

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

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN HASTA
MERKEZLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖLÇÜTLERİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa GÖRGÜN

Uzmanlık Tezi

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Ümit AVŞAR

Erzurum–2015

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	xi
TABLolar ve ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Aile Hekimliği	2
2.1.1. Aile Hekimliği Tanım.....	2
2.1.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri.....	2
2.1.2.1. Birinci Basamak Yönetimi	3
2.1.2.2. Koordinasyon	3
2.1.2.3. Hasta Merkezli Yaklaşım	4
2.1.2.4. Kendine Özgü Bir Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci	4
2.1.2.5. Bakımda Süreklilik.....	4
2.1.2.6. Özgün Problem Çözme Becerisi	5
2.1.2.7. Kapsamlı Yaklaşım	5
2.1.2.8. Bütüncül (Holistik) Yaklaşım.....	5
2.1.2.9. Aile ve Toplumsal Yönelimli Olma	6
2.1.2.10. Savunuculuk	6
2.1.2.11. Kolay Ulaşılabilir Olma.....	6
2.1.2.12. Ekip Hizmeti.....	6
2.1.3. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri.....	6
2.1.3.1. Birinci Basamak Yönetimi	7
2.1.3.2. Kişi Merkezli Bakım	7
2.1.3.3. Özgün Problem Çözme Becerisi	7
2.1.3.4. Kapsamlı Yaklaşım	7
2.1.3.5. Toplum Yönelimli Olma	7

2.1.3.6. Bütüncül (holistik) Yaklaşım	8
2.1.4. Aile Hekiminin Görevleri	10
2.1.4.1. Veri Toplama ve Kayıt Tutma	10
2.1.4.2. Koruyucu Hekimlik	10
2.1.4.3. Sağlık Eğitimi	11
2.1.4.4. Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme	11
2.1.4.5. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti	11
2.1.4.6. Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı	12
2.1.4.7. Periyodik Sağlık Muayenesi	12
2.1.5. Aile Hekimliği Mesleki Örgütlenme	13
2.1.6. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Tarihsel Süreç İçerisindeki Gelişimi	14
2.1.7. Aile Hekimliği Tarihçesi	17
2.2. Hasta Merkezli Sağlık Hizmeti	18
2.2.1. Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi	19
2.2.2. Hasta Merkezli Klinik Yöntem	20
2.2.2.1. Hem Hastalığın Hem de Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması	21
2.2.2.2. Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması	22
2.2.2.3. Ortak Zemin Oluşturma	23
2.2.2.4. Hasta – Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi	24
2.2.3. Hasta Merkezliliğinin Hastalar İçin Önemi	24
2.2.4. Hasta Merkezli Bakım	25
2.2.5. Hekim Merkezli Bakım	26
2.2.6. Hasta Merkezli Yaklaşım	27
2.2.6.1. Hasta Merkezli Yaklaşımda Teşhis, Tedavi Planı ve Hasta Eğitimi	30
2.2.6.2. Hasta Merkezli Yöntemin Faydaları	31
2.2.6.3. Hasta Merkezli Görüşmede Görevler	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi ve Örneklem Seçimi	34
3.2. Çalışma Örneklemine Belirlenmesi	34
3.3. Veri Toplama Aracı	35
3.4. Uygulama	35
3.5. İstatistiksel Analiz	36

4. BULGULAR	37
4.1. Kalite Göstergeleri.....	41
4.2. Hasta Merkezli Bakım ile İlgili Veriler	53
4.3. Sağlık Bilgi Teknolojileri ile İlgili Veriler	62
4.4. Aile Sağlığı Merkezi Organizasyonu ile İlgili Veriler	70
5. TARTIŞMA.....	78
6. SONUÇLAR.....	85
7. KAYNAKLAR.....	86
EKLER	91
EK-1	91
EK-2	96

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 03.11.2014 tarih ve 247 sayılı yazısı ile “**Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi**” konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Mustafa GÖRGÜN tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Çalışma Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na 17.12.2014 tarih ve 2487 sayılı oturumunun 4 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'na görüşülmüş ve 19.02.2015 tarih ve 4 sayılı yazısı ile 1 nolu toplantısının 5 nolu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan hocalarım; Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK'e, Doç. Dr. Turan SET'e, Doç. Dr. Memet IŞIK'a, Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a, Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a ve Yrd. Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan sayın hocam Doç. Dr. Ümit AVŞAR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığımız doktor, hemşire ve personelimize ayrıca teşekkür ediyorum.

