemizde aile hekimliği uygulanmasına başlandı.

Bu sebeplerden hareketle, Eskişehir’de uygulanmaya başlanan Aile Hekimliğinin avantaj ve dezavantajlarını belirlemek ulaşılmak istenen amaçlardır.

3) ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında Eskişehir’de uygulamaya başlanan aile hekimliğinin avantajları belirlenerek, halkın bu konuda daha iyi bilgilendirilmesini sağlamak ve bu sayede aile hekimliği uygulamasını yaygın hale getirerek aile hekimliğinin önemini bir kez daha vurgulamaktır.

4) ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın temel hipotezleri; tablolar halinde verilen Ki-Kare Analizleri SPSS 13 Paket Bilgisayar programı ile yapılmıştır.

1) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

2) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

3) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

4) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

5) Aile Hekimliğinden Faydalananların Eğitim Düzeyi İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasındaki Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

6) Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

7) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

8) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasında Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark vardır.

9) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

10) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

5) ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma 2009 yılında Eskişehir ilinde bulunan Tepebaşı ve Odunpazarı merkez ilçelerinde tesadüfi örnekleme sistemiyle 100 kişilik bir örneklem kütlesi seçilmiş ve anket uygulaması yapılmıştır.

6) ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada iki tür araştırma yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili literatür taraması yapılmış, ikinci olarak da Eskişehir ilinde bulunan Tepebaşı ve Odunpazarı merkez ilçelerinde anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırmaya ilişkin verilerin tümü anket formu yöntemi ile toplanmıştır. Ankete katılanlardan yöneltilen sorulara kendi görüşlerine ve durumlarına en uygun

düşen cevabı vermeleri istenmiştir. Bunu sağlamak için, soru formunun başlangıç kısmına çalışmanın bilimsel amaçlı olduğu, cevapların tamamen gizli tutularak hiçbir kuruma veya kişiye verilmeyeceği belirtilmiştir.

Anket uygulamasında toplam 20 soru yöneltilmiş, 19 soruya beşli likert ölçeğine göre cevaplar istenmiş 1 soru Aile Hekimliğinden faydalanmış kişilerin ankette yer almayan ancak görülen aksaklık ve faydaların belirtilmesi istenmiştir. Sonuçların değerlendirilmesi aşamasından SPSS 13 paket programından faydalanılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında katılımcıların hepsi tüm sorulara cevap vermişlerdir.

Yukarıda açıklanan yöntemle elde edilen veriler denetlenerek, kodlanmış ve SPSS 13 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ise istatistiksel tekniklerden olan frekans analizi ve ki-kare bağımsızlık testinden yararlanılmıştır. Ki-kare bağımsızlık testinde anlamlılık düzeyi %95 olarak alınmıştır.

TEZ METNİ

BİRİNCİ BÖLÜM
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Sağlık hizmetleri bir ülkede yaşayan insanların faydalanacakları en temel haklardan birisidir. Bu haktan faydalanma sürecinde ülkeler arasında basamak olarak farklı aşamalar görülse de sadece bu durum değişiklikten öteye geçmez. Bireylerin ve toplumların bilgi, beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayan ve aynı amaç için birlikte çalışan sağlık elemanlarının sunduğu hizmetlerin toplamı olarak tanımlanır. Amacı da, bireylerin doğuştan kazandıkları sağlıklı olma haklarının sağlanması ve devamlılığının sağlanmasıdır. Dünya’da genel kabul görmüş anlayışta verilecek sağlık hizmetinin genel olarak iki ya da üç aşamada verilmesi, uygun görülmüş, ülkeler arasında ise tercüme ve ülkelerin kendi sistemleri gereği farklı uygulamalara neden olmaktadır.

Bu karışıklığı gidermek için, Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği olan WONCA, 2001 yılı kongresinde bir çalışma grubu toplamış, değişik yorum ve tanımlamaların ortak bir terminoloji altında birleştirilmesi için çalışmalar yürütmüştür. WONCA bu çalışmaların sonucunda belirlenen tanımlamaları “The European Definition of General Practice / Family Medicine” adı ile bir kitapçık halinde 2002’de yayınlamıştır.

Ülkemizdeki mevcut durumda, 12.1.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmış olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un sağlık hizmetinin yürütülmesine ilişkin olan 13’üncü maddesi, bu basamaklı hizmeti sağlık ocağı, sağlık merkezi ve hastane zinciri içinde tanımlamaktadır. Amaçlanan hastanelere başvuracak olan hasta sayısının düşük tutulması ve buna ilave olarak hastanelerin iş yükünün düşük tutulmasıyla araştırma ve uygulama alanlarında daha fazla fırsat tanınmak amaçlanmaktadır.

Uzmanlık hizmetleri birinci basamakta verilmeyip, genellikle hastanelerde ya da gezici kurumlarda dar bir alanın uzmanları tarafından verilen hizmetler biçiminde tanımlanabilir. Birinci basamak hizmetlerin tanımı ise daha güçtür. ABD’de buna yönelik bir girişim sonucu en az 92 ayrı tanıma ulaşılmıştır. Benzer biçimde Avrupa’da da birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı ülkeden ülkeye değişmektedir. Birinci basamak tanımları kavram, düzey, hizmetin içeriği, süreci ve ekip üyeleri gibi açılardan değerlendirilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı çeşitli belgelerde de temel sağlık hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmeti kavramları bakımından tam bir netlik olmadığı görülmektedir. Bu iki kavram çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu dokümanda temel sağlık hizmeti, birinci basamak hizmeti ve yeni dönemde kullanılacak kavramlar ve karşılıkları için aşağıdakiler önerilmektedir.

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti

Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmeti alışı noktasıdır. Bu hizmetler bireylere ve çevreye yönelik olarak yapılmaktadır. Bireylere yönelik koruyucu hizmetlerde; iyi beslenmeleri, erken tanının konması, ilaçla korunmaları, bağışıklık durumunu iyileştirme, aşılama, sağlık eğitimi verme, kişisel hijyene önem vermeleri gibi hizmetler yer almaktadır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler ise ortamda ki kimyasal, sosyal faktörleri yok edip yada azaltarak, bireylerin etkilenmelerini en aza indirmelerini sağlayarak sağlıklarını uzun süre korumalarını sağlayacak hizmetlerdir. Bu da yeterli miktarda temiz içme ve kullanma suyunun kullanılması, atıkların zararsız duruma getirilmesi, çevre hijyeninin sağlanması topluma yönelik koruyucu hizmetlerdendir.

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti

Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıklar nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız sağlık tesisidir. Çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına hizmet verir, ancak Doğum Hastaneleri veya Çocuk Hastaneleri gibi hastalık türü, yaş veya cinse göre hizmet veren sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık kuruluşudur. Gelişmiş teknolojinin kullanılarak hizmet veren özel dal hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık basamağında yer almaktadır.

1.1.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmeti

Ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermeyi hedeflemiş sağlık kuruluşudur. Daha çok araştırma ve uygulama üzerine hizmet veren sağlık kuruluşudur. Bu hizmetten yararlanan kişiler yani bedensel ve akılsal yeteneklerini kaybedenlerin bağımsız bir şekilde yaşayabilmeleri için iki dalda hizmet vermektedirler. Bedensel özürlüler için tıbbi rehabilitasyon verirken, işe mesleğe uyum yaşayanlara da sosyal rehabilitasyon vermektedirler.

1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Her ilçede en az bir tane olmak üzere görev yapan, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan sağlık merkezleridir. Halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, aşı ve aile planlaması araçları dağıtımı ve aşı hizmetleri, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanı hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli tabiplik, toplum taramaları ve tıbbi istatistiklerin toplanması bu merkezler tarafından aile hekimleri ile eşgüdüm içinde yürütülür.

Şekil 1.1’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin halen sunulduğu yerler ve yeni dönemde hedeflenen teşkilat yapısı gösterilmektedir.

Şekil 1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut ve Planlanan Sunum Modeli



Kaynak: Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Eylül-Ekim 2006.

1.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNDEN OLAN AİLE HEKİMLİĞİ VE TÜRKİYE MODELİ

Dünyaya gelen her insan sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte yaşamına başlar. Bu hakkın korunabilmesi için olabildiğince kaliteli ve yeterli sağlık hizmetini vatandaşlarına sunmak, devletin görev ve yükümlülükleri arasındadır. 1982 Anayasasında 56. maddesinde;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatına beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” (Şafak, 2005:34)

İfadesiyle devletin bu görevi belirtilmiş ve vatandaşlara karşı bu yükümlülüğünü yerine getirmesi teminat altına alınmıştır. 1948 yılında Birleşmiş Milletlerce ve 1949 yılında Türkiye’nin de kabul ettiği İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. maddesinin birinci fıkrasında;

“Herkesin beslenme, giyim, konut, sağlık hizmetlerine gerekli sosyal hizmetleri de içermek üzere, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine hakkı vardır...” (Şafak, 2005:81)

İfadesiyle de BM üye olan devletlerin sağlık konusundaki görev ve sorumlulukları uluslar arası mevzuat ve doktrinde yerini almıştır.

Hükümetlerin bu görevlerini yerine getirmedeki başarısı, toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarına; ülkenin coğrafik, ekonomik ve kültürel koşullarına uygun düzenlemeler yapmasına bağlıdır. Ancak sağlık hizmetinin sunulmasında evrensel ve bilimsel yaklaşımların korunabilmesi zaman zaman politik yaklaşım ve müdahalelerle zora sokulabilmektedir. Atılmak istenen kararlı adımların yeniliğe dirençli siyasal ve ekonomik kaygı ile beslenmiş engellemelerle karşılaşabildiği bir gerçektir. Türkiye’de temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunduğunu söylemek zordur. Sağlık hizmetlerinde performans değerlendirmesi, sağlık ekibinin tümünün başarısının değerlendirilmesi ve kısa dönemde hizmet çıktılarının, uzun dönem de halkın sağlık düzeyindeki gelişmelerin

ölçülmesi biçiminde olmalıdır. Türkiye’de yaşanan sağlık hizmetleri alanındaki aksaklıklar genel olarak bilinmektedir. Bu aksaklıkların düzeltilerek mevcut yapının daha verimli ve kalite hale getirilmesi öncelikler arasındadır. Devletin yükümlülüğü olan temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olacağı bir yapıya kavuşturulması gereklidir. Bu konuda yapılacak dönüşümün çıkış noktası genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek olacaktır. Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği fakat personel yetersizliği, motivasyon eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak yeteri kadar başarılı olamadığı kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi önem arz etmektedir. Bu hizmetler görev tanımlarında netleşme, teşvik unsurlarının devreye sokulması ve gezici sağlık hizmetleri ile desteklenerek geliştirilecektir. Kent bölgelerinde yetersizliği daha belirgin olan bu hizmetlerin yaygın, örgütlü ve disiplinli şekilde yürütülmesini sağlayacak yapılanma gerçekleştirilecektir. Sağlık örgütlenmesi olabildiğince sade, erişilebilir, yaygın, denetlenmesi ve koordinasyonu kolay olmalıdır. Birinci basamakta, mevcut dikey ve yatay örgütlenmeler harmonize edilecek, çalışanların görev tanımları, yetki ve sorumluluk sınırları netleştirilecektir. Aile hekiminin kendi biriminde ve sorumluluk alanında, toplum hekiminin de Toplum Sağlığı Merkezi ve bunun sorumluluk alanında birer ekip başkanı olduğu bilinci yerleşecektir. Ekip liderinin görevi, bir yandan kendi eğitimini sürdürürken, birlikte çalıştığı ekip üyelerini sürekli olarak denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak, onların mesleki ve kişisel gelişimini sağlayarak hizmetin verimliliğini artırmaya çalışmaktır. Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye gerekli değerin verilmesi, sisteme eşit ve kolay erişimin sağlanması başarı için önemli faktörlerdir. Bu sebeple bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütülmesi hedeflenmektedir. Bu sayede doktor, aile üyeleri ile yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde, sağlık düzeyinin iyileştirilmesindeki rolü güçlenecektir. Bu konunun önemi, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un gerekçe metninde şu şekilde vurgulanmaktadır:

“Tababet aslında serbest meslek halinde gelişmiş, hastanın tabibini seçmekte hür olması hasta tabip münasebetlerini teşkil etmiştir. Çünkü sağlık ve

hayatı tehlikede bulunan bir kimsenin güvendiği ve kendini iyi edeceği bir tabibe tedavi olması maneviyatını daha çok yükseltir ve şifa bulmasına da yarar. Bunun aksi ise hastanın maneviyatını bozabilir. Ve bu hal onun sağlık durumuna da kötü tesir eder” (Aydın, 2004:49).

Mevcut sağlık sisteminin rehabilitasyonu ve etkinliğinin artırılması için oluşturulan görüşler ve fikir alış verişleri sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir. Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kabul ettiği 5258 sayılı kanunun 09.12.2004 tarihinde 25665 sayılı resmi gazetede yayımlanmasıyla yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığınca 16.02.2006 tarihinde Adıyaman, Bolu, Denizli, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, İzmir ve Samsun olmak üzere on il pilot il olarak belirlenmiştir ve pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.

1.2.1. Aile Hekimliğinin Amacı ve Hedefi

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri ise sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedefler arasında belirlenen *etkililik*; uygulanacak sistemin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı; *verimlilik*, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi; *hakkaniyet* ise, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali ölçüleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanması olarak tanımlanmıştır (SB. 2008).

Aile hekimliği uygulamasının hedeflerine ulaşabilmesi için belli şartların oluşması gerekir. Birinci basamak olarak adlandırılan sağlık hizmetlerinin çağdaş bir anlayışla yeniden düzenlenerek yaygınlaştırılması ve tüm toplum tarafından benimsenmesi gerekir. Herkesin kolaylıkla ulaşabileceği ve kendisinin seçeceği bir aile hekiminin olması gerekir. Hastalıklarla mücadelede koruyucu olarak hastalık öncesi tedbirlerin alınabileceği bir sistemin ve insan kaynakları olarak da bu hedef için çaba gösterilmesi gerekir. Malzeme ve teçhizat açısından kırsal-kent, doğu-batı farklılığının en yüksek sevide ortadan kaldırılması, hizmete ulaşım noktasında eşitliğin sağlanması

gerekir. Ayrıca malzeme yönetimi ve akılcı ilaç tüketiminde bu bilincinin oluşturulması gerekmektedir.

Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir.

Etkililik, uygulanacak sistemin, halkımızın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmanın göstergesi epidemiyolojik verilerde sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Örneğin, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın somut göstergeleri olacaktır.

Verimlilik, kaynaklarımızı uygun şekilde kullanarak maliyetleri düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. Koruyucu hekimlik uygulamaları ve insan kaynaklarının uygun dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının iyi yönetimi verimliliği artıracaktır. Bu çerçevede ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarını devletin üstlenmesi esastır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent ve gerekse doğu - batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın damılabileceği, başvurabileceği bir aile doktorunun olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında

gelmektedir (S.B. 2008).

Türkiye’de yürütülmekte olan sağlık politikalarında kalıcı izler bırakan Prof. Dr. Nusret Fişek’in 1985 yılında Hacettepe Yayınlarından yayınlanan Halk Sağlığına Giriş kitabındaki ifadelerinde aile hekimliği müessesinin kısaca görevlerini ve sorumluluklarını açıklamaktadır;

“Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. [...] Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir.”

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerini, görevleri net tanımlanmış ve gerekli eğitim ve beceri ile donanmış ekipler eliyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir (Aydın. 2004).

Toplumun tüm bireylerine ulaşılabilmesi için, ülke gerçekleri doğrultusunda, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunulması gereken birinci basamak sağlık hizmetleri için yeniden yapılanma ihtiyacı göz ardı edilemez. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir

şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünü azaltmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

1.2.2. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri ve Önemli Hususlar

Aile hekimi; anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu kişidir. Aile hekimliği ile:

- Uygulanan ülkelerde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır,
- Aile hekimi hizmet verdiği kişileri yaşadıkları ortamda görüp değerlendirdiği için bütüncül bir hizmet verebilme imkânına sahiptir,
- Aile hekimliği kayıtları sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için değerli bir veri kaynağıdır,
- Aile hekimliğinde oluşturulacak olan *sevk zinciri* sayesinde hastaların doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmeleri sağlanarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun daha ekonomik ve etkili olması sağlanır.