Çalışmalarımın her aşamasında bana destek veren değerli eşim Büşra GÖRGÜN ve sevgili aileme de şükranlarımı sunuyorum.

Dr. Mustafa GÖRGÜN

KISALTMALAR

AAAHHC: Accreditation Association for Ambulatory Health Care (Gezici Sağlık Bakımı Akreditasyon Birliği)

AAFP: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Birliği)

AAP: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatristler Birliği)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACA: American College of Physicians (Amerikan Hekimler Koleji)

AHB: Aile hekimliği birimi

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

AOA: American Osteopathic Association (Amerikan Osteopatlar Birliği)

ASM: Aile sağlığı merkezi

CPT: Current Procedural Terminology (Güncel Prosedürel Terminoloji)

EGPRN: European General Practice Research Workshop (Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı)

EQuIP: European Society for Quality and Safety in Family Practice (Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Hasta Güvenliği Derneği)

EURACT: European Academy of Teachers in General Practice (Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi)

HMASM: Hasta merkezli aile sağlığı merkezi

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflaması)

ICPC: International Classification of Primary Care (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uluslararası Sınıflandırması)

MHRS: Merkezi Hastane Randevu Sistemi

NCQA: National Committee for Quality Assurance (Kalite Güvencesi Ulusal Komitesi)

SNOMED: Systematized Nomenclature of Medicine (Tıbbın Sistemize İsimlendirilmesi)

SPSS: (Statistics Statistical Package for the Social Sciences) : İstatistiksel Analiz

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TJC: The Joint Commission (Ortak Komisyon)

URAC: Utilization Review Accreditation Commission (Kullanım İnceleme Akreditasyon Komisyonu)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WONCA: The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği)

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

ÖZET

Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç

Sağlığa olan ihtiyaç kişiden kişiye ve toplumdan topluma değiştiği gibi zamanın ilerlemesiyle de değişmekte ve artmaktadır. Bilginin teknolojik gelişmelere paralel olarak hızla yayılması sağlık hizmetlerini geliştirmekle birlikte bireyler tarafından sağlık hizmetlerinde beklentiyi de önemli ölçüde arttırmıştır. Bu nedenle kaliteli sağlık bakımı ve bakım kalitesinin ölçülmesi günümüz sağlık bakımında büyük öneme sahiptir. Sağlık kuruluşlarında hasta merkezli bakım ve hekim hasta ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte bireylerin sağlık bakımından beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanması da öncelik kazanmıştır.

Hastaların yükselen beklentileri ve dünyadaki değişen yönelimler de göz önüne alındığında Hasta Merkezli Sağlık Bakımı ya da Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi kavramları ön plana çıkmıştır. Bu nedenle Erzurum ilindeki aile sağlığı merkezleri, Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi kontrol listesi ile değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın sonunda hekimlerin hasta merkezli yaklaşım konusunda farkındalıklarının ve uygulamalarının artırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışma, Ocak-Şubat 2015 tarihleri arasında Erzurum ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olup, çalışmamıza katılmayı kabul etmiş 144 aile hekimi üzerinde yapıldı. Çalışmamızın anketi 2 bölüm ve toplamda 26 sorudan oluşmaktadır. Birinci kısımda sosyodemografik veriler, ikinci kısımda da Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin hasta merkezli aile sağlığı merkezi kontrol listesi bulunmaktadır. Katılımcılara 10 soruluk sosyodemografik özellikler ile ilgili, 16 soruluk da Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Kontrol Listesi'nin Türkçe'ye uyarlanmış haliyle ilgili toplamda 26

soru yöneltildi. Verilerin analizinde SPSS 20.0 bilgisayar programı kullanılmıştır. Cinsiyete, coğrafi duruma, medeni duruma ve aile sağlığı merkezi grubuna göre sorulara verilen yanıtların karşılaştırılmasında Ki Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 144 kişiden %64,6'sı ($n = 93$) erkek, %35,4'ü ($n = 51$) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $33,19 \pm 6,36$ yıl, ortalama hekimlik süreleri $8,69 \pm 6,03$ yıl, ortalama aile hekimliği süresi $4,35 \pm 2,1$ yıl, günlük baktıkları ortalama hasta sayısı $39,15 \pm 11,6$ kişi, bir hastaya ayırdıkları dakika cinsinden ortalama süre ise $6,35 \pm 2,59$ idi. Katılımcıların %28,5'i ($n = 41$) bekâr, %71,5'i ($n = 103$) evliydi. Katılımcı 93 erkekte %69,9'u ($n = 65$) evliyken, %30,1'i ($n = 28$) bekârdı. Katılımcı 51 kadından %74,5'i ($n = 38$) evliyken, %25,5'i ($n = 13$) bekârdı. Katılımcıların coğrafi durum olarak %59'u ($n = 85$) merkez ilçelerden, %41'i ($n = 59$) diğer ilçelerdendi. Katılımcıların %41'i ($n = 59$) A grubu, %11,1'i ($n = 16$) B grubu, %10,4'ü ($n = 15$) C grubu, %9,7'si ($n = 14$) D grubu bir aile sağlığı merkezinde çalışırken, %27,8'i ($n = 40$) gruplandırılmamış bir aile sağlığı merkezinde görev yapmaktaydı. Katılımcıların %96,5'i ($n = 139$) pratisyen hekimken, %2,8'i ($n = 4$) aile hekimliği uzmanı, %0,7'si ($n = 1$) ise diğer uzmanlık dallarındandı. Çalışmamızda kalite göstergeleriyle ilgili olarak "Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusunda aile hekimlerinin %93,1'i ($n = 134$) günlük çalışmalarında kalitenin daha iyi olması için çaba gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hasta merkezli bakım ile ilgili olarak "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusunda hekimlerin %84'i ($n = 121$) hekim seçme hakkının kullanılabildiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda sağlık bilgi teknolojileri ile ilgili olarak "Aile sağlığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusunda aile hekimlerinin %88,2'si ($n = 127$) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi gibi sağlık veri alışverişini sağladıklarını, %89,6'sı ($n = 129$) elektronik reçete ve tanı yönetimine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda aile sağlığı merkezi organizasyonu ile ilgili olarak, "Sürekli bir finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? Asm'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız." sorusunda aile hekimlerinin %68,8'inin ($n = 99$) ödeme yapanlar ile bilgilendirilmiş bir şekilde kontrat yaptıkları görülmüştür.

Sonuçlar

Hekimlerin, modern tıbbın önemli bir uygulaması olan, hasta haklarına uyum sağlamaları ve bu doğrultuda “hasta merkezli” yaklaşımları beklenmelidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin hasta merkezli bakım geliştirmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının hasta bakımında daha önemli bir role sahip olmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimleri, hasta merkezli aile sağlığı merkezi, hasta merkezli bakım, kalite göstergeleri, sağlık bilgi teknolojileri

ABSTRACT

The Evaluation of Family Health Centers From the Perspective of the “Patient Centered Medical Home Checklist”

Introduction and Aim

Need for health has been changed and increased from person to person, society to society and by time. Rapid increasing of knowledge parallel to technologic development develops health care and increases diversely expectation of people from health care. So, quality health care and measurement of quality of care are very important in health care nowadays. Meeting of expectation adequately related to health care of people has been a priority because of increasing importance of patient centered care and patient-physician cooperation in health centers. Patient centered health care and patient centered medical home have been important because of increasing expectation of patients and evolving trends in the world. So, family health centers were evaluated by the Patient Centered Medical Home Checklist Produced by American Academia of Family Physicians in Erzurum.

Our aim in this study was to increase awareness and practice of physicians related to patient centered approach.

Material and Methods

Our study is a descriptive cross-sectional survey. This study included 144 volunteering family physicians and was applied to physicians in family medical centers of Erzurum between January and February 2015. Our survey was consisting two parts and 26 questions. Sociodemographic data was in the first part and Patient Centered Medical Home Checklist produced by the American Academia of Family Physicians was in the second part. Ten of questions were related to sociodemographic features and 16 of question were related to Patient centered medical home checklist produced by American Academia of Family Physicians which was translated into Turkish. The SPSS 20.0 software was used for analysing of the data. Chi Square tests and Fisher’s exact tests were used for data of questions compared between gender, geographic place,

marital status and groups of family health centers. $P < 0.05$ was accepted as statistically significant.