Aile hekimliği disiplinde ve sağlık hizmetinin sunumunda sevk zinciri oldukça önemli bir yere sahiptir. Çünkü aile hekimlerinin *kapı tutma* işlevini yerine getirmelerine olanak sağlar. Bu sayede aile hekimlerinin hastalarını doğru yönlendirmeleri, düzensizliklerin ve gereksiz harcamaların önüne geçebilmeleri sağlanmış olur (Korukluoğlu, 2004:72).

Aile hekimi anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Uygulanan ülkelerde aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Örneğin İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine genellikle yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Sevk gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Bu açıdan aile hekimliği aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeyi, düzensizliği, gereksiz sağlık harcamasını, ikinci basamakta gereksiz yığılmayı, kuyrukları ve hasta mağduriyetini engeller. Organ veya sisteme yönelik ön yargılı bir yaklaşım yerine bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür; multi-disiplinerdir. Güvene dayalı iletişim kurar. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde "hasta" değil "kişi", anlayışı esas alınır. Bu görüşten hareketle, aile hekimi beraberindeki ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur. Hekim ve diğer aile sağlığı elemanları yalnızca kendilerine başvuran hastalara tedavi hizmetleri vermekle yetinmeyecek, hasta ya da sağlam herkese sağlık hizmeti verecektir.

Birey merkezli olmasının yanında bütüleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği sağlık sisteminin önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile doktorları vasıtasıyla çok daha etkili olarak

karşılanabilecektir.

Bu yaklaşımın, çok daha hızlı ve sağlıklı tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacağını söylemek mümkündür. Her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, hastalarımızın sağlık hizmetine erişebilmek için başvurmak zorunda kaldığı sistem dışı erişim yollarını da ortadan kaldıracaktır.

Aile hekimliği uygulamasını yapan ülkelere bakıldığında, şu üç ana husus dikkati çekmektedir:

- 1- Aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevi görmesi sağlanmaktadır. Yani, sağlık hizmet sistemine giriş her bireyin kendi doktoru aracılığı ile gerçekleşmektedir. Aile hekimi ülke çapında “sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor” dur.
- 2- Sevk ve geri bildirim önemli ölçüde uyulmaktadır.
- 3- Denetim, yerelleşme ile etkili hale getirilmiştir.

Dünyadaki sağlık sistemleri ve yapılan reformlar genel olarak değerlendirildiğinde, ülkemizde atılması gereken adımlar hakkında bazı önemli ipuçları dikkat çekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bütün vatandaşlarımızın sağlık güvencesine kavuşmasını amaçlayan Genel Sağlık Sigortası ve beraberinde aile hekimliği uygulamasına geçiş çerçevesinde yapılacak yasal düzenlemeler multisektörel yaklaşımla atılması gereken önemli adımlardır. Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından yeni duruma uyum ve davranış değişikliğine yol açacak uzun bir süreçtir. Bu sürecin başarılı bir şekilde tamamlanması için yasal düzenlemeler, finansal yapıların sağlanması ve organizasyon kadar eğitim, uyum ve güven tesisi de önemlidir.

Bu açıdan kültürel özellikler, alışkanlıklar ve peşin kabulleri de dikkate alarak kontrollü yerel uygulamalar yapılacaktır; gerektiğinde koruyucu önlemler, denetim sistemi ve ödeme sistemlerinden elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeniden gözden geçirmelere hazırlıklı olunacaktır. Yukarıda sözü edilen sisteme giriş, sevk organizasyonu ve denetim tam olarak yerleştirildiği zaman arzu edilen hedeflere ulaşılmış olacaktır.

Aile hekimliği uygulamasında plânlama ve denetleme tek elden, Sağlık Bakanlığı tarafından dinamik olarak organize edilecektir. Yerel sağlık idarelerince denetim sürekliliği sağlanacaktır. Bu sayede hizmetin dengeli dağılımı ve branş / genel tip, kent / kırsal hekim oranları dengede tutulacaktır.

Mevcut kadrolu veya sözleşmeli hekimlerin özlük haklarının korunarak aile hekimliğini tercih etmeleri, gerekli olduğuunda serbest hekimlerin aile hekimliği görevi üstlenmeye talip olmaları ve bundan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavları başvurularında aile hekimliği uzmanlığının öncelikli tercihler arasında yer alması için özendirici önlemler alınacaktır. Yurttaşlarımızın aile doktorlarına güven duyacağı ve kendi doktorlarını kendilerinin seçeceği, aile doktorlarının bir hizmet yarışı içinde görevini yürüteceği, iyi ve kaliteli hizmetin hekime doğrudan yansıyacağı bir sistem oluşturmak önemlidir. Bölgesel dengesizlikleri ortadan kaldırıci ve koruyucu hekimlik uygulamalarını özendirici teşviklerin uygulanması sistemi güçlendirecektir.

Etkili bir sağlık sistemi, kaynakların uygun bir şekilde kullanımını, temel koruyucu ve klinik hizmetleri verecek kaynakların ve hizmet sunucularının seferberliğini gerektirir. Böyle bir seferberlik, doğru tanı ve tedavi yapabilmek için yeterli imkânları olan, iyi eğitilmiş ve toplumun ihtiyaçlarını görecek dengeli dağılmış sağlık çalışanları sayesinde yapılabilir. Bu hususlar göz önünde bulundurularak aile hekimlerinin sürekli eğitimine ve dengeli dağılımına özel önem verilecektir.

Sosyal adalet ilkesi, herkese ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti sunulmasını gerektirir. Bu, eşit düzeydeki sağlık hizmetlerinin bütün ülkeye yayılması ve özellikle temel sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile mümkündür. Böyle bir sistemin gerçekleştirilmesi için, sağlık hizmetinin plânlanması ve sunumunda toplumun ihtiyaçlarının tam olarak bilinmesi gereklidir. Bunun için aile hekimliği uygulamasını iyi bir kayıt sistemi ile birlikte yürütmek ve sosyal güvenlik reformları ile birlikte ele almak gerekmektedir.

Halkın sağlık düzeyinin korunması ve yükseltilmesi için bireylerin aktif rol alması yönünde eğitimi ve bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır. Aile hekimliği hizmetinin yaygınlaştırılması, bütün bu hususlarda kararlı ve sürekli adımların atılması ile belli bir süreç içinde gerçekleştirilecektir.

Sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ve kalite, birbirini etkileyen iki önemli hedef olduğundan, ikisi arasında uygun dengeyi bulmak sağlık sisteminin başarısına bağlıdır. Eşitliğe dikkat etmeksizin az bir kesim için yüksek kalite de hizmet sunumu, toplumun bütünü için hayat kalitesini iyileştirmek şöyle dursun, daha da kötüleştirir. Diğer taraftan, eşit hizmet sunumu hedefi, kaliteyi kurban etmemelidir. Toplumun her kesimine eşit sağlık hizmeti sunma gayesi ile nüfusa endeksli örgütsel yapılanmaya rağmen, yeterli sayıda, motivasyonlu ve eğitilmiş insan gücünün ve finansal desteğin sağlanamaması bu sonuca yol açabilir.

Dünya örnekleri ile birlikte ülkemizin uzun yıllara dayanan deneyim ve birikiminden yararlanılarak oluşturulan “Ulusal Aile Hekimliği” modeliyle güvenli ve kararlı adımlar atılarak ve vatandaşların eşit ve kaliteli sağlık hizmeti almaları sağlanacaktır. Her ülkenin sağlık hizmetlerinin sunum tarzında kendine has farklılıklar vardır; Türkiye'deki sağlık hizmetlerini ülkemizin sosyal, kültürel, ekonomik ve coğrafi koşullarını gözetenerek, çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmeye çalışılmaktadır.

1.2.3. Aile Hekimlerinin Temel Özellikleri

Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Bireylerin acil durumlar dışında sağlık sistemine giriş kapısını oluştururlar. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek aile hekiminin görevleridir. Ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin plânlanmasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve plânlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak da aile hekiminin görevleri arasındadır. Bu görev ve sorumluluklar kısaca şu başlıklar altında özetlenebilir:

1. Aile sağlığı birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
2. Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

3. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,
4. Kişiyeye yönelik rehberlik hizmetleri ile sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek; bu kapsamda ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, periyodik muayeneleri (meme kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi), bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini (rutin aşılar), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
5. İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak,
6. Aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,
7. Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları ilgili uzmanlık dalına sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımın koordinasyonunu yapmak,
8. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
9. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,
10. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
11. Yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamak.

1.2.4. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Avrupa Birliği 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkaran bir tavsiye kararı almıştır. 93/16/EEC direktifinin 4. başlığı ile Avrupa Parlamentosu aile hekimliğini 3 yıllık bir eğitim sonucunda elde edilecek bir uzmanlık dalı olarak kabul etmiştir. Bu direktif 2006'dan itibaren geçerli olacaktır. Avrupa Birliği üye ülkelerinde doktorların serbest dolaşımı için bu uygulamalar önem

kazanmaktadır. Bu şartları yerine getirmek kaydıyla Türk hekimleri Avrupa ülkelerinde hekimlik yapma hakkı elde edecektir (www.kutahyasaglik.gov.tr, 2004).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan mevcut hekimlere eğitim verilerek görev verilecektir. Eğitime çok büyük önem verilmektedir.

İlk olarak eğitimler de yeni görev tanımları ve uygulamaları tanıtılacak, yetki ve sorumlulukları aktarılacak kısa süreli bir uyum eğitimi verilecektir. Uyum eğitimi verilen hekimlere aile hekimliği uygulama imkânının tanınması ve takip eden sürekli yaygın ve kısmen örgün eğitimlerle bu hekimlerin hizmet verirken eğitimlerinin sağlanması, mesleki yeterlilik sınavları ile eğitimlerinin ölçülmesi kalite hedeflerine ulaşmak gereklidir.

İlk uyum eğitimini aldıktan sonra sertifikalarını almış hekimlerin kalıcı sertifikaları için öngörülen ikinci aşama eğitimlerini de almaları gerekmektedir. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitiminden sonra başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Eğitimlerde ana amaç mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesidir. Bu aşama da verilen eğitimler kısım kısım ve sürekli tarzında olacaktır. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri bu tür eğitimin süreklilik kazanması için büyük katkı sağlayacaktır. Üniversitelerde ki halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev almaları, öğrencilerin ve asistanların sahada eğitimini gerçekleştirecektir. Bu eğitimlerle hekimlerin teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi tamamlayan aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında, olumlu yarışmaya dayalı bir hizmetin uzmanlık konsepti içinde sürekli gelişiminin sağlanması birçok açıdan yararlı olacaktır. Mevcut hekimlerimiz bu yolla yaygın hizmet verirken bir yandan da eğitimlerini sürdürecektir. Uzmanlık fırsatının verilmesi bu eğitimin gönüllü ve istekli yapılmasını sağlayacaktır. Sonuçta ulaşılan nokta, Avrupa Birliği normlarında eğitim müfredatını tamamlamış aile hekimliği uzmanları kazanmak olacaktır. (www.kutahyasaglik.gov.tr, 2004).

1.2.5. Çalışma Saatleri ve İzinler

Aile hekimliği uygulamasında hekimler ve sağlık personeli tam gün esasına göre yani haftada 40 saat mesai yapacak şekilde çalışırlar. Bu çalışma saati içine gezici sağlık hizmetleri ve ev ziyaretleri de dâhil edilir. Aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri, herkesin görebileceği bir yere kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak hekimler tarafından ayarlanıp yerel sağlık idaresince onaylanır. Aile hekimi ve sağlık personeli birinci basamak sağlık hizmetinin aksamadan yürütülmesinden sorumludurlar. Bu sorumluluğu resmi tatillerde ve mesai bitiminde aile hekimleri ve sağlık personelinin sayıları dikkate alınarak aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin devamlılığını sağlarlar. Personel olağanüstü durum ve hallerde yangın, sel, deprem gibi mesai saatlerine bağlı kalmadan çalışırlar.

Bakanlıkça görevlendirilen sözleşmeli çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri 30 gündür. Mazeret sebebiyle 5 gün daha izin verilebilir. Bayan personel doğumdan önce sekiz doğumdan sonra sekiz olmak üzere toplam on altı hafta süreyle izin verilir. Çoğul gebelikler de sekiz haftalık izin süresine iki hafta daha eklenir. Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur.(Türkiye’de aile hekimliği aktüel-bilimsel tıp dergisi,2006).

Görevlendirme ile çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının izin kullanması halinde yerlerine Bakanlıkça geçici aile hekimi ve aile sağlığı elemanı görevlendirilir. Bu yönetmelik gereği yapılacak ödemeler, görevlendirilen personele çalışılan gün sayısına göre yapılır. (Türkiye’de aile hekimliği aktüel- bilimsel tıp dergisi, eylül-ekim 2006)

1.2.6. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmak için aile hekimine kayıt yaptırmaları gerekmektedir. İlk kayıt için kişilerin hekimlerini il sağlık müdürlüğü belirlemektedir. En az altı ay ilk hekimlerini kişiler değiştiremezler. Ama bu süre dolduktan sonra bulundukları bölgenin özelliğine ve konumunun durumuna en uygun

olanına göre hekim tercihi yaparlar. İkinci kayıta direkt hekimle görüşerek kayıtlarını yaptırırlar. Kişilerin hekimleri değiştiğinde tutulan kayıtlarında devredilmesi esastır.

Bölgede ki nüfusun dağınık olarak yaşandığı ve ulaşım sorunlarının yaşandığı kırsal bölgelerde bu haklar sınırlı kalmak zorundadır. Ancak koşulların elvermesi ölçüsünde bu özgürlüğün kısıtlanmaması gerekir.

Diğer taraftan kişinin başka doktor alternatifinin bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında hekim de hastasını kabul etmeyebilir. Bunlar:

- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması
- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi,
- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,
- Taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.
- Kronik hastalık gibi nedenlerle yoğun sağlık hizmeti gereksinimi olan hastanın kabul edilmemesi halinde Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sağlık güvencesini sağlayan kurumun hastanın aile hekimini resmen belirleme hakkı vardır. (www.kutahyasaglik.gov.tr, 2004).

1.2.7. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi, hekimlik dışında koordinasyonu ve denetimi de yapmaktadır. Amaç birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünüyle ve uygun şekilde kullanımını sağlamaktır. Aile hekimi, hastasının belirli dalda uzman olan bir hekime yani ikinci basamak sağlık hizmetine başvurmasına gerek olup olmadığına karar vermekle kalmaz, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmet birimleri arasında koordinasyon sağlar. Bu sayede birinci - ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir iletişim ve denge oluşturarak, gereksiz tetkik yapılmasını önler.

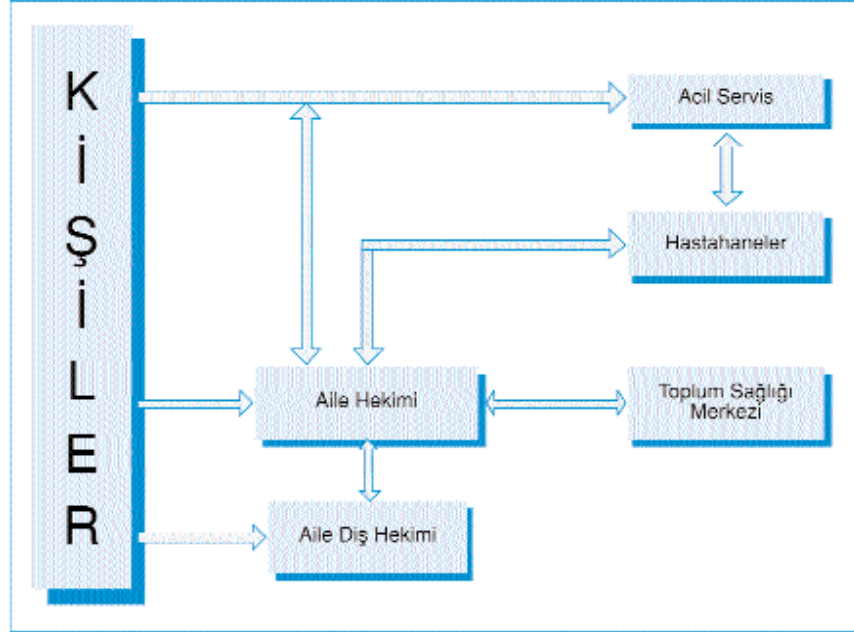
Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin ikinci basamağa gitmelerini gerekli gördüğü durumlarda mutlaka sevk formu, sevk gerekçesi ve hastanın temel sağlık

bilgilerini de belirterek sevk eder. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile doktoruna geri bildirim aynı form üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla tekrar aile hekimine gelecektir. Bu uygulama ile sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi bu işlemlerin en azından bir kısmının dijital kayıt şeklinde yapılmasını sağlayacaktır.

Hastanın ikinci ya da üçüncü basamaktan sonra tekrar aile hekimine gelmesi yani geri bildirim, her türlü hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastanın sağlık düzeyinin daha iyi korunabilmesine imkân tanırken, ikinci basamak hizmetlerinin de kontrol altına alınmasını sağlar. Sevk zinciriyle gitmek istemeyen hastalar zorlanamaz; bu zorlama pratikte de istendiği ölçüde gerçekleşmemektedir. Ancak sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hasta, tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi ödeyecektir. Bu ödeyeceği miktar, sevk sisteminin işlemlerini sağlayacak ölçüde caydırıcı olarak, ikinci ve üçüncü basamaktaki yükü azaltmayı sağlayacaktır. Sağlık kuruluşları arasında basamaklandırılmış sağlık hizmetinin verilmesini ve öncelikle birinci basamağa başvuruyu sağlamak için acil durumlar ve takipteki hastalar dışında doğrudan hastaneye başvuranlarda katkı payı uygulamasının yanı sıra randevu ve öncelik sağlama gibi çeşitli teşvik uygulamaları yapılabilir. Şekil 1.2’de kişilerin sağlık sistemi içinde hareketleri tasvir edilmektedir.

Hastanede doğum yapılması halinde, taburcu işlemleri yapılırken annenin ve bebeğin sağlık durumlarını bildiren ve hastanede yapılan tıbbi işlemleri açıklayan epikrizleri ilgili tabipler tarafından ayrı ayrı doldurulur ve imzalanarak aile hekimine teslim edilmek üzere hastaya verilir. Ölü muayenesi ve defin ruhsatı verilen kişilerin kayıtları aile hekimine bildirilir. (www.kutahyasaglik.gov.tr, 2004).

Şekil 1.2. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı



Kaynak: Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Eylül-Ekim 2006.

1.2.8. Tetkik ve Tahlil İşlemleri Ve Kayıt Sistemi

Birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık personeli, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabileceklerdir. Bu tahlil ve tetkiklerin dışında yapılacak laboratuvar hizmetleri il sağlık müdürlüğünün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılacaktır.

Bu tahlil ve tetkiklerin yapılması koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından da etkili olacaktır. Aynı zamanda ikinci basamak sağlık hizmetlerine işi hafifletilmiş olur. Bu nedenle laboratuvar imkânları mümkün en uygun seviyede tutulmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetinde her yapılan işlemin ve her kişinin kaydının yapılması esastır. Bu kayıtlarda mahremiyet aile hekiminin sorumluluğundadır. Kişi aile hekimini değiştirdiği durumlarda veya diğer bir uzman hekime veya sağlık kuruluşuna sevkini gerektiği hallerde aile hekimi dosyanın bir özetini hastaya veya tedaviden

sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu hekime aittir. Sigorta kurumlarının denetimlerin de aile hekimi dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanıların açıklanmaması önemli bir husustur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, teşhisler kodları ile birlikte aşı, gebe izlemi, bebek izlemi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler hazırlanılan düzenli olarak ortak bir veri tabanı içinde ilçe sağlık idaresine istenilen şekilde bildirilecektir.

Bu şekilde sisteme kişilerin kimlik numaralarıyla giriş yapılarak, ortak bir veri tabanı üzerinden standart verilerin iletilmesi sağlanabilecek ve bu verilerin karar mekanizmalarında rol alacak şekilde analizi yapılabilecektir. ikinci basamak sağlık kurumuna sevk edilen hastaların gerekli bilgilerinin ve epikriz bilgisinin geri bildiriminin de bu yolla sağlanması mümkün olabilir.

1.2.9. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları

Aile sağlığı merkezleri sözleşme yapan doktorlar tarafından açılabilir. İlk olarak bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu durumun sağlanamaması halinde aile hekimleri çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler. Aile hekiminin gezici sağlık hizmeti belde ve köylerin tespitinde aynı güzergâhta ve birbirine yakın konumda olması gibi coğrafi özellikler dikkate alınmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezi kişilerin memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür; bölgede yaşayan nüfus, ulaşım kolaylığı, halkın tercihi gibi seçeneklere göre il sağlık idareleri planlama yaparak belirlenecektir.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının birlikte ekip olarak görev yapmalarına, tanımlanan hizmetlerin uygun olarak verilmesine ve kişilerin hizmete kolay erişimine imkân sağlayacak şekilde oluşturulacak olan fiziksel mekânların

standartları Bakanlıkça belirlenecektir. Her aile hekiminin yanında çalışan en az bir adet aile sağığı elemanı bulunmalıdır. Bu eleman ebe, hemşire, sağıık memuru veya acil tip teknisyeni olabilir. Hizmet yoğunluğu, kayıtlı kişi sayısı dikkate alınarak birden fazla eleman da tercih edilebilir. Kırsal bölgelerde aile sağığı elemanının ebe olması daha uygun olur. Aile sağığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbî hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar. Hekimler tercihlerine göre temizlik elemanı çalıştırabilirler. Sağıık evlerinde çalışmakta olan ebeler aile sağığı elemanı olarak görevlendirilmemişlerse, o bölgenin bağlandığı aile hekimine hizmet yönünden bağılı, idari yönden de Sağıık Grup Başkanlığına bağılıdır.

Aile sağığı biriminin asgari fiziksel şartları şöyle sıralanabilir:

1. Bina; kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkânlarına sahip olmalı, toplam alanı bir aile hekimi için 60 metrekaaredir. Birden fazla hekim birlikte çalışırsa her hekim için 20 metrekare eklenir.
2. Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.
3. Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.
4. Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Bu oda ayrıca ön muayene odası olarak da vital bulguların ve boy-kilo gibi ölçümlerin yapılması için kullanılabilir.
5. Çalıştırılması plânlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır Hasta kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro bulunmalıdır.
6. Hastaların kullanabileceğı bir lavabo ve tuvalet olmalıdır. (Türkiye’de aile hekimliği aktüel- bilimsel tıp dergisi, 2006).

1.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ

Tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği (AH)’nin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. AH’ ne olan gereksinim ilk kez 1923 yılında gündeme getirilmiştir. Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliği savunulmuştur. Bu görüş ilk yankısını yıllar sonra İngiltere’de göstermiş ve 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Bunu takiben Amerikan Medikal Association (Amerikan Tıp Birliği)’n 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan ‘Aile Hekimliği’ tanınmıştır. Dünyada esen bu uzmanlaşma rüzgârlarının Türkiye’deki yansıması ‘Toplum Hekimliği’ olmuş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı yasa ile basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır. (Paycı ve Ünlüoğlu,2005:25)

1960’tan sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı’na atanan Prof. Dr. Nusret Fişek 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nı hazırlamıştır. Sosyalleştirme Yasası basamaklı, hakkaniyetli, yaygın, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada, tam gün ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkelerine dayanmaktadır.

Prof. Dr. Nusret Fişek 1985’te yayımladığı ‘‘Halk Sağlığına Giriş’’kitabında; “1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür” der. İyi niyetle hazırlanan sosyalleştirme yasasının işletilememesinin nedenleri arasında birçok faktör sayılabilir.

Her şeyden önce yasa finansman desteğinden yoksun olarak çıkarılmıştır. Bu sistemin sürmesi için herkesin gücü oranında katkıda bulunduğu ancak gereksinimi oranında yararlandığı bir sigorta sistemi düşünülerek finansman sorunu baştan çözülmeye çalışılmış ancak 1968 de hazırlanan yasa tasarısı ile başarı sağlanamamıştır.

Hazırlık aşamasında gerek üniversiteler gerekse politikacılar ile yeterince paylaşım olmaması uygulama döneminde yasanın benimsenmemesine yol açmıştır. Yasa içeriğinde atılan geri adımlar ile ilgili olarak sivil toplum örgütleri, sendikalar vb. sessiz kalmıştır.

Sosyalleştirme yasası ile bağlantılı diğer yasalar arasında uyumsuzluklar yasanın uygulanabilirliğini etkilemiştir. Ayrıca yasanın kendisinin öngörülen değerlendirme ve güncelleştirmeleri yapılamamıştır.

Ülkemizde 1983 yılında, “Tababet Uzmanlık Tüzüğü” nde Aile Hekimliği Uzmanlığı yer almıştır. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur.(Türkiye’de aile hekimliği aktüel- bilimsel tıp dergisi, 2006:8). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 1990 yılında Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’ni kurmuşlardır. 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. (Paycı ve Ünlüoğlu,2005:33-34).

Eylül 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği AD kurulmuş ve asistan eğitimine başlanmıştır. 1994’de, Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna ilk kez bir aile hekimi uzmanı görevlendirilmiştir. 1995’de, Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996’da, Avrupa topluluğu iki yıl olan zorunlu eğitimi üç yıla çıkarmıştır ve iki aile hekimine ilk kez aile hekimi dalında doçentlik ünvanı verilmiştir. 1998 Mart ayında 2.3.1998 tarih, 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almış ve TAHUD olarak ülkemizi alanında Dünya’da temsil etme yetkisini kazanmıştır. 2001’de, ülkemizden ilk kez bir aile hekimliği uzmanı WONCA’nın yönetim kurullarından birine seçilmiş ve yine 2001 yılında ilk kez Avrupa aile hekimliğinin bir bilimsel kongresi(EGPRN) düzenlenmiştir. 2004’de, Aile hekimliği Pilot uygulamasına dair kanun çıkmıştır. 2005’de, WONCA Avrupa kongresi 2008 de İstanbul’da yapılmak üzere Türkiye’ye TAHUD tarafından kazandırılmıştır.

Ülkemizde pek çok çevre aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karşı çıkmaktadır. Bu konuda bir görüş şöyledir: Aile hekimliği kavramı sağlık ocaklarının esasıdır ve ülkemizde yıllardır uygulanmaya çalışılmaktadır. Yapılan girişimler, kamu

hizmeti olarak yürütülen bu hizmeti özelleştirmekten başka bir şey olamaz. (Öztek,2005:17).

1.4. DÜNYADAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER

Uygulama ve isim farklılıklarına rağmen aile hekimliği dünya ülkelerinin birçoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Ülkemizde pratisyen hekim, tıp eğitimini tamamladıktan sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılırken Dünya’da ise birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlar. Sözü edilen temel prensiplerin en iyi hayata geçirilebildiği aile hekimliği hizmetleri farklı ülkelerde değişik modeller halinde verilmektedir.(Aydın, 2004)

1.4.1. Almanya

Almanya’da, sosyal güvenlik alanında kanunlarla gündeme gelmiş olan “Bismarck Modeli Sağlık Sigorta Sistemi” hâkimdir. Hemen her meslek grubunun sigortası ayrı olup, bu sistem prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler. Bu sigorta sistemi nüfusun %90’ını kapsar. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta altındadır, ya da kamu sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler. Geriye kalanlar devlet tarafından sağlanan sosyal yardım programından yararlanabilirler. (www.aile.bsm.gov.tr, 2009)

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimi tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimini seçmek isteyen doktorlar için bitirme sınavı zorunlu olarak uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

İlk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır. Tıp fakültelerindeki aile hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamındadır.

Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmaları gerekmektedir.

Aile hekimleri gerekli gördüklerinde, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler. (www.uludag.edu.tr, 2009)

Uzman doktorlara ve birinci basamak hizmet sektöründe çalışan aile hekimlerine genellikle hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Hastalık fonlarında çalışan doktorların ücretleri doktorların federasyonları ve fonlar arasındaki görüşmeler ile belirlenmektedir. Devlet hastanesinde çalışan doktorlara maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli doktorlar özel olarak da çalışabilmektedirler. Aynı ödeme sistemi gönüllü hastanelerde de işlenmektedir. Özel birimlerde ücretler hastalar tarafından ödenmektedir. (www.aile.bsm.gov.tr, 2009)

1.4.2. İngiltere

İlk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliği veya İngiltere'deki ismiyle genel pratisyenlik 1947'de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin kurulmasıyla başlamıştır.(www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr, 2009)

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü yani National Health Services vardır. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin çoğu vergilerle finanse edilmektedir. Ülkede ki 34.000 civarındaki aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenelerinde hizmet verir. 5-10 kadarı ise tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmaktadır. 6000 kadar aile hekimi ise sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır. (www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr, 2009)

Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimi gerekli gördüğü durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk etmektedir. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilir. (www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr, 2009)

Türkiye'deki uygulama gibi tıp fakültesini bitirince hemen pratisyen hekim olarak işe başlama gibi bir uygulama İngiltere'de yok, dolayısıyla ayrı bir pratisyen ve aile hekimi kavramı da yok. Tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve

mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979 da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıl stajyer olarak çalıştıktan sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğitimcilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır.

Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu yoktur. Ancak Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin %80'i sınava girmektedir. Uzmanlık sonrasında da sürekli bir tıp eğitimi zorunlu değildir ancak önerilmektedir.

1.4.3. Portekiz

Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service) 1979 da kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık merkezleri tarafından verilir. Buralarda ki çalışma ekip çalışması olup aile hekimleri ve de bu ekibin içinde yer almaktadır.(www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr, 2009)

Nüfusun %80'i aile hekimlerine kayıtlıdır. Hastaların hekim seçme hakkı vardır ve bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. Her kişi bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır. Yaklaşık 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi 3 yıldır. 1987 yılından itibaren bu eğitim birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu hale getirilmiştir. 1982 de aile hekimliği koleji kurulmuştur. Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Eğitim sonrasında sınav zorunluluğu vardır. Tıp Fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümü 1987'de Lizbon Üniversitesinde açılmıştır.(www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr, 2009)

Hastalar kendi isteklerine göre ikinci basamak sağlık kuruluşuna gidemezler, ancak aile hekiminin sevkinden sonra gidebilirler. Hastalar sevk edilecek hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek hekimi seçemezler. Genellikle sağlık merkezleri laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. Bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir.

1.4.4. Norveç

Norveç'te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar. 1984 yılında “ Yerel Yönetimler Sağlık Planı ” uygulamaya konulduğundan bu yana, birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır.(www.aile.bsm.gov.tr, 2009)

Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşmeli aile hekimleri ve sağlık personeli (hemşire, ebe, diş hekimi gibi) çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başına yapılmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi beş yıldır. Bunun bir yılı klinikte dört yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Uzmanlık sonrasında sürekli tıp eğitimi zorunludur.

1.4.5. Hollanda

Hollanda'da Avusturya, Belçika, Fransa ve Almanya'da da kullanılan “ Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modeli ” kullanılmaktadır. Bu model şunları içerir:

- Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman,
- Paraların devlet dışı yönetimlerde; sigorta kurumlarında toplanması,
- Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleri gerekmektedir.

Hollanda'da ki AH' lerinin %90 kadarı Aile Hekimlerinin Milli Kuruluğu'nun üyesidir. Bu kuruluş Hollanda'nın her yerinde kesintisiz kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla sorumludur. (www.aile.bsm.gov.tr, 2009)

Tıp fakültesi 6 yıldır ve bu eğitim bittikten sonra aile hekimi adayı olunabilir. Bazı mesleki eğitim kuruluşları yılda bir, bazıları da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık mesleki eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler. Son yıllara kadar aile hekimlerinin %71'i tek başına çalışmaktaydı. Şuanda ise ekipler halinde, sağlık merkezlerinde ortak çalışma durumu giderek artmaktadır.

Hollanda'da sosyal güvence sistemi sigorta durumuna göre ayarlanmıştır. Katılımı zorunlu olan iki tür sağlık sigortası vardır. Olağanüstü Medikal Giderler

Sigortası toplumun %100'ünü kapsar, uzun süreli hastalıklar yani masraflı hastalıklar içindir. Hastalık Fonu Sistemi: toplumun %60'ını kapsar. 65 yaş ve üzerinde olup, gelir seviyesi düşük çalışanlar aile hekiminin listesinde bulunmak şartıyla bu sigortaya dâhil edilirler. Masrafı çok olmayan hastalıkları ve hizmetleri yani aile hekimliği uygulamalarını, diş bakımını, ana sağlığı hizmetlerini, tıbbi muayeneleri, hastane ve ulaşım giderlerini karşılar.

1.4.6. İsrail

Genel sağlık sigortası nüfusun %96'sını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve bir sağlık personelinin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir sağlık ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından birinci basamak sağlık hizmeti verilir. Kentlerde ki bu merkezler laboratuvar ve röntgen gibi olanaklarını da kapsamaktadır.