Results

Of the 144 participants, 64,6% (n=93) were male, 35,4% (n=51) were female. Mean ages was $33,19 \pm 6,36$ years. Mean working duration of physicians was $8,69 \pm 6,03$ years, mean working duration of family physicians was $4,35 \pm 2,1$ years. Mean number of examined patients for a day was $39,15 \pm 11,6$ people. Mean duration of examination for a patient was $6,35 \pm 2,59$ minutes. 28,5% (n=41) of participants were single and 71,5% (n=103) of them was married. 69,9% (n=65) of 93 males were married. 30,1% (n=28) of males were single. 74,5% (n=38) of 51 females were married. 25,5% (n=13) of females were single. 59% (n=85) of participants were from center of city and 41% (n=59) of them was from districts part of city. 41% (n=59) of participants were worked in Group A family health center. 11,1% (n=16) of participants were worked in Group B family health center. 10,4% (n=15) of participants were working in Group C family health centers. 9,7% (n=14) of participants were worked in Group D family health center. 27,8% (n=40) of participants were working in ungrouped family health centers. 96,5% (n=139) of participants were general practitioners, 2,8% (n=4) were family medicine specialist and 0,7% (n=1) of them was other specialist. 93,1% (n=134) of participants choosed option of 'Incorporate quality improvement into daily work' in the question of 'Do you and your staff foster a culture of improvement?' Which is related to quality care. 84% (n=121) of participants chose option of 'Ability for patients to select their own physician' in the question of 'Do you have processes to ensure patients' access to care?' Which is related to patient-centered care. 88,2% (n=127) of participants choosed options of 'Health information exchanges like Family Physician Information System' and 89,6% (n=129) of participants choosed 'Electronic medication and diagnostic ordering/management' in the question of 'Is your practice digitally connected to the medical neighborhood?' Which is related to health information technology. 68,8% (n=99) of participants choosed option of 'Contract and negotiate with payers from an informed position' in the question of 'Do you have a continiously financial management approach?' Which is related to practice organization.

Conclusions

It is expected that physicians should adapt patient rights, which is an important part of modern medicine and they should approach patients in a patient-centered way. Development of patient-centered care by physicians working at primary care has an important role to increase patient care in primary care.

Keywords: Family physicians, patient centered medical home, patient centered care, quality care, health information technology

TABLOLAR ve ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1:Genel Pratisyen/Aile Hekiminin çekirdek yeterlilikleri.....	8
Tablo 2:Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliliklerinin açıklamaları	9
Tablo 3: Katılımcıların cinsiyet dağılımı.....	37
Tablo 4:Katılımcıların medeni durumları.....	38
Tablo 5:Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumları	38
Tablo 6:Katılımcıların yaş, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, günlük baktıkları ortalama hasta sayısı ve bir hastaya ayırdıkları ortalama süre ile ilgili bulgular	39
Tablo 7:Katılımcıların coğrafi duruma göre dağılımı	39
Tablo 9: Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımı	40
Tablo 8:Katılımcıların aile sağlığı merkezi gruplarına göre dağılımı	40
Tablo 10:"Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	41
Tablo 11: "Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	42
Tablo 12: "Nüfusunuzu yönetmek için risk katmanlı bakım yönetim prensiplerini kullanır mısınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	43
Tablo 13: "Nüfusunuzu yönetmek için risk katmanlı bakım yönetim prensiplerini kullanır mısınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	44
Tablo 14: "Hasta güvenliği klinik pratiğinizin bir parçası mı?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	45
Tablo 15: "Hasta güvenliği klinik pratiğinizin bir parçası mı?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri	46
Tablo 16: "Hasta bakımını diğer tıbbi merkezlerle koordine eder misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	47

Tablo 17: "Hasta bakımını diğer tıbbi merkezlerle koordine eder misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	48
Tablo 18: "Laboratuvar Testlerinde Kalite Ölçümünü Nasıl Yaparsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	50
Tablo 19: "Laboratuvar Testlerinde Kalite Ölçümünü Nasıl Yaparsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	51
Tablo 20: "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	53
Tablo 21: "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	54
Tablo 22: "Hastalarınızı karar mekanizmasına dâhil ediyor musunuz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	56
Tablo 23: "Hastalarınızı karar mekanizmasına dâhil ediyor musunuz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	57
Tablo 24: "Aile sağlığı merkeziniz hastanın öz (kendi kendini) yönetimini destekler mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	58
Tablo 25: "Aile sağlığı merkeziniz hastanın öz (kendi kendini) yönetimini destekler mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	59
Tablo 26: "Hastaların bakım deneyimlerini değerlendirme ve iyileştirme için hangilerini uygularsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları.....	60
Tablo 27: "Hastaların bakım deneyimlerini değerlendirme ve iyileştirme için hangilerini uygularsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri	61
Tablo 28: "Bir ses teknolojisi alt yapınız var mı?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	62

Tablo 29: "Bir ses teknolojisi alt yapınız var mı?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	63
Tablo 30: "Aile sağlığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	64
Tablo 31: "Aile sağlığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	65
Tablo 32: "Elektronik kayıt sisteminizde şu öğeler değerlendirilir mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	66
Tablo 33: "Elektronik kayıt sisteminizde şu öğeler değerlendirilir mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	67
Tablo 34: "Kanıt dayalı klinik karar destek araçlarını kullanır mısınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	68
Tablo 35: "Kanıt dayalı klinik karar destek araçlarını kullanır mısınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	69
Tablo 36: "Bir disiplinli finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? Asm'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız." sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	70
Tablo 37: "Bir disiplinli finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? Asm'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız." sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları...	71
Tablo 38: "Aile sağlığı merkezinde bir değişim kültürünü destekler misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları.....	73
Tablo 39: "Aile sağlığı merkezinde bir değişim kültürünü destekler misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri.....	74
Tablo 40: "Hasta merkezli bakımı destekleyecek bir görevlendirme modeli ve ortam oluşturmak için hangilerini uygularsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları	75

Tablo 41: "Hasta merkezli bakımı destekleyecek bir görevlendirme modeli ve ortam oluşturmak için hangilerini uygularsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri	76
--	----

Şekil 1: Erzurum'da çalışmanın yapıldığı dönemde bulunan ASM ve aile hekimi sayıları ile aile hekimlerine ulaşılan ve çalışmamıza katılan aile hekimi sayısı.....	33
---	----

1.GİRİŞ

Sağlığa olan ihtiyaç kişiden kişiye toplumdan topluma değiştiği gibi zamanın ilerlemesiyle de değişmekte ve artmaktadır. Bu değişimlerin pek çok nedeni vardır. Örneğin yaşlı nüfusun artması kronik sağlık sorunlarına yönelimi arttırmış, teknoloji ve iletişimdeki değişimler ve yenilikler ise sağlık kalitesinin artmasına ve sağlık erişimine hızlanmada katkı sağlamıştır. Bilginin teknolojik gelişmelere paralel olarak hızla yayılması sağlık hizmetlerini geliştirmekle birlikte bireyler tarafından sağlık hizmetlerinde beklentiyi de önemli ölçüde arttırmıştır (1).

Günümüzde farklı alanlarda uzmanlaşmış hekimler son teknolojik gelişmeler ışığında tanı ve tedavi sağlamış ve böylelikle tıbbi bakımın teknik niteliği ilerlemiş olmasına rağmen hastalar hekimlerle ilişkide bazı eksiklerden bahsetmektedirler (2). Bu nedenle kaliteli sağlık bakımı ve bakım kalitesinin ölçülmesi günümüz sağlık bakımında büyük öneme sahiptir. Sağlık kuruluşlarında hasta merkezli bakım ve hekim hasta ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte bireylerin sağlık bakımından beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanması da öncelik kazanmıştır (3).

Türkiye'de 2005 yılında başlayan ve 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla ülkenin tamamında uygulamaya geçilen Aile Hekimliği sistemi halkın büyük memnuniyetini kazanmıştır (4).

Ancak hastaların yükselen beklentileri ve dünyadaki değişen yönelimler de göz önüne alındığında Hasta Merkezli Sağlık Bakımı ya da Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi (HMASM) kavramları ön plana çıkmıştır. Türkiye'deki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) A, B, C, D olarak sınıflandırılmıştır. Bununla birlikte, Erzurum'da ASM'lerin HMASM kavramına ne kadar uyum gösterdiklerini veya yakın olduklarını Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin (AAFP) kontrol listesi ile değerlendirmeyi amaçladık (5).