Tıp fakültelerinin genelin de aile hekimliği bölümü vardır. Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Aile hekimliği eğitimi 4 yıl sürer ve eğitim sonunda sınav zorunluluğu vardır. Bu eğitimlerden meslek örgütü sorumludur.

1.4.7. Amerika Birleşik Devletleri

Genel sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun %14'ünün sağlık güvencesi yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler tüm hekimlerin %40'ıdır. Bu hekimler arasında aile hekimleri de vardır. Aile hekimleri ya tek başlarına ya da son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenahanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır. Aile hekimliği uzmanlığı ülkede ki ikinci büyük uzmanlık dalıdır ve eğitimi 3 yıldır. Aile hekimliği kurulu tarafından eğitimler şekillendirilir ve denetlenir. Eğitim sonunda sınav zorunluluğu vardır.

İKİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aile Hekimliği geçiş süreci, Aile Hekimleri açısından bazı davranış değişikliklerini de yanında getiren önemli bir uygulama sürecidir. Başlangıçta Aile Hekimlerine belirli bir nüfus dağıtılmakta ve Aile Hekimleri bu nüfuslarından birebir sorumlu olmaya başlamaktadırlar

Uygulamanın başlangıç aşamasından elbette dağıtılan nüfuslar Aile Hekimleri açısından sadece birer TC Kimlik Numarası ve İsimden ibaret olmaktadır. Geçiş sürecinde Aile Hekimlerinin birincil ödevi bu isimlerin birer birey olarak algılanabilmesinin sağlanmasıdır. Bunu sağlamak amacıyla Aile Hekimlerinin kendilerine bağlanan bölgeyi sosyo-ekonomik ve kültürel yönden değerlendirmeleri, demografik yapıyı sindirmeleri en başta gelen görevleri olmalıdır. Daha sonraki adım ise Aile Hekimlerinin en kısa süre içerisinde kendilerine bağlı olan nüfusa ev ziyaretleri ile ulaşmaları, hedef kitlelerini yerinde değerlendirmeleri yerinde olmalıdır

Yerinde ziyaretin oldukça fazla avantajları vardır. Bağlı nüfus kendi Aile Hekimini tanıyacak, Aile Hekimi ile yapılan görüşme ile yeni getirilen bu sistemin kendilerine neler sağlayacağını ilk ağızdan öğrenecek ve sistemi daha başlar başlamaz sahiplenecek, en önemlisi artık sahiplenildiğini hissedecektir. Aile Hekimi açısından da bu ziyaretler kendine verilen listeler ile gerçek bilgilerin karşılaştırılması imkanını verecek, koruyucu sağlık hizmetleri açısından en uygun planlamayı yapmasını sağlayacak, ayrıca poliklinikte hasta muayenesi sırasında Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili gelecek sorulara maruz kalmasını önleyerek zaman ve konsantrasyon kaybını en aza indirecektir.

Ev ziyaretlerinde mutlaka kayıtlı nüfus ile ilgili iletişim bilgilerinin kaydedilmesi, koruyucu sağlık hizmeti ile ilgili sorgulamaların yapılması ileride yapılması gereken olan faaliyetlerin önceden belirlenerek planlanmasını sağlayacaktır.

Aile Hekimliği Uygulaması, eş zamanlı olarak Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) adı verilen bir yazılımın da uygulanmasını beraberinde getirmektedir. Ancak gerek yazılımın henüz geliştirme aşamasında olması gerek hekimlerimizin bir bölümünün bilişim teknolojileri üzerinde çok fazla deneyiminin olmaması her türlü takibin bu program üzerinden yapılabilmesi belirli bir süre için sağlanamamaktadır. Bu nedenle Aile Hekimlerinin bu yazılıma iyice alışana kadar bebek, çocuk, gebe, aşı ve

aile planlaması hizmetleriyle ilgili olarak pratik çözümler üretmeleri işlerini büyük ölçüde kolaylaştıracaktır.

İstatistiki kayıtlar ve ev ziyaretleri dışında diğer bir husus ise Aile Hekiminin artık bağlı nüfusuyla ilgili her türlü sağlık probleminde birinci derecede sorumlu olduğunun bilincinde olmasıdır. Eskiden poliklinikte muayene edilen bir hasta iyileşse de iyileşmese de aynı hekim tarafından tekrar değerlendirilememekteydi. Çünkü hasta tedaviden yarar gördüğünde hekime tekrar geri dönme ihtiyacı duymuyordu. Tedaviden yarar görmeyen hasta ise aynı hekime tekrar gitmeme eğilimindeydi. Oysa ki Aile Hekimliği ile beraber hastalar özellikle tedaviden yarar sağlamadıkları durum-larda yine öncelikli olarak kendi Aile Hekimleri ile temasa geçecekleridir. pek çok hekim için bu durum yeni bir yaklaşım sergilenmesini gerektirecek bir olgudur. Hekimlerin özellikle kendilerini bu konuya hazırlamaları ve kontrol muayeneleri açısından hastalarını yönlendirmeleri yerinde bir yaklaşım olacaktır.

Uygulama başlar başlamaz Aile Hekimlerinin nüfuslarına yönelik olarak periyodik muayene, checkup ve kronik hastalıkların takibi ile ilgili bir takvim hazırlaması ve bu faaliyetlerini de gebe, çocuk, bebek takibi ve bağışıklama faaliyetleriyle birlikte sürdürmeleri yararlı bir yaklaşım olacaktır.

Aile Hekimliği uygulamasının değerlendirilmesi için bu alanda hizmet veren üç hekim ile farklı branşlarda hizmet veren iki hekim, bir diş hekimi ile toplamda altı doktorla mülakatlar yapılmış ve aile hekimliği hakkındaki görüş ve düşünceleri alınmıştır. Ayrıca bu konuda dört hemşire ve iki sağlık memurunun da aile hekimliği hakkında bilgilerine başvurulmuştur. Yapılan mülakatlar neticesinde Aile Hekimliği uygulaması, hekim, sağlık çalışanı, hasta açısından değerlendirilecektir. Genel olarak tüm birey ve sağlık çalışanlarında mevcut olan belirsizlik tanımlanarak, bu model ve yeni sağlık politikasına dair eleştiriler ve katkılar sağlanacaktır. Diğer taraftan yapılacak ankette yer alacak soru ve görüşler açısından da temel teşkil edecek bilgi ve veri tabanı oluşturacaktır.

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ GETİRDİKLERİ VE DEĞİŞTİRDİKLERİ

2.1.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Getirdikleri

Sağlık hizmetinin günün gelişen ihtiyaçlarına göre ve optimum standartlarda yerine getirilebilmesinin temel önceliği; kuşkusuz sağlık personelinin yeterli sayı ve nitelikte olması ve sistemin fiziki ve teknik altyapı ve donanım kapasitesi itibarıyla yeterli düzeyde bulunmasıdır. Ancak, bu önceliğin yerine getirilmesi kendi başına yeterli olmayıp, pratikte beklenen sonucu doğurması; bir taraftan personelin çeşitli kademelerdeki sağlık kuruluşları arasında dengeli dağılımına, diğer taraftan hizmet alıcılarının sisteme erişimlerini ve tedavi sürecine katılmalarını sağlayan başvuru ve sevk zincirinin rasyonel ve dengeli bir biçimde kurulmasına bağlıdır.

Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinden sonra, hizmet sunum organizasyonunun akılcı ve etkili bir biçimde düzenlenmesinin ilk ve öncelikli adımı; kişilere yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütüleceği 'aile hekimliği uygulamasının kurulmasıdır. Aile hekimliği, hastalara hekimlerini seçme fırsatı tanınması ve hekimle hasta arasında uzun süreli ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması nedeniyle hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran, dolayısıyla kişilerin tedavi hizmetinden hakkaniyete uygun bir biçimde yararlanmasını sağlayan bir disiplin olarak dünya çapında yaygınlık kazanmıştır.

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin etkili ve hakkaniyete uygun organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedefleyen ve Sağlık Bakanlığı' nca 2003'ün başından beri uygulanmakta olan 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' nın temel bileşenlerinden biridir; sağlık uygulamalarının değişim ve yeniden yapılanma gündeminin ilk sıralarında yer almaktadır.

Hizmet sunum örgütlenmesindeki sorunlara kısaca değinirsek; kamu yönetiminin yapı ve işleyiş bozukluklarına paralel olarak, sağlık sisteminin geçmişten bugüne devraldığı sorun ve aksaklıklar daha çok sağlık personelinin yetersizliği ve örgütlenme sorunları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ülkede doktor sayısının hizmet talep eden nüfusa göre yetersizliği; sayıca yetersiz doktorların gerek ülke genelinde, gerek

birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki dengesiz dağılımı, sağlık kuruluşlarının hizmet sunum organizasyonunun rasyonel bir temele oturmasını güçleştiriyor.

Mevcut başvuru ve sevk sisteminin işleyişi incelendiğinde, çoğu hastanın birinci basamağı atlayarak, ikinci basamaktaki hastanelere yöneldiği görüldüğü. Oysa birinci basamak sağlık kuruluşlarının bu zincirdeki payının, gelişmiş ölkelerindeki gibi % 80-90 düzeyinde olması; yalnızca buralarda tedavileri yapılamayan % 10-15' lik bir bölümünün hastanelere gönderilmesi beklenmektedir. Vatandaşların en küçük rahatsızlıklarında doğrudan doğruya hastanelere koşması, bu kuruluşlarda ileri derecede tetkik ve tedavi ihtiyacı olan hastalara gerekli ilginin gösterile-memesiyle sonuçlanıyor. Birinci ve ikinci basamak arasındaki bu dengesiz dağılım, hastanelerde aşırı yığılmalara; büyük miktarlarda zaman, işgücü ve mali kaynak israfına neden oluyor. Bu da, sevk zincirinin işlevsizliğine, birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmetlerinin gereği gibi yerine getirilememesine, dolayısıyla hizmet sunum sisteminde bir bütün olarak etkisizlik ve verimsizliğe yol açıyor.

1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık kuruluşları statüsünde oluşturulan sağlık ocakları, vatandaşlar için ilk kademe sağlık tesisi olma işlevini yerine getiremedi ve zamanla köreldi. Bu nedenle sağlık ocakları, sevk için uğranılması zorunlu, ancak göstermelik yerler olarak algılanmaya başladı; buralara başvurular biçimsel bir işlem olmaktan öteye gidemedi. Türk kamu yönetiminin hâkim karakterine uygun olarak merkeziyetçi hiyerarşik yapılanma anlayışı ekseninde gelişen sağlık hizmetleri örgütlenmesi; hizmetin alıcısı vatandaşları, sistemle ilişkiye geçmelerinden başlayarak tedavi sürecinin tüm aşamaları boyunca, gündelik yaşantılarını sürdürdükleri aile ortamından soyutlanmış, atomize varlıklar olarak algılamaktadır. Dolayısıyla sistemin hizmete erişim ve sunum boyutu, temel bir yaşama zemini olan aile ortamını ve bu ortamın toplumsal dokusunu şekillendiren aile üyeliği kapsamındaki bireysel ilişkileri dışlayan örgütsel bir çerçevede işlemektedir.

Aile hekimliği, kişilerin acil durumlar dışında sisteme ulaşma gereği duyduklarında ilk giriş kapısı olarak başvurdukları kurum, aile hekimi ise bireylerle hekim olarak ilk yüz yüze gelen, bağışıklama ve diğer koruyucu hizmetlerle birlikte

kendisine kayıtlı kişilerin birinci basamaktaki teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini yürüten kişidir. Aile hekiminin sorumluluğu, yalnızca birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmakla sınırlı olmayıp, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevkini gerekli olduğu durumlarda bakım ve tedavi sürecinin diğer aşamalarını koordine etmeyi, yönlendirmeyi ve denetlemeyi de kapsamaktadır.

Aile hekiminin hastasıyla yakın işbirliği ve iletişim içinde olması, önceliklerini dikkate alması ve özerkliğine saygı göstermesi gerekliliği, yeni kamu hizmeti anlayışının özünü oluşturan 'insan odaklılık' yaklaşımıyla bütünleşmektedir

Modelin temel esaslarına göre, kişiler sağlık durumlarından sorumlu olacak aile hekimlerini kendileri seçecekler; verilen hizmetten memnun olmamaları ve belli koşulların gerçekleşmesi halinde bunları değiştirebileceklerdir. Hastaların sağlık giderleri, genel sağlık sigortası sisteminin finansman yapısı içinde devlet tarafından karşılanacaktır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlıklı bir geri ödeme sistemi oluşturulması, sigorta kurumlarının mali kontrolünün daha iyi yapılabilmesi için kurulmakta olan bir sistem. Aile hekimliğine geçilen birçok ilde özellikle yeşil kart harcamalarında ciddi azalmalar olduğu görülmektedir. Özellikle kurumlara birinci basamaktan herhangi bir tahakkuk yapılmamaktadır. Bu gibi nedenlerle Genel Sağlık Sigortası uygulamasında da aile hekimliği uygulamasının çok daha iyi destekleneceğine eminim. Çünkü mali açıdan ciddi bir avantajlılık söz konusudur.

Modele eleştirel bakış açısıyla yaklaşan çevreler; aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin ön adımını oluşturduğunu, hekimlerin bu yolla iş güvencesinden yoksun bırakılacağını ve özlük haklarının erozyona uğratılacağını düşünmekte. Öte yandan, aile hekimliğinin sağlık ocaklarının yerine ikame edilmesiyle, 'halkın sağlık hizmetine ücretsiz ve eşit erişimi' ilkesinin zedeleneceği; dolayısıyla 224 sayılı Yasanın sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi alanında sağladığı kazanımların yok edileceği görüşü savunuluyor.

Bütün bu eleştirilere karşılık, aile hekimliğinin esas itibarıyla 224 sayılı yasanın oluşturduğu sistemi reddetmeyip ileri sürülenlerin aksine bu yasanın getirdiği sistemin üzerine kurulduğunu, sosyalleştirme mantığının gerektirdiği entegre, nüfusa

orantılı, ekip çalışmasına ve sürekli eğitime dayanan ve toplum katılımını hedefleyen bir yapıyı öngördüğünü kabul etmek gerekiyor.

2.1.2. Aile Hekimliği Uygulamasının Değiştirdikleri

Bir sistemin başarısı, sistemi işletenlerin, sistemi benimsemesi ve sistemin mantığıyla aynı yönde aktivasyon göstermesiyle paralellik gösterir. Bir sistemin kalitesi sorgulanacaksa, kalite, sistemi işletenlerin kusursuz kullanımlarının oluşturduğu sonucun değerlendirilmesiyle tespit edilebilir. Tabi ki sistemi kaldırabilecek birikimin varlığı da sorgulanabilir. Fakat bu ikinci plandadır ve aşılabılır bir sorundur.

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerine yeni bir düzenleme getiren sosyal, iktisadi açıdan, geliştirilebilir teknolojik imkanları kullanma ve bilimsel verileri daha aktif bir biçimde kullanma açısından dinamik bir sistemdir. Sistemin bir ayağı olan, sağlık hizmeti sunulan bireylerin en üst düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının yanında, sistemin diğer ayağı ve sistemi işleten kişiler olan doktorlar arasında işbirliği yapabilme, kendi planları çerçevesinde görev paylaşabilmeleri açısından oldukça başarılı. Aile hekimliği sisteminin getirdiği değişimi tespit edecek olursak ilk değineceğim nokta kayıt sistemi olmalı. Türkiye’deki kayıtlar aile hekimliğindeki kayıtların çok gerisindeydi. Sağlam olmayan kayıtlarla yapılan bir bilimsel çalışmayla, hangi sonuç güvenilir bir şekilde sunulabilir ki. Üstelik eski sisteme ait kayıtların yetersizliği yanında, dinamik bir kullanım kolaylığından da bahsedilemez. Aile hekimliği, hasta veya hekime bağlı bulunan bireylerle alakalı istenen tüm verileri barındıracak donanımda ve istenilen aralıktaki verileri en hızlı şekilde kullanıma sunacak bir program olan, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) programı ile desteklenmekte. AHBS, genel anlamda hastayla ilgili bilgiler yanında, gebe, çocuk, aşı ve kadın takibi gibi koruyucu hizmetlere yönelik çalışmaları içeren geniş donanımlı linklere sahip. Sürekli olarak normal olmayan kayıtları gözlemleyebilir, sorunları hızlı bir şekilde tespit edebilirsiniz. Sürekli olarak bakanlıkla diyalog halinde bulunularak, sorunlar daha hızlı bir şekilde bildirilip sonuç elde edilebilir.

Aile hekimliğinde güncel veriler uygulanabilecek biçimde uyarlanarak, sanal ortamda daha hızlı bir şekilde hekimlere iletebiliyor. Aile hekimliği sisteminde doktor, hastanın hastalığıyla ilgili problemi çözmesinde izlemesi gereken yöntemi hastaya

sunar. Bu sayede hasta bilinçsiz bir şekilde, kontrolsüz sağlık harcamalarından kurtulmuş olur. Sosyal kurumlar hastanın kontrolsüz bir şekilde sosyal güvencesini kullanmasıyla oluşan iktisadi kayıptan, hastanın da yararına olacak şekilde kurtulmuş olur. Bu noktada tespit edebileceğimiz bir problem hastanelerin döner sermaye azalması kaygısıyla, hastayı aile hekimlerine yönlendirme konusunda gösterdikleri direnç olabilir. Bu durum aile hekimliğinin istenilen mantıkta işleyişi için gerekli tutumdan uzak duruyor. Hala hasta acil birimlerine, acil olmayan bir durumla başvurabiliyorsa, daha yönlendirici ve bilgilendirici acil birimi oluşturulabilir.

Aile hekimliği ile sağlık hizmetleri daha ucuza mal edilebilir ve gereksiz sağlık harcamaları önlenmiş olur.bu ucuza mal edilen sağlık hizmetleri doktorların ve yardımcı sağlık personelinin artan maaşlarının, genel anlamda bakılınca iktisadi bir yük getirmediğini ortaya koyar.

Aile hekimliğinde doktor hasta yoğunluğunu, kendi istediği gibi ayarlayabilir. Ve randevu usulü çalışarak hastanın sıra beklemesini önleyebilir. O meşhur eski hasta kuyrukları doktor açısından ve hasta açısından oldukça rahatsız edici bir durumdu. Hasta açısından değişen sistemin en anlamlı getirisi de, hasta doktora başvurduğunda uzun kuyruklarda beklemeyişi. Muayene odalarının o eski resmi kurum havasından ziyade, itinalı bir şekilde donatılmış olması ve hasta açısından ortamın daha rahatlatıcı olması da sistemin diğer sevindirici bir yönü. Tabi ki hasta yoğunluğu olmayan, hastasıyla ilgilenmek ve doğru teşhisi koymak için fazlasıyla zamanı olan, aile hekimiyle sağlık problemlerini daha rahat bir şekilde paylaşabilir.

Aile hekimliği kontrolsüz ilaç kullanımını önleyecek güzel bir sistem. Her hekim gibi benimde ilaç kullanımı ile ilgili anım var. Hasta, yeni tansiyon ilacının artık fayda vermemesi ve son zamanlarda burun kanamasının sık olması şikayetiyle başvurmuştu. Hastanın yeni tansiyon ilacına baktığımda ise bir analjezikti. Hastalar sadece ilaçlarını yazdırmak istediğini söyleyerek doktorun önüne ilaç kutularını koyar. Hasta sayısı abartılı olan bir hekimden hastayı ayrıntılı sorgulamasını beklemek gerçeklikten uzak duruyor.ayrıca aile hekimliğinde hekim hastasını tanıyacağı için hangi ilaçları kullandığını bilir ve AHBS sayesinde kayıtlarını zaman kaybetmeden görebilir.

Doktorların rahatsız olabileceği diğer bir nokta ise özel yaşantının tehdidi korkusudur. Gecenin bir yarısı “ benim aile hekimimsiniz ve şu şikayetlerim var” gibi bir telefon biraz özel yaşam sınırlarını kaldırıyor gibi gözüküyor olabilir. Bu durumun, mesleğin kabullenilmesi gereken bir parçası olduğunu düşünüyorum. Yinede hastayla olan sınırı doktor belirler. Kişisel becerilerle ilgili bir diyalog. Sonuçta hasta istediği hekimi tercih etme hakkına sahip. Tercih hakkı hekimi daha hekimin hastaya daha özverili yardımcı olmasına katkı sağlasa da, hekimin daha rahat bir şekilde kendi istediği sınırdaki kişilerle de çalışmasını sağlayabilir. Hekim, kendisiyle uyum içinde olmayan bir hastanın başka hekime kaydolabileceğini söyleyebilir.

Aile hekimliği Kelkit'teki coğrafi ve kültürel şartlarla uygulanabilir bir donanımda. Tabi ki Türkiye'nin tamamında uygulanabilmesi için gereken doktor sayısından yoksun. Bu eksiklik aile hekimlerinin iş yükünü artırabilir. Toplum sağlığının görevlerini yapmak gibi diğer işler aile hekimlerine yüklenebilir. Bunun için beklide tıp fakültelerinin sayısını veya kapasitesini artırmak gerekiyor.

2.2. HEKİM AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

2.2.1 Hekim açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları:

Genel teori olarak aile hekimliğinin hekimler açısından belli başlı fayda ve avantajları tespit edilmişse de, bu konunun birinci derecede muhatabı olan hekimlerle yaptığımız görüşmede genel olarak hekimler açısından belli başlı farklar öne çıkmıştır. Bu farklılık avantaj ve dezavantaj olarak görülebilmekteyse de maddeler yerine doktorlarla yapılan mülakatlar metin olarak belirtmek daha faydalı olacaktır.

Birinci fark; hekimlerin iş yükündeki oluşacak farktır. Hekimlere göre; aile hekimliği uygulamasıyla birlikte daha önceki birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha az iş yükü ile karşılaşacaklarını düşünmektedirler. Bakılacak hasta sayısının sınırlı olması, her işi yapmaktan çok sınırlı konularla ilgili tedavi sürecinin bir parçası olması verilebilecek örneklerdendir. Diğer taraftan aile hekimliği uygulamasıyla beraber hastaların soy geçmişleri, öyküleri hekim tarafından bilineceğinden kronik veya genetik olarak bilinen hastalıklara karşı erken teşhis ve tedavi olanağı bulunacağı düşünülmektedir. Koruyucu sağlık hizmet olarak adlandırılan tüm faaliyetler daha kolay bir şekilde uygulanacaktır. Ortaya çıkan hastalıklarla ilgili olarak hastaları bilgilendirme

imkânı daha fazla olacaktır. Doktorların genel olarak halkta yaygın olarak bilinen sert ve soğuk tavırlarının yerine daha iyimser ve sorumlu olduğu bireylere karşı daha fazla ilgili olan hekim profilinin hâkim olacağı öngörülmektedir.

İkinci fark ise; hekimlerin çalışma şekillerinde oluşacak farklılıklardır. Hekimler istedikleri şekilde dizayn ettikleri ve istedikleri yerde faaliyete geçirdikleri aile hekimliği kurumlarında mesai sınırlaması olmadan halka hizmet verebileceklerdir. Öte yandan laboratuvar ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak birinci derecede sorumlu olduklarından ilaç ve tıbbi malzeme israfının önüne geçileceği düşünülmektedir. Bu sayede gereksiz ilaç alımları olmayacaktır.

Üçüncü fark ise; hekimler aile hekimliği ile daha ciddi ve ağır bir sorumluluk altına girerek hastaların daha memnun olması için çaba sarf edeceklerdir. Çocuk ve gebelerle ilgili olarak yapacakları denetimlerde çok titiz ve hassas davranmaları gerektirir. Oluşturulacak grup başkanlıklarınca sık sık denetlenecektir. Hekimler daha önceden ek gelir olarak yaptıkları hekimlik faaliyetlerini terk ederek, sadece sorumlu olduğu bireylere hekimlik yapabilecektir. Bunu bir açmaz olarak gören hekimler Türkiye’de mevcut hekim sayısının bu durumda bir handikap olarak görmekteyler.

Aile Hekimleri artık bütüncül yaklaşmanın ne demek olduğunu öğrendi. Hastalara bütüncül yaklaşıyor. Hastalarla adeta aile gibi olundu. İşin biyopsikososyal yönü daha çok sorgulanmaya başladı. Artık isimlerle hitaplar başladı. Bu mesleki tatmini daha da artırdı güven duygusunu geliştirdi. Bağlı nüfus, sürekli bakım zihniyeti gelişti. Bu da hastayı sahiplenmeyi ön plana çıkardı.

AH uygulamasına geçmiş olan illere öncelikli olarak doktor ve hemşire ataması yapılmalı ve açık giderilmelidir. AH kesinlikle bölge dışı hasta bakmaya zorlanamaz zorlanmamalıdır. Sözleşmesinde ve bordrosundaki kadar nüfustan sorumlu olmalıdır.

Mali anlamda özlük hakları iyileştirildi. Ama emekliliğe yansımaları aynı kaldı. Bu verimliliğimizi artırdı. Performans uygulaması yavaş yavaş yerine oturmaya başladı.(gebe ve bebek aşı ve takibi).Yüz güldürücü sonuçlar almaya başladık. Performans daha gerçekçi kriterlerde yenilenmeli. Bu yenilenme Aile Hekimliği uygulamasına ek bir mali külfet getirmeden yapılmalıdır. Kendi içinde katsayı uygulaması kullanılarak çözüm sağlanabilir. Okul aşısı kavramı hala devam ediyor. TSM ler yapıyor. Ama bu aşıları birey aşıları altında AH leri yapmalıdır. Okul aşısı

deyimi tedavülden kalkmalı bunların hepsi birey aşısı olarak bir takvim ve randevu içerisinde yapılmalıdır. Bağışıklamanın adresi artık ASM ler olmalıdır. Özel kurumlarda yapılan aşılar tarih olmalıdır. Böylece soğuk zincir daha başarılı uygulanır ve etkin aşılama sağlanmış olur.

Eczanelerde hekim onayı olmadan reçetesiz ilaç satışı yasaklanmalı cezai yaptırım uygulanmalıdır. Raporlu ilaçların eczaneden direk alınması sağlanmalıdır. Ve bu ivedilikle yapılmalı alt yapı hızlıca oluşturulmalıdır. Hem zaman ve hem de mesai israfı önlenir. AH diğer yapması gereken konulara yoğunlaşır. Hasta yine kontrollerine daha sonraları gelebilir. Kontrol ve ilaç yazma kavramı artık birbirine karışmıştır. Bu yol bunu önleyecektir. Kontrollerine düzenli gitmeyen hastanın sağlık hizmeti katılım payı artırılıp kontrol mekanizmasının özendirilmesi gerekir. TSM ler bünyesinde kurulan üreme sağlığı merkezi birimleri kurulmamalı ve kurulanlar varsa zamanla kapatılmalıdır.. Aile planlaması görevi ASM lerinde olmalı, bu yanı sıra bir an önce son verilmelidir. Orada görev yapan meslektaşımızın reçetesi bile ödenmeyerek hekime saygısızlık yapılmış oluyor aynı zamanda yapılan vazifede bir bütünlük kalmadığı için anlamlı olmuyor.

TSM görev tanımı net yapılmalı yoruma açık olmamalıdır. TSM yönetimi halk sağlığı uzmanında olmalı ve halk sağlıkçılar yeni uygulanan sistemle barıştırılmalıdır. Tekrar tekrar masaya oturup onları da sisteme katmak gerekir. Onlar olmazsa sistem tek ayaklı kalır ve aksar. TSM kadroları net olarak açıklanıp muhakkak yazan kadro fiilen de orada bulunmalı ve görev tanımı yapılmalıdır. TSM ile ASM arasında kuvvetler ayrılığı ilkesi olmalıdır. SGB ler (sağlık grup başkanlıkları) ise bunların üzerinde yer alabilir. Sağlık Grup Başkanlıkları idari planlama görevini üstlenir. Sağlık müdürlüklerinin bir kısım görevini üstlenir. Sağlık müdürlüğünde ise o birimden hem personel hem de başka tasarruflar yapılır. Sağlık Müdürlüğü küçülür.

Ama öbür yandan pilot illerde Sağlık Müdürü yetkisi (olağan üstü hal yetkisi gibi) geçiş döneminde artırılıp, 2. ve 3. basmaktaki pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin bir şekilde 1. basamağa geçişi sağlanmalı özellikle AH-ASE olmaları yada TSM de çalışmaları sağlanmalıdır. Sağlık müdürlükleri yeniden yapılmalı ve sağlıkta dönüşüm önce burada oturtulmalıdır. Doktor sayısı burada da sınırlandırılmalı. Sağlık müdürlüğü yönetiminde müdür yardımcısı olarak eczacı, doktor, yüksek hemşire,

avukat, kamu yönetim uzmanı yer almalıdır.Sağlık müdürleri sağlık çalışanlarının da katıldığı bir anket veya seçim dikkate alınarak rektör seçimi gibi yapılmalı seçilen 3 isimden birisi bakan ve başbakan tarafından onaylanarak göreve atanmalı ve 5 yılda bir seçim ya da anket yenilenmelidir.Sağlık müdürü muhakkak yine doktor olmalıdır.(tercihen halk sağlığı uzmanı, AH uzmanı yada pratisyen hekim olmalı başka dal hekimi bu görevi yapmamalıdır.Sağlık müdürlüğünde de bir yönetim kurulu olmalı bu kurulda mütevelli heyeti gibi seçilmeli ve 5 yılda bir kez değişmeli aynı yönetim iki kez üst üste seçilmemelidir.

Koruyucu sağlık hizmeti ürünleri SGB ları tarafından ASM lere yerinde teslim edilmeli ve sağlıklı bir soğuk zincir oluşturulmalıdır. ASM lerden aşı vs gibi malzemeleri almak için hemşire yada doktor ASM den ayrılmamalı görev başında olmalıdır. Lojistik destek organizasyonu ve teslimi müdürlükler sorumluluğunda olmalıdır.Bu çok önemlidir.Ayrıca renkli reçete acil ve müdahale ilaçları müdürlük tarafından ihale ile alınıp AH lerine ücretle dağıtılmalı bedeli cari ödenekten tahsil edilmelidir.Böylece AH leri bu tür idari konularla çok meşgul edilmemiş görevine angajmanı sağlanmış olur.Bu uygulamada 1. basamağın asli görevlerini daha iyi yapmasına olanak sağlar.

Her aile hekiminin 2. ve 3. basamaktaki uzmanlık branşlarında danışma hekiminin olması sağlanmalıdır. Hasta konsültasyonu, sevk,danışma ve ilaç raporu bu yolla çözülmelidir.Bu uygulamada 1. ve 2.-3. basamağın kaynaşmasını iletişiminin artmasını yapılan tıbbi hataların azalmasını,keyfi ve mükerrer uygulamaların minimuma inmesini sağlar.Böylece 2. basamakta AH liği zihniyetinin oturmasına da yardımcı olmuş, geçişi hızlandırmış oluruz.

Hekim ve sağlık hizmeti veren kişinin sağlık hizmetinde %100 sorumluluğu yerine,sorumluluğun önemli bir kısmı da sağlıkta hizmeti alan kişide de olmalıdır. Hizmeti alan birey hizmeti almada ya da sağlığını koruma da sorumsuz davranırsa bir şekilde uygun yöntemle sağlıkta katkı payı ödemesi artırılmalıdır ve bu oran caydırıcı olmalıdır. Sağlıkta sorumluluk sadece hekimde değildir. Bu gözle bakarsak doğru sonuca ulaşır ve başarıyı daha kolay yakalarız. Ayrıca sağlık hizmetlerinde her basamakta katkı payı muhakkak alınmalıdır. Bu katkı payı gereksiz başvuruları engelleyecek düzeyde olmalıdır.

Tıp Fakültelerindeki eğitim 1. basamağa yönelik gerçekçi eğitim olmalıdır. Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği tekrar gözden geçirilmelidir. Aile Hekimliği Uzmanlığı özendirilmeli bunun için gerekli tedbirler alınmalıdır.

2.3. HASTALAR AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

2.3.1. Hastalar Açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları:

Hekimlerle yapılan mülakatlardan çıkan diğer bir sonuç hastalar açısından aile hekimliği uygulamasının mevcut uygulamalara nispeten olumlu farklılıklar oluşturmasıdır.

Birinci farklılık; hastalar ve hekimler arasında oluşan koordinasyona paralel olarak hastaların hekimlere 24 saat boyunca ulaşarak danışman gibi yardımcı olunmasıdır. Bununla beraber ücret veya sosyal güvence olmaksızın hastaların hekime ulaşmasını hekimler çok büyük bir kolaylık olarak değerlendirmektedirler.