Bu çalışmanın sonunda hekimlerin hasta merkezli yaklaşım konusunda farkındalıklarının ve uygulamalarının artırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliği Tanım

Aile hekimliği; yaşa, cinsiyete ve rahatsızlığa bakmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye sürekli olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunan, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak hizmeti yönelimli klinik bir uzmanlıktır (6).

1974 yılında Hollanda Leuvenhorst'te yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin; "Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa sürekli, kişisel ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan uzmanlaşmış tıp doktoru" şeklinde evrensel tanımı yapılmıştır. Özelliklerinden ise şu şekilde bahsedilmiştir: "Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanelerde sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dâhil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olanların devamlı tedavisini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan meslek gruplarıyla çalışır" (7).

Kişisel, bütüncül ve sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş, tıp doktoru ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1985'de tıp fakültesi eğitimi sonrası en az 3 yıl uzmanlık eğitimini benimsediği adla 'Aile Hekimi'dir. Bazı ülkelerde ise uluslararası standartlara göre mezuniyet sonrası eğitim almış olan birinci basamak hekimi, 'Genel Pratisyen' adını almaktadır (8).

2.1.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri

İdeal bir aile hekimliği uygulaması; konsepsiyon öncesi dönemden hayatın sonuna dek bireye sağlıkta ve hastalıkta danışmanlık verebilecek, bireyin bulunduğu

ortamı ve yaşamını yakından tanıyacak ve bu avantajını aldığı eğitimle birleştirerek sağlık sorunlarının %90'ını ilk temasta çözebilecek düzeyde olmasıdır (9).

Aile hekimliği disiplini, bir sistem, organ ya da bölgeye bağlı olmayıp; kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel açıdan bütüncül olarak değerlendirilmesine odaklanır (10).

Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin Avrupa kolu (WONCA EUROPE) Aile Hekimliğinin temel özelliklerini on iki başlıkta açıklamıştır (6).

2.1.2.1. Birinci Basamak Yönetimi

Hastalarla ilk tıbbi teması yönetebilmek ve gerektiğinde hastanın savunuculuğunu üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilmektedir. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir imkân sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakılmaksızın bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Başka bir ifadeyle sağlık sistemiyle ilgili ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.

2.1.2.2. Koordinasyon

Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlamaktadır. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla beraber çalışarak, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle iş birliği içinde kalarak ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk üstlenerek sağlar. Koordinasyon, birinci basamak hizmetini yönetmek, hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi vermek, sağlık bakımını yönetmek, uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşmaktır. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturmak sağlık hizmetinin niteliğini artırmaktadır. Aile hekimliği, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek ikinci basamak hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde sevkini sağlamaktadır. Aile hekimleri, koordinasyon ilkesi ile gereksiz sağlık taramaları, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları koruyarak sağlık sistemi içerisinde hastalarına kılavuzluk etmektedir. Aile hekimi ilk başvuru yapılan hekim olarak, büyük kaynakları kontrol eder. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de

kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının, aynı zamanda ülkesinin yararını düşünür.

2.1.2.3. Hasta Merkezli Yaklaşım

Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken hasta merkezli bir yaklaşım benimseyebilmek aile hekimliğinde hekim-hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisine dönüştürmek üzere kullanabilmek ve geliştirebilmektir. Sunduğu hizmeti bireyin, ailenin ve toplumun gereksinimlerine göre şekillendirir ve hizmetin sürekliliğini sağlar. Aile hekimliği sürecinin başlama noktası hastadır. Aile hekimliği, bireylerle ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenmektedir. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemli olmaktadır.

2.1.2.4. Kendine Özgü Bir Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci

Etkili bir iletişimle zaman içinde doktor ve hasta arasında gelişen bir bağ kurulmasını sağlar. Aile hekimi ve hasta arasında kurulan her temas, zamanla gelişmekte ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulmaktadır. Bu ilişki aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanarak kendi başına iyileştirici bir nitelik taşımaktadır.

2.1.2.5. Bakımda Süreklilik

Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; bireyi tüm yaşamı boyunca, sağlıklı dönemlerde de izler ve hizmet sunar. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan başlayarak bu görevi üstlenir. Gebelerin antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar geçen süreçte doğrudan hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık süreçlerinde hizmetleri sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunar. Ayrıca, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel

olarak yapamadığı durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten sorumlu olmaktadırlar.