İkinci farklılık; hastalar aile hekiminin bilgisi ve sevk olmaksızın ikinci basamak olarak ifade edilen hastanelere gidemeyeceğinden aile hekiminin doğru branşa yönlendirerek hastanelerde gereksiz ve yanlış yönlendirmeler son bulacaktır. Uzman hekimler bu konuda kendilerinin konusu olmayan konularla muhatap olmaktan kurtulacaktır. Aile hekiminin raporlu ilaçların yazılmasıyla bireyin gereksiz yere hastanelerde vakit kaybının önüne geçecek ve hastanelerin iş yükünün azalmasına neden olacaktır. En azından uzman hekimler gelen hastaların aile hekimiyle görüşerek daha net ve daha faydalı tedavilere olanak sağlayacaklardır.

Üçüncü farklılık; hastalar aile hekiminden sevk almadan hastaneye gidemeyeceklerinden bir dezavantaj olarak değerlendireceklerdir. Çünkü aile hekiminin gerek görmediği bir sevk almak için hastalar aile hekimini fazlasıyla rahatsız edeceklerdir. Sevk mecburiyetiyle beraber hastalar da oluşan tek hekime tabi olmadan hekimin verdiği kararları denetleme durumu ortadan kalkacaktır.

Dördüncü farklılık ise köylerdeki sağlık ocaklarının aile hekimliğinin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte kapatılmış ve bunun yerine gezici aile hekimliği hizmeti verilmektedir. Ancak bu hizmet 10–15 günde bir verilmektedir. Yani köyler de hekimler ve sağlık çalışanları her gün bulunmamaktadırlar. Ayda 2–3 kere gidip kontrol

ve muayenelerini yapmaktadırlar. Tabi bu süre zarfında hasta olduğu zaman ya merkeze gidecek ya da hekimlerin gelmesini bekleyeceği için sorunların yaşanacağı beklenmektedir.

Toplumumuzda hekimi sahiplenme duygusu oldukça güçlü bir eğilimdir. Kişiler sadece bir kez görüştüğü ama yaklaşımından ve tedavisinden memnun kaldığı bir hekimi eşine dostuna anlatırken, tavsiye ederken genellikle “benim doktorum” ifadesini kullanma, sahiplenme ve sahiplenilme eğilimi içerisindedirler. Aile Hekimliği uygulaması vatandaşlarımızın bu doğal dürtüsünü pratikte de gerçeğe çeviren bir uygulamadır. Aile Hekimleri artık kişilerin yalnızca hastalıkları ile değil sağlıklı zamanlarıyla da ilgili aile bireyleridir.

Kişiler her türlü sağlık sorunlarında öncelikli olarak Aile Hekimleriyle temas kuracaklar ve çözüm arayışı içerisine gireceklerdir. Ancak gözden kaçırılmaması gereken bir nokta vardır. Karşılıklı oluşacak bu ilişki hemen bir günde kurulabilecek bir bağ değildir. Aile Hekimi ile hasta arasında kurulacak olan güvene dayalı bir iletişim bu bağın zaman içerisinde güçlenmesini sağlayacaktır.

Kişilerin sağlık sorunlarıyla birebir temasta olacakları kişinin Aile Hekimi olması elbette “Doktor bey, hastayım, hemen gel bana bak” şeklinde bir durumu çağrıştırmaması gereklidir. Sağlık sorunları ile ilgili olarak başvurular öncelikle hekimin çalıştığı mekana yapılacaktır. Acil durumlarda ise zaten Hastane Acil Servisleri ve 112 Ambulans hizmetleri faaliyetlerine aynen devam etmektedir. Ancak bu hallerde de Aile Hekimini mümkün olan en uygun zamanda bilgilendirmek ve onun da tavsiyesini almak yerinde bir davranış olacaktır.

Aile Hekimliği uygulaması, asla, kişilerin zorunlu olmasalar da evlerinde muayene olması anlamına gelmemektedir. Ama yatalak, yaşlı ve ağır bir kronik hastalık nedeniyle yerinden kalkması, evinden çıkması mümkün olmayan hastalar Aile Hekimlerince ikamet ettikleri mekanda bakılabilirler. Ancak burada da gözden kaçırılmaması gereken husus bu konuyla ilgili yapılacak çağrıların Aile hekimleri tarafından bir program dahilinde gerçekleştirilebileceğidir. Yoksa poliklinik yaparken dışarıda bekleyen 5-10 hastanın bırakılarak derhal bu hastaların hizmetine koşulması gibi bir durum söz konusu değildir. Kaldı ki acil durumlarda 112 ambulans servisi bu konuyla ilgili olarak hizmet sunmaktadır.

Vatandaşın sağlık mensupları hakkındaki şikayetleri asılsız ve yürütmeyi gereksiz meşgul ettiği tespit edilirse bu şikayetin sorumluluğu da iki tarafı ilgilendirmeli, hatalı şikayet durumunda şikayet edende yargılanmalı veya ceza almalıdır. Bu konu da çok önemlidir. Asılsız şikayetlerden kurumlar artık çalışamaz hale gelmiştir. İngiltere’de sağlık hakkında verilen şikayet gerçeğe aykırı çıkarsa şikayet eden 1000 sterlin gibi cezalar alabilmekte, Almanya da ise kamuyu asılsız şikayetlerle meşgul etmenin cezasını şikayet edene faturalandırılmaktadır. Kişi şikayet etmeden önce düşünmeli yada hukukçuya danışmalıdır. Sağlıkta dönüşüm tek taraflı olmamalı toplum da dönüşmelidir.

Nihai olarak söylenebilir ki, aile hekimliği uygulaması doktor-hasta ilişkileri açısından bir dönüm noktası olarak yorumlanmaktadır. Hastalar açısından yapılan anketle araştırmamızda daha net bir sonuç ortaya konacaktır.

2.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

2.4.1. Sağlık Çalışanları Açısından Aile Hekimliğinin Avantaj ve Dezavantajları

Sağlık çalışanlarıyla yapılan mülakatlarda çıkan bir ortak sonuç vardır. Bu da bireyin kayıt işlemlerini yapan sekreterden daha başka bir görevlinin bulunmaması sağlık çalışanlarının daha etkin istihdamı söz konusu olmaktadır.

Bununla beraber çalışanların baktıkları hasta profili belli olduğu için hastalara karşı yaklaşımı daha yakın ve içten bir şekilde olacağından hasta memnuniyeti daha kolay sağlanacak ve karşılıklı güven duygusu artacaktır.

İlk geçişte belirlenen nüfusa göre hekim dağıtımı yapıldığından ilk 6 ay kadar hekim de hastada tercih haklarını kullanamayacaklardır. Bu süre bitiminde sadece dilekçe ile hekim ya da hasta seçme hakkını kullanmaktadırlar. İlk kayıtlar için sadece herkesin tek tek gidip hekimine kaydını yaptırması gerektiği için kişilere ulaşmada güçlükler yaşanmaktadır. Genel olarak belirli bir süre geçtikten sonra uygulamadan herkes oldukça memnundur. Bu güne kadar aksamadan sorunsuz bir şekilde devam ettiği belirtilmektedir.

AH yanında yardımcı eleman çalıştırıp ücretini ödeyebilmelidir. 2. bir sağlık çalışanına da kesinlikle ihtiyaç vardır. 2. ASE sağlık bakanlığı tarafından sözleşmeli

olarak görevlendirilmelidir. 3 ya da daha çok AH nin bulunduğu ASM lerine tıbbi sekreter ataması yapılmalı grup çalışması özendirilmelidir. Ücra ve uzak yerlere tek kişilik ASM açılmamalıdır. Açılanlar ise bir an evvel belde merkezleri yada büyük köylerde birleştirilmelidir. AH grup çalışmasına zorlanmalı ve verimi artırılmalıdır. AH ni tecrit edilmiş psikolojisinden uzaklaştırmalıdır.

Sonuç olarak gerek çalışanlar gerekse de doktorlar için aile hekimliği modelinin tecrübesi sınırlı olduğundan beklentiler bu aşamada modelin her kesimden insanın memnuniyetiyle sürdürüleceği düşünülmektedir. Bu bağlamda Dünya’da uygulanan aile hekimliği modellerinin artı ve eksileri doğru şekilde analiz edilerek uygulandığında memnuniyetin artacağı mülakat yapılan ve anket uygulamasına tabi tutulan hastalarda oluşmuş mevcut bir kanıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ESKİŞEHİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1 ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu araştırmada survey (tasvir) metodu kullanılmış ve veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır.

Aile Hekimliği uygulaması gerek hasta memnuniyeti, gerekse de hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde önemli olan bir sağlık uygulamasıdır. Bu önem gereği olan faydalanan tüm hastaların görüşü bu araştırmada önem arz etse de Türkiye’de Aile Hekimliği uygulaması belli pilot bölgelerde uygulanmaktadır. Araştırmamızda Eskişehir ilinde Aile Hekimliğinden faydalanmış evren içerisinde tesadüfi örnekleme metoduyla 100 kişilik örneklem kütesinde anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Anket uygulamasında toplam 20 soru yöneltilmiş, 19 soruya beşli likert ölçeğine göre cevaplar istenmiş 1 soru Aile Hekimliğinden faydalanmış kişilerin ankette yer almayan ancak görülen aksaklık ve faydaların belirtilmesi istenmiştir. Sonuçların değerlendirilmesi aşamasından SPSS 13 paket programından faydalanılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında katılımcıların hepsi tüm sorulara cevap vermişlerdir.

1) ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında aile hekimliğine neden geçilmelidir, pilot il olan Eskişehir’deki aile hekimliği uygulamasının üstünlük, zayıflık, tehdit, fazlalıklarının neler olduğunun açıkça ortaya konularak mevcut modele dair eleştirel yaklaşımla katkı sağlamaktır.

2) ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülkelerin gelişmişlik işaretlerinden biri olarak gösterilen sağlığın kalkmanın başlıca unsurlarından biri olduğu kanısı artık yerleşmiş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “21. yy. da herkes için sağlık “ sloganıyla ülkelere sağlığın sosyal gelişmenin temel göstergesi olması, sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmesi gerektiği sağlığın bütün yaşam boyunca sürdürülmesinin sağlanması konusunda bilgi vermiştir. DSÖ’nün bu sloganına bakarak ülkemizin sağlık alanındaki durumu hiç iç açıcı değildir. DSÖ’nün bu kararlarını gerçekleştirebilecek bir altyapı ve istihdamın sağlanamaması, merkeziyetçi yapılanma, aşırı bürokrasi, sorumluluk taşımayan kamu personeli, sağlık hizmeti sunumunda eşitliğin olmaması, hizmetin ülkenin her yerine

eşit yayılamaması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ücretlerinin teşvik edici olmaması gibi pek çok nedenle ülkemizde aile hekimliği uygulanmasına başlandı.

Bu sebeplerden hareketle, Eskişehir’de uygulanmaya başlanan Aile Hekimliğinin avantaj ve dezavantajlarını belirlemek ulaşılmak istenen amaçlardır.

3) ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında Eskişehir’de uygulamaya başlanan aile hekimliğinin avantajları belirlenerek, halkın bu konuda daha iyi bilgilendirilmesini sağlamak ve bu sayede aile hekimliği uygulamasını yaygın hale getirerek aile hekimliğinin önemini bir kez daha vurgulamaktır.

4) ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın temel hipotezleri; tablolar halinde verilen Ki-Kare Analizleri SPSS 13 Paket Bilgisayar programı ile yapılmıştır.

1)Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

2) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

3) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

4) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

5) Aile Hekimliğinden Faydalananların Eğitim Düzeyi İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasındaki Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

6) Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

7) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

8) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasında Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark vardır.

9) Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

10) Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

5) ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma 2009 yılında Eskişehir ilinde bulunan Tepebaşı ve Odunpazarı merkez ilçelerinde tesadüfi örnekleme sistemiyle 100 kişilik bir örneklem kütlesi seçilmiş ve anket uygulaması yapılmıştır.

6) ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada iki tür araştırma yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili literatür taraması yapılmış, ikinci olarak da Eskişehir ilinde bulunan Tepebaşı ve Odunpazarı merkez ilçelerinde anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırmaya ilişkin verilerin tümü anket formu yöntemi ile toplanmıştır. Ankete katılanlardan yöneltilen sorulara kendi görüşlerine ve durumlarına en uygun

düşen cevabı vermeleri istenmiştir. Bunu sağlamak için, soru formunun başlangıç kısmına çalışmanın bilimsel amaçlı olduğu, cevapların tamamen gizli tutularak hiçbir kuruma veya kişiye verilmeyeceği belirtilmiştir.

Anket uygulamasında toplam 20 soru yöneltilmiş, 19 soruya beşli likert ölçeğine göre cevaplar istenmiş 1 soru Aile Hekimliğinden faydalananmış kişilerin ankette yer almayan ancak görülen aksaklık ve faydaların belirtilmesi istenmiştir. Sonuçların değerlendirilmesi aşamasından SPSS 13 paket programından faydalanılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında katılımcıların hepsi tüm sorulara cevap vermişlerdir.

Yukarıda açıklanan yöntemle elde edilen veriler denetlenerek, kodlanmış ve SPSS 13 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ise istatistiksel tekniklerden olan frekans analizi ve ki-kare bağımsızlık testinden yararlanılmıştır. Ki-kare bağımsızlık testinde anlamlılık düzeyi %95 olarak alınmıştır.

3.2. BULGU VE ELDE EDİLEN VERİLER

Aşağıdaki tablolar halinde verilen Ki-Kare Analizleri SPSS 13 Paket Bilgisayar programı ile yapılmıştır.

3.2.1. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H₀ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.1. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki Yüzdelik Dağılımı

egitimdurumu * ahtanim Crosstabulation

Count		ahtanim					Total
		Kesinlikle katiliyorum	katiliyorum	fikrim yok	katilmiyorum	kesinlikle katilmiyorum	
egitimdurumu	okuryazar	2	0	0	1	0	3
	ilkgöretim	5	0	3	0	0	8
	lise	9	12	7	9	0	37
	üniversite	12	4	8	9	1	34
	yüksek lisans	10	8	0	0	0	18
Total		38	24	18	19	1	100

Tablo-3.1'deki değerlerden eğitim düzeyi yüksek kişilerin aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Eğitim düzeyi daha düşük kişilerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak görülmektedir.

Ankete katılan 100 kişinin %62 si aile hekimliğinin tanımı hakkında fikir sahibi olduğu, kalan %38 kişinin ise aile hekimliği tanımını bilmedikleri gözlenmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.2. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Eğitim Düzeyi Arasındaki Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,072 ^a	16	,023
Likelihood Ratio	39,483	16	,001
Linear-by-Linear Association	1,247	1	,264
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Tablo-3.2.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,023$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartının karşılamadığı için eğitim düzeyi ile aile hekimliğinin tanımı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark olmadığına karar verilmiştir.

3.2.2. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.3. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Cinsiyet Arasındaki Yüzdelik Dağılımı

Cinsiyet * ahtanın Crosstabulation

Count		ahtanın					Total
		Kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	filancıyok	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum	
cinsiyet	Kadın	50	0	0	20	0	70
	erkek	25	0	5	0	0	30
Total		75	0	5	20	0	100

Tablo-3.1'deki değerlerden eğitim düzeyi yüksek kişilerin aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Eğitim düzeyi daha düşük kişilerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmektedir. Ankete katılan 100 kişinin %62 si aile hekimliğinin tanımı hakkında fikir sahibi olduğu, kalan Tablo-3.1'deki

Tablo-3.3'deki değerlerden bayanların aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Erkeklerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi

olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmemektedir. Ankete katılan 100 kişinin %75 i aile hekimliğinin tanımını hakkında fikir sahibi olduğu, kalan %25 kişinin ise aile hekimliği tanımını bilmedikleri gözlenmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.4. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Cinsiyetleri Arasındaki Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,070 ^a	16	,026
Likelihood Ratio	39,483	16	,001
Linear-by-Linear Association	1,245	1	,265
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Tablo-3.4.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,026$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartının karşılamadığı için kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin cinsiyetleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark olmadığına karar verilmiştir.

3.2.3. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.5.Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki Yüzdelik Dağılımı

Medeni Durum * ahtanim Crosstabulation

Count		ahtanim					Total
		Kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	fikrim yok	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum	
Medeni Durum	Evli	50	20	0	0	0	70
	Bekar	0	5	10	5	0	20
	Diğer	0	5	5	0	0	10
Total		50	30	15	5	0	100

Evli olanların aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Bekar ve diğer kişilerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak görülmektedir. Ankete katılan 100 kişinin %80 i aile hekimliğinin tanımı hakkında fikir sahibi olduğu, kalan %20 kişinin ise aile hekimliği tanımını bilmedikleri gözlenmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.6.Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Medeni Durumları Arasındaki Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,070 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	39,483	16	,001
Linear-by-Linear Association	1,245	1	,265
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Tablo-3.6.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,000$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartının karşıladığı için kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi reddedilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin medeni durumları ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark olduğuna karar verilmiştir.

3.2.4. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.7. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelirleri Arasındaki Yüzdelik Dağılımı

Aylık gelir düzeyi * aile tanımı Cross tabulation

Count	aile tanımı					Total
	Kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	filan yok	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum	
Aylık gelir düzeyi 600 Ytl den az	2	0	0	1	0	3
601-1000 ytl	5	0	3	0	0	8
1001-1500 ytl	9	12	7	9	0	37
1501-2000 ytl	12	4	8	9	1	34
2001 ytl den fazla	10	8	0	0	0	18
Total	38	24	18	19	1	100

Tablo-3.7'daki değerlerden eğitim düzeyi yüksek kişilerin aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Eğitim düzeyi daha düşük kişilerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum Tablo-3.7'daki değerlerden aylık gelir düzeyi yüksek kişilerin aile hekimliğinin tanımını tam olarak bildikleri gözlenmektedir. Aylık gelir düzeyi daha düşük kişilerin ise aile hekimliğinin tanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmektedir.

Ankete katılan 100 kişinin %62 si aile hekimliğinin tanımı hakkında fikir sahibi olduğu, kalan %38 kişinin ise aile hekimliği tanımını bilmedikleri

gözlenmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.8. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Kişilerin Aylık Gelir Düzeyi Arasındaki Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,072 ^a	16	,023
Likelihood Ratio	39,483	16	,001
Linear-by-Linear Association	1,247	1	,264
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Tablo-3.8.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,023$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartının karşılamadığı için kişilerin aylık gelir düzeyi ile aile hekimliğinin tanımı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark olmadığına karar verilmiştir.

3.2.5. Aile Hekimliğinden Faydalananların Eğitim Düzeyi İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasındaki Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.9. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliği Uygulaması İle Hekimlerin İş yükü Artmasını Bekleyenler Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı

egitimdurumu * isyükü Crosstabulation

Count		isyükü					Total
		Kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	fikrim yok	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum	
egitimdurumu	okuryazar	2	0	1	0	0	3
	ilkogretim	3	3	0	2	0	8
	lise	11	12	9	4	1	37
	üniversite	5	14	10	4	1	34
	yükseklisans	0	9	8	1	0	18
Total		21	38	28	11	2	100

Tablo-3.9.'daki değerlerden görüldüğü üzere ankete katılan 100 kişinin %59 kadarı aile hekimliği ile 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmetlerinin iş yükünün ve maliyetinin azaldığını savunduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının bu fikirde olduğu gözlenmektedir. %41 lik kısmı ise herhangi bir fikri olmayan ya da hastanelerin maliyetin ve iş yükünün azalmadığını savundukları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.10. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliği Uygulaması İle Hekimlerin İş yükü Artmasını Bekleyenler Arasındaki Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,289 ^a	16	,254
Likelihood Ratio	25,373	16	,064
Linear-by-Linear Association	3,207	1	,073
N of Valid Cases	100		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Tablo-3.10.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,254$ olduğu görülmektedir. %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak $p < 0.05$ şartının karşılamadığı için eğitim düzeyi ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık

hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak aile hekimliğinin işyükü ve sağlık maliyetleri açısından eğitim düzeylerine anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır.

3.2.6. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.11. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı

egitimdurumu * ahgüvenli Crosstabulation							
		ahgüvenli					Total
		Kesinlikle katiliyorum	katiliyorum	fikrim yok	katilmiyorum	Kesinlikle katilmiyorum	
egitimdurumu okuryazar	Count	2	0	1	0	0	3
	% of Total	2,0%	,0%	1,0%	,0%	,0%	3,0%
ilkogretim	Count	3	0	0	2	3	8
	% of Total	3,0%	,0%	,0%	2,0%	3,0%	8,0%
lise	Count	22	6	4	5	0	37
	% of Total	22,0%	6,0%	4,0%	5,0%	,0%	37,0%
üniversite	Count	18	7	3	6	0	34
	% of Total	18,0%	7,0%	3,0%	6,0%	,0%	34,0%
yükseklisans	Count	10	7	0	1	0	18
	% of Total	10,0%	7,0%	,0%	1,0%	,0%	18,0%
Total	Count	55	20	8	14	3	100
	% of Total	55,0%	20,0%	8,0%	14,0%	3,0%	100,0%

Tablo-3.11'deki değerlerden görüldüğü üzere ankete katılan 100 kişinin %75 kadarı aile hekimliğinin yakından takip ettiği için daha güvenli olduğunu savunduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında lise, üniversite ve yüksek lisans

mezunlarının yani eğitim düzeyi yüksek kişilerin yaklaşık %89 luk kısmının bu fikirde olduğu gözlenmektedir. Yaklaşık %8 lik kısmının ise herhangi bir fikri olmayan, %17 lik kısmının ise aile hekimliğinin güvenli olmadığını savundukları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmemektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.12. Eğitim Düzeyi İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,101 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	31,829	16	,011
Linear-by-Linear Association	3,304	1	,069
N of Valid Cases	100		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Tablo-3.12.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,000$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartını karşıladığı için eğitim düzeyi ile aile hekimliği uygulamasının daha güvenli olduğunu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi reddedilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin eğitim düzeyleri ile aile hekimliği uygulamasının daha güvenli olduğunu savunmaları arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

3.2.7. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğinin tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.13. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasındaki İlişkinin Yüzdelilik Dağılımı

yas * ahtanim Crosstabulation								
			ahtanim					Total
			Kesinlikle katiliyorum	katiliyorum	fikrimyok	katilmiyorum	kesinlikle katilmiyorum	
yas	18-23	Count	4	2	1	0	0	7
		% of Total	4,0%	2,0%	1,0%	,0%	,0%	7,0%
	24-29	Count	11	8	5	7	1	32
		% of Total	11,0%	8,0%	5,0%	7,0%	1,0%	32,0%
	30-34	Count	8	3	4	1	0	16
		% of Total	8,0%	3,0%	4,0%	1,0%	,0%	16,0%
	35-39	Count	9	4	8	4	0	25
		% of Total	9,0%	4,0%	8,0%	4,0%	,0%	25,0%
	40-44	Count	1	3	0	7	0	11
		% of Total	1,0%	3,0%	,0%	7,0%	,0%	11,0%
	45-üstü	Count	5	4	0	0	0	9
		% of Total	5,0%	4,0%	,0%	,0%	,0%	9,0%
Total	Count	38	24	18	19	1	100	
	% of Total	38,0%	24,0%	18,0%	19,0%	1,0%	100,0%	

Tablo-3.13.'daki değerlerden görüldüğü üzere ankete katılan 100 kişilerin özellikle 24-39 Aralığında olan kişilerden aile hekimliğinin tanımını %59 kadarı bilmekte olduğu gözlenmektedir. Yaklaşık %40 lık kısmının ise herhangi bir fikri olmayan ya da aile hekimliğinin tanımını tam olarak bilmediklerini savundukları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak görülmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.14. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliği Uygulamasının Tanımını Bilmeleri Arasında Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,347 ^a	20	,040
Likelihood Ratio	35,268	20	,019
Linear-by-Linear Association	,182	1	,670
N of Valid Cases	100		

a. 23 cells (76,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Tablo-3.14.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,04$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartını karşıladığı için kişilerin yaşları ile aile hekimliği tanımını bilmeleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi reddedilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak Aile hekimliğinden yararlanan kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliği tanımını bilmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna varılmıştır.

3.2.8. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yükü Arasında Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve iş yükünün azalması arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.15. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Sağlık Hizmet Maliyetleri ve İş Yüğü Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı

yas * isyükü Crosstabulation							
			isyükü				
			Kesinlikle katiliyorum	katiliyorum	fikrim yok	katilmiyorum	kesinlikle katilmiyorum

Tablo-3.16.'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,131$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartının karşılamadığı için yaş aralığı ile 2. ve 3. basamaklarda ki sağlık hizmetlerinin maliyeti ve iş yükünün azalmasını bilmeleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin yaş aralığı ile 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmetlerinin iş yükünün ve maliyetinin azalması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

3.2.9. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliğine güvenmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 3.17. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı

yas * ahgüvenli Crosstabulation								
			ahgüvenli					Total
			Kesinlikle katiliyorum	katiliyorum	fikrim yok	katilmiyorum	Kesinlikle katilmiyorum	
yas	18-23	Count	7	0	0	0	0	7
		% of Total	7,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,0%
	24-29	Count	14	7	4	7	0	32
		% of Total	14,0%	7,0%	4,0%	7,0%	,0%	32,0%
	30-34	Count	7	5	1	3	0	16
		% of Total	7,0%	5,0%	1,0%	3,0%	,0%	16,0%
	35-39	Count	16	3	3	0	3	25
		% of Total	16,0%	3,0%	3,0%	,0%	3,0%	25,0%
	40-44	Count	7	1	0	3	0	11
		% of Total	7,0%	1,0%	,0%	3,0%	,0%	11,0%
	45-üstü	Count	4	4	0	1	0	9
		% of Total	4,0%	4,0%	,0%	1,0%	,0%	9,0%
	Total	Count	55	20	8	14	3	100
		% of Total	55,0%	20,0%	8,0%	14,0%	3,0%	100,0%

Tablo-3.17'deki değerlerden görüldüğü üzere ankete katılan 100 kişinin %75 kadarı aile hekimliğinin yakından takip ettiği için daha güvenli olduğunu savunduğu gözlenmektedir. Tabloda 24 ile 39 yaş aralığında olan kişilerin aile hekimliği uygulamasının güvenli olduğunu savundukları gözlenmektedir. Yaklaşık %25'lik kısmının ise herhangi bir fikri olmayan ya da aile hekimliğinin güvenli olmadığını savundukları gözlenmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmemektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Tablo 3.18. Aile Hekimliğinden Faydalananların Yaş Aralığı İle Aile Hekimliğine Güven Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,118 ^a	20	,054
Likelihood Ratio	36,776	20	,012
Linear-by-Linear Association	,002	1	,963
N of Valid Cases	100		

a. 24 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Tablo-3.18'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,054$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p < 0.05$ şartını karşılamadığı için yaş aralığı ile aile hekimliği uygulamasına güvenmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi kabul edilmiştir ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin yaş aralığı ile aile hekimliği uygulamasının daha güvenli olduğunu savunmaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gösterdiği sonucuna varılmıştır.

3.2.10. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

H_0 Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

H₁ Hipotezi: Kişilerin aile hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisi yoktur.

Tablo 3.19. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkinin Yüzdelik Dağılımı

ahtanim * ahverimliliği Crosstabulation								
			ahverimliliği					Total
			Kesinlikle Katiliyorum	Katiliyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
ahtanim	Kesinlikle katiliyorum	Count	13	6	0	7	12	38
		% of Total	13,0%	6,0%	,0%	7,0%	12,0%	38,0%
	katiliyorum	Count	9	9	2	2	2	24
		% of Total	9,0%	9,0%	2,0%	2,0%	2,0%	24,0%
	fikrimyok	Count	4	0	8	4	2	18
		% of Total	4,0%	,0%	8,0%	4,0%	2,0%	18,0%
	katılmıyorum	Count	2	6	8	2	1	19
		% of Total	2,0%	6,0%	8,0%	2,0%	1,0%	19,0%
	kesinlikle katılmıyorum	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	,0%	1,0%	,0%	,0%	,0%	1,0%
Total	Count	28	22	18	15	17	100	
	% of Total	28,0%	22,0%	18,0%	15,0%	17,0%	100,0%	

Tablo-3.19'deki değerlerden görüldüğü üzere ankete katılan 100 kişinin aile hekimliğinin tanımını bilmelerinin aile hekimliğinin verimliliğine etkisi olduğunu savunanlar toplam kişilerin yaklaşık %70 kadarı olduğu gözlenmektedir. Geri kalan kısmını ise herhangi bir fikri olmayan ya da aile hekimliğinin tanımının verimliliğe etkisinin olmadığını savundukları gözlenmektedir. AH nin verimliliği olduğunu savunanlar %50, fikri olmayanlar %18 ve AH uygulamasının verimli olmadığını savunanlar ise %32'lik kısmı oluşturduğu görülmektedir. Bu durum özellikle tablodaki değerler karşılaştırıldığında da net olarak gözükmektedir. Daha sağlıklı yorum yapabilmek için Chi-Square Test tablosunun incelenmesi yararlı olacaktır

Tablo 3.20. Aile Hekimliği Tanımının Bilinmesiyle Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olmasının Arasındaki İlişkiye Göre Ki-Kare Analizi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,986 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	52,885	16	,000
Linear-by-Linear Association	,217	1	,641
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

Tablo-3.20'nin Asymp. Sig. Sütunun en üstündeki anlamlılık değerinin $p=0,000$ olduğu görülmektedir. Bu değer $p< 0.05$ şartını karşıladığı için kişilerin Aile Hekimliği uygulamasının tanımını bilmeleri ile Aile hekimliğinin verimliliği arasında ki ilişkinin anlamlı olduğu söylenebilir.

Bu bulgulardan hareketle H_0 hipotezi reddedilmiş ve %95 anlamlılık düzeyinde bu sonuç istatistiksel olarak kişilerin Aile Hekimliği uygulamasının tanımını bilmelerinin Aile hekimliğinin verimliliğine etkisinin olduğu yani aralarında ki ilişkinin anlamlı olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1960'lı yıllarda telaffuz edilmeye başlanılan küreselleşme kavramı 1980'lerde sıkça tartışılmaya başlanılmış, 1990 yıllara gelindiğinde bilim adamlarının önemi fazlasıyla vurguladıkları, hakkında birçok araştırma yapılmaya başlanılan anahtar bir kavram olmaya başlamıştır. Bu kavram zaman içerisinde tüm bilim alanları içinde bir takım yerlere sahip olmaya başladıkça araştırmalar çok yönlü olarak ve artarak devam etmiştir. Tüm bu etkileşim ülkeler açısından politikalarda değişiklik ve gelişmelere yerini bırakmıştır. Bu süreç içerisinde ortaya atılan her modeli devletler kendi alanlarından ve kendi yapılarına uygun şekilde tartışmışlar ve tartışmaya devam etmektedirler.

Küreselleşme kavramı sağlı politikaları açısından yeni bir model olan aile hekimliği uygulamasının dünya'nın gözünün önüne çekmiştir.. Aile hekimliği uygulaması Dünya üzerinde ortaya çıkan yeni bir uygulama değildir. İngiltere, Almanya gibi ülkeler uzun yıllardır bu uygulama ile hizmet vermektedir. Tüm bu gelişmeler neticesinde Türkiye zaman içerisinde farklılıklar arz etse de bu model hakkında bilgi sahibi olmuş ve pilot bölge uygulamalarıyla bu modele hayat vermiştir.

Yeni model olan aile hekimliğinin pilot bölge seçilen Eskişehir ilinde ne kadar verimli olarak uygulandığını inceleyen çalışmada, doktorlar açısından aile hekimliğini ve bu modelin dünya'daki uygulamalar arasında bir bağlantı kurulmaya çalışılmıştır.

Aile hekimliği ile ilgili yapılan anket uygulamalarında hastalara sorulan 19 anket ve 1 adet görüş sorularına hastaların verdikleri sonuçlara göre ;

1-Hastalar genel olarak yeni bir uygulama olmasına rağmen büyük oranla aile hekimliği ile ilgili bilgilere hakim ancak yeteri kadar bilgilendirilmediklerinden şikayetçi olarak tespit edilmiştir. Öte yandan aile hekimliğinin tanımları genellikle eğitim düzeyi lise ve üzeri olan katılımcılarda tespit edilmesine rağmen bilmeyen kitle oldukça azdır. Buda gösteriyor ki, aile hekimliği tanımı bilinmekte ancak konu ile ilgili daha geniş bilgilendirmeler yapılmalıdır.

2-Ankete katılan katılımcıların genellikle aile hekimliğine karşı yaklaşımları bu aşamada önem arz etmektedir. İkinci ve üçüncü aşama sağlık hizmetlerinin iş yükünü azaltacağı elde edilen diğer bir sonuçtur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu aile hekimliği modelinin bu konuda faydalı ve uygun bir durum olduğunu göstermektedir.

Ancak aile hekimliğinin tanımının bilinmesiyle iş yükü açısından incelenmesi arasında biri ilişkinin olduğu açıkça belirlenmiştir.

3-Aile hekimliği uygulamalarında özellikle gebe olan katılımcılar doğum sonrası bebeklerin kontrollerinin sağlanması ve sürekli olarak aile hekimine müracaat imkanı olması açısından memnuniyet içinde oldukları gözlenmiştir. Bu memnuniyetin aile hekimliğine karşı oluşan olumlu havanın hekimlerin özellikle genç annelere karşı olumsuz tavır ve davranışlarıyla bozulmaması gerekmektedir.

4-Aile hekimine güven duygusunun hakim olan bireyler üzerinde dikkat çeken durum bireylerin yaşları ve eğitim seviyeleridir. Eğitim seviyesi yükseldikçe toplumda var olan doktorun verdiği tedavi teyit düşüncesi azalmakta ve aile hekimine karşı güven duygusu artmaktadır. Doktorun vermiş olduğu tedaviyi ve aldığı karaları teyit düşüncesiyle oluşan kaynak israfı ve iş yükü doğal olarak ortadan kalkacaktır.

5-Aile hekimliği ile ilgili son düşünceler kısmında belirtildiği gibi bireyler aile hekimliğine karşı temkinli olarak yaklaşmakta bunun da temel sebebi aile hekimliği uygulaması henüz pilot bölgelerde uygulanmasıdır. Diğer bir ifadeyle bireyler uygulama ile ilgili tam bilgi sahibi olmamaları sebebiyle bir takım çekinceler yaşamaktadırlar. Bu durumun değiştirilebilmesi için halkın her kesimiyle ilgili olarak eğitim ve bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bu bilgilendirmeler neticesinde halk aile hekimliği modelini daha çabuk kavrayacak ve sonuçta daha kısa zamanda belirsizlikler ortadan kalkacaktır.

6-Tüm bu veriler ışığında; aile hekimliği modeli Türkiye’de Dünya’daki örneklerindeki olumlu ve olumsuz yönleri doğru analiz edilerek uygulandığında memnuniyet verici olacaktır. Genel olarak görüşülen uzman ve aile hekimleri bu konunun altını çizmektedirler. Denenmeden uygulanan modelin özellikle dezavantaj olarak oluşan konuların doğru analizi bu nokta da tam olarak ortaya konamamaktadır. Bu analizin yapılması noktasında da küreselleşen Dünya’da bu tip konular daha kolaylıkla yapılabilecektir. Sağlık politikaların geçmişten gelen yanlış uygulamaların bu model ile ortadan kaldırılabilceği düşünülmektedir. Şu an tam olarak net bir halde olmayan ve bir takım sorunlar oluşturacağı düşünülen model zamanla yerine oturacaktır. Ancak bu modelin sağlıklı bir şekle bürünmesinin anahtarı model ile ilgili birey – hekim tüm sağlık çalışanlarının detaylı bilgilendirilmesi ve sonuçlarının

tespitidir. Birey aile hekiminden neler bekleyeceklerini, nelere çözüm bulunması gerektiğini (ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına kalmadan) bilinmesi olumlu bir sonuç olacaktır. Değişen ve farklılaşan sağlık politikalarının uygulanabilirliği, yine sağlık çalışanlarının özverisi ve hastaların da katkılarıyla başarıya ulaşacaktır. Tüm aktörleriyle memnuniyet verici olan aile hekimliği modeli gelecek yıllarda da faydalı olmalı, sadece değişen ve gününbirlik bir düşünce olmaktan da kurtarılmalıdır. Hastalık gerçektir, tedaviye ulaşmadaki usul önemlidir. Denenmeye yanılma yöntemlerinin sağlık alanında uygulanabilecek sınaama yöntemleri olmadığının açıkça tespiti sağlanmalıdır.

EKLER

Ek 1. ANKET FORMU**AİLE HEKİMLİĞİNDEN YARARLANAN ESKİŞEHİR HALKININ AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ****Demografik Sorular:****1. Yaşınız**

☐ 18-23 ☐ 24-29 ☐ 30-34 ☐ 35-39 ☐ 40-44 ☐ 45 ve üstü

2. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek**3. Eğitim Durumunuz**

☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü (master, doktora)

4. Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Diğer

5. Aylık Geliriniz

☐ 600 YTL'den az ☐ 601-1000 YTL arası ☐ 1001-1500 YTL arası

☐ 1501-2000 YTL arası ☐ 2001 YTL'den yukarı

6. Sigortalı Olma Süreniz

☐ 1-3 yıl arası ☐ 4-7 yıl arası ☐ 8-11 yıl arası ☐ 11 yıldan fazla ☐ Emekli

7. Aile Hekimine Kaç Kez Müracaat Ettiniz?

☐ Hiç ☐ 1-3 kez ☐ 4-5 kez ☐ 6-7 kez ☐ 7'den fazla

8. Sosyal Güvenlik Kurumunuz

☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ-Kur ☐ Yeşil Kart

Aşağıda, işyerlerinde sıklıkla rastlanabilecek bazı ifadeler verilmiştir. Çalıştığınız işyerini tanımlamada bu ifadelerin ne derece uygun olduğunu “Kesinlikle katılıyorum” dan, “Kesinlikle katılmıyorum” a doğru uzanan ölçek üzerinde sizin için en doğru seçeneğe (X) çarpı işareti koyarak değerlendiriniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Aile Hekimliğinin Tanımını Tam Olarak Biliyorum.					
2. Aile Hekimliği Uygulamasının Verimli Olacağına İnanmıyorum.					
3. Aile Hekimliği Uygulaması Hekimler Açısından Zor Bir Görevdir.					
4. Aile Hekimine Muayene Olmaktansa Tam Teşekküllü Hastane de Muayene Olmayı Tercih Ederim.					
5. Aile Hekimliği Uygulaması İle Hekim Çocukları Aşlarını ve Gelişimini Yakından Takip Ettiği İçin Daha Güvenlidir.					
6. Aile Hekimliği Uygulaması İle Hasta Hekimine 24 Saat Boyunca Ulaşabildiği İçin İçi Rahattır.					
7. Aile Hekimliği Uygulaması İle Uzman Olmayan Aile Hekimiyle Tedavi Olmak İstemem.					
8. Aile Hekimliği Uygulaması İle Tedaviye Ulaşım Kolaylaşacaktır.					
9. Sosyal Güvencesi Olmayan Vatandaş, Aile Hekimliği Uygulamasıyla Ücretsiz Hizmet Almalıdır.					
10. Aile Hekimliği Uygulaması İle Vatandaşa Verilen Hizmet Daha Kalitelidir.					
11. Aile Hekimliği Uygulaması İle Hastalara Daha Fazla Vakit Ayrılmaktadır.					
12. Muayenede Hasta-Hekim İlişkileri Daha Kuvvetli Ve Verimlidir.					
13. 1. Basamakta Koruyucu Hekimlik Yönünden Bağışıklama da, Bebek, Çocuk, Gebe Takibinde, Gebe Tespitlerinde Daha Sağlıklıdır.					
14. Aile Hekimliği Uygulaması Uzun Yıllar Sağlıklı Olarak İşleyecek Bir Sistem Değildir.					
15. Aile Hekiminden Sevk Almak Mecburiyeti Gereksiz Hastaneye Gitmeyi Azaltır.					
16. Aile Hekimliği Uygulaması Tedavi Masraflarını Azaltmaktadır.					
17. Aile Hekimine İsteddiği Her Konuda Danışmak Hastanın Güvenini Arttırır.					
18. 2. ve 3. Basamaklarda ki Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti ve İş Yükü Azalmıştır.					
19. Aile Hekimliği Uygulaması Hastalıkların Erken Teşhisinde Önemlidir.					
20. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüş ve Dilekleriniz:					

KAYNAKÇA

- “Aile Hekimliği”, **Aktüel-Bilimsel Tıp Dergisi** (Eylül- Ekim, 2006), Rna Yayıncılık, Ankara, sayı:1.
- AL, Hamza (2007), **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Sakarya Kitabevi.
- ALGIN, Kürşat, İsmet ŞAHİN, Mehmet TOP (2005), “Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma”, **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Yıl: 15, Sayı: 1, s. 2.
- ALTUNIŞIK, Remzi, Engin YILDIRIM, Recai COŞKUN, Serkan BAYRAKTAROĞLU (2005), **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamaları (geliştirilmiş 5. Baskı)**, Kollektif Sakarya Kitabevi.
- ARSEVEN, Ali (2004), **Anket Hazırlama**, Gündüz Eğitim ve Yayınevi, Ankara
- ATASOY, Fahri (2005), **Küreselleşme ve Milliyetçilik**, Ötüken Neşriyat, İstanbul
- AYDIN, Sabahattin (2004), **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- BAŞ, Türker (2005), **Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir?** Seçkin Yayınları, Ankara.
- BİLGEL, Nazan (2006), **Aile Hekimliği**, Medikal Tıp Kitabevi, Bursa
- BOZDEMİR, Nafiz, Esra SAATÇİ (2009) , **Birinci Basamağın Geliştirilmesi**, Nobel Kitabevi, Adana
- ÇÖMLEKÇİ, Necla (2003), **Deney Tasarımı İlke ve Teknikleri**, Alfa Yayınları, Bursa
- DİRİCAN, Rahmi (1997), **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi**. Türk Tabipler Birliği Yayını, İstanbul
- EREFE, İnci, Ayla BAYIK, Zuhâl BAHAR, Süheyla ÖZSOY, Esin TÜRKİSTANLI, Aynur UYSAL, Ziyafet UĞURLU (1998), **Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları**, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Bornova, İzmir.
- HAYRAN, Osman, Haydar SUR (1998), **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayıncılık, İstanbul.
- GÜLER, Çağatay, (1990), “İnsan, ekonomi ve sağlık”, **Sağlık ve Toplum** Ankara, ss.35

- GÜRSAKAL, Necmi (2002), **Bilgisayar Uygulamalı İstatistik 1-2**, Alfa Yayınları, Bursa.
- İSLAMOĞLU, Hamdi (2009), **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)**, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- KORUKLUOĞLU, Sinan (2004), **Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri**”, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısına Sunulan Bildiri**, Afyon, 23–26 Nisan 2004, ss. 72.
- ÖNDER, Alev, Erdem BİRGÜL, Esra SAATÇİ, Füsun ŞENER, Gülsen Ceyhun, Hakan SEZER, Levent HEKİMOĞLU, Zerrin BAŞER (1996), **Aile Hekimliği I-II**, İletişim Yayınları, İstanbul.
- ÖZSOY, Halil İbrahim (2001), **Sağlıkta Değişim Rüzgarları- Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı:40, ss. 1107-1109.
- ÖZTEK, Zafer (2005), **Aile hekimliği, SB Diyalog**, Sayı: 9, Ankara, ss. 17.
- ÖZTEK, Zafer (2004), **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Kitabevi, İstanbul.
- URAL, Ayhan, İbrahim KILIÇ (2006), **Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi**, Detay Yayıncılık, Ankara.
- PAYCI,Sevgi Özcan, İlhami ÜNLÜOĞLU (2005), “Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği”, **Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama**, GÖRPELİOĞLU, Süleyman, (Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlığı, ss. 25
- PİŞKİNSÜT, Sema (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik”, **Toplum ve Hekim** Yıl:9, Sayı: 90 ss. 26-38
- SALTIK, Ahmet (2002), “Yeni Dünya Düzeni ve Cumhuriyet sağlığı”, **Teori Dergisi** Sayı :151 ss. 22-39
- Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge**, (2005).
- Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik**, (2005).
- Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı** (2005), Wonca Yayınları, Bursa.

- SAYAR, Kemal, (2001), “Bedenimi Alabilirsin, Tabii, Ruhumu da! Küreselleşmenin Psikolojik Boyutları” **Defter**, Sayı : 14 ss.75-104
- SOYER, Ali (2004), **Sanayi devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlığın Öyküsü**. Sorun Yayınları, İstanbul.
- STEGGER, Manfred B. (2006) **Küreselleşme**, Dost Kitapevi, Ankara.
- ŞAFAK, Ali, Ahmet Ş.ŞAFAK (2005), **Güvenlik Kuvvetleri ve Polis Mevzuatı**, Selim Kitapevi, Ankara.
- ŞİMŞEK, Hasan, Ali YILDIRIM (2005), **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- TAVŞANCIL, Ezel (2005), **Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi**, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Nusret Fişek ve Hekimlik** (1991), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Aile Hekimliğinde Son Durum** (2006), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Eylül, Ankara.
- İş Yeri Hekimliği Ders Notları** (1998), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 3. Baskı, Aralık, Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinde Genel Değerlendirme, Toplum ve Hekim** (1996), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Hastaneler Özel Sayısı 10: 162-170, Ankara.
- Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı** (2002), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

İNTERNET KAYNAKLARI

- http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&task=view&id=556&Itemid=107 (29.11.2008)
- http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=849&t=Aile_Hekimliginde_Son_Durum (14.06.2008–21.09.2009)
- <http://www.ailehekimligidergisi.org/Journal/?CtrlCustom=Home> (12.09.2009)
- http://aile.bsm.gov.tr/docs/dunyada_gelisim.pdf, (23.09.2009)

<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html> (24.05.2009)

http://www.kutahyasaglik.gov.tr/4/konular/ahek/_ailehekimligi_turkiye_modeli_kitapci_k.pdf, (14.10.2008)

<http://www.tahud.org.tr/index.php> (15.09.2009)

<http://www.ttb.org.tr/index.php/yayinlar/kitap-brosur>(: 14.09.2009)

http://istatistikanaliz.com/hipotez_testleri.asp (09.09.2009)

http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_righths_turkce.pdf (20.09.2009)

<http://www.un.org.tr/index.php?LNG=1> (13.09.2009)

DİZİN

A

Adalet, 13
 AH, 24, 30, 60
 Aile Doktoru, 9, 18, 19
 Aile Hekimi, 9, 11, 18, 19, 21, 23, 25,
 26, 27, 28, 30
 Aile Hekimliği, 3, 4, v, vii, viii, ix, x, xi,
 xiii, xv, xvi, xvii, xviii, xix, 5, 7, 10,
 14, 16, 21, 24, 25, 28, 33, 34, 35, 38,
 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59,
 60, 61, 67, 68, 69, 70, 71
 Aile Sağlığı, 15, 17, 22, 23
 Almanya, viii, 26, 29, 62
 Amerika Birleşik Devletleri, viii, xiii,
 31
 Amerikan Medikal Association, 24
 Anayasa, xiii, 5
 Anket, xv, xix, 38, 42, 69
 Asymp. Sig, 44, 46, 47, 49, 51, 53, 54,
 57, 59, 61
 Avrupa Birliği, xiii, 16, 17

B

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, xv,
 xvi, 4, 9, 19, 21, 26, 28, 30, 31, 38,
 39
 Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası, 29
 BM, 5

C

Chi-Square, 44, 45, 47, 49, 50, 52, 54,
 56, 58, 60

D

Denetim, 12
 Doktor, vii, 18, 33
 Dünya Aile Hekimleri, 2
 Dünya Sağlık Örgütü, xiii, xv, 3, 9, 38

E

Eskişehir, 3, 4, v, vi, xv, xix, 7, 38, 39,
 42, 62

G

Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği, 2

H

Hastane, 67
 Hipotez, xvi, xvii, xviii, 39, 40, 41, 42,
 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 55,
 57, 59
 Hollanda, viii, 29, 30

İ

İngiltere, viii, 11, 24, 27, 28, 62
 İsrail, viii, 30

K

Kanun, 2, 7
 Ki-Kare, viii, ix, x, xi, xvi, xvii, xviii,
 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49,
 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60
 Koruyucu, vii, 3, 8, 29, 33, 67
 Kraliyet Koleji, 24, 27, 28
 Kronik, 19

L

Lise, 5, 50, 52, 62
 Literatür, xix, 42

M

Motivasyon, 6

N

Norveç, viii, 29

P

Portekiz, viii, 28

R

Rehabilitasyon, 4, 15

S

Sağlık Bakanlığı, xiii, 7, 13, 16, 19, 25,
 69, 70

Sağlık hizmetleri, 2, 6, 22, 70
 Sağlık Müdürlüğü, 18, 21
 Sağlık Planı, 29
 Sağlık Sistemi, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14,
 20, 24
 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 24

T

Tıp, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 69
 Toplum Hekimliği, 24
 Toplum Sağlığı Merkezi, v, 6

U

UEMO, xiii, 16
 Uzman doktor, 27
 Uzmanlık hizmetleri, 2

Ü

Üniversite, 50, 52, 66

W

WONCA, xiii, 2, 25

Y

Yüksek Lisans, 5, 50, 52