2.1.2.6. Özgün Problem Çözme Becerisi

Sıklıkla tanı konulmamış dolayısıyla henüz ayrılaşmamış şekilde rahatsızlıklarla ilgilidir, aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Başka bir ifadeyle ayrışmamış hasta yönetimi sağlar. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansına bağlı özgün bir karar verme süreci vardır. Hasta sağlık problemlerinin başlangıcında aile hekimine başvurur ve bu erken evrede tanı koymak aile hekimi için zor olmaktadır. Problemler, birinci basamakta bulunan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulabilmektedir. Hekimler için olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirmektedir. Ciddi rahatsızlıklar birinci ve ikinci basamakta olduğundan daha az sıklıkla görülmektedir. Klinik bir belirtinin ya da tanısız bir testin olumlu ya da olumsuz değeri, hastane ortamı ile kıyaslandığında aile hekimliğinde farklı bir ağırlığa sahip olmaktadır. Bu nedenle aile hekimliği; birinci basamak hekimliği ya da düşük prevalans hekimliği olarak da adlandırılır.

2.1.2.7. Kapsamlı Yaklaşım

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, stratejilerinin uygun bir şekilde uygulanması sağlığın ve iyilik durumunun geliştirilmesidir. Aile hekimliği bir hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır.

2.1.2.8. Bütüncül (Holistik) Yaklaşım

Aile hekimliği sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Bireylere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alarak, bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Bu nedenle bireye biyopsikososyal yönden yaklaşım sağlamaktadır.

2.1.2.9. Aile ve Toplumsal Yönelimli Olma

Aile hekimi, toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenmektedir. Sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşır. Sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdır.

2.1.2.10. Savunuculuk

Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerinde, sorumluluğunu aldıkları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir.

2.1.2.11. Kolay Ulaşılabilir Olma

Yalnızca coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar.

2.1.2.12. Ekip Hizmeti

Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar. Gereğinde toplumda sosyal hizmet, eğitim hizmeti ve iş hizmeti verenlerle de işbirliği yapabilir.

2.1.3. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

Genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya, genel pratisyen/aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikleri ifade etmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık

sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Altı adet çekirdek yeterlilik bildirilmiştir.

2.1.3.1. Birinci Basamak Yönetimi

Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisidir. Hasta için gerektiğinde hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etmek ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamaktır.

2.1.3.2. Kişi Merkezli Bakım

Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisidir. Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamaktır. Hastaların gereksinimleriyle belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamaktır.

2.1.3.3. Özgün Problem Çözme Becerisi

Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanarak ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmaktır.

2.1.3.4. Kapsamlı Yaklaşım

Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenerek sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesidir.

2.1.3.5. Toplum Yönelimli Olma

Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmadır.

2.1.3.6. Bütüncül (holistik) Yaklaşım

Kültürel boyutları dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisidir. Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak bu üç ek özellik, çekirdek yeterliklerin uygulanmasında temel kabul edilmelidir:

- a. Bağlamsal: Hekimlerin kendi bağlamlarının ve içinde çalıştıkları ortamın (çalışma koşulları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılması
- b. Tutumsal: Hekimin mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı tutumlar
- c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme (11).

Tablo 1: Genel Pratisyen/Aile Hekiminin çekirdek yeterlilikleri

Disiplini tanımlayan yeterlilikler	Çekirdek yeterliliklerin uygulama alanları
Birinci basamak yönetimi	Klinik görevler
Kişi merkezli bakım	Hastalarla iletişim
Özgün problem çözme yeteneği	Uygulama merkezinin yönetimi
Kapsamlı yaklaşım	
Toplum yönelimli olma	
Bütüncül model	

Tablo 2:Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliliklerinin açıklamaları

Birinci basamak yönetimi	Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürölmesini sağlamak
Kişi merkezli bakım	Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisi Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak Hastaların gereksinimleriyle belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamak
Özgün problem çözme becerisi	Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanmak Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak
Kapsamlı yaklaşım	Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek Sağlığın sürdürölmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürölmesi
Toplum yönelimli olma	Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak
Bütüncöl (holistik) yaklaşım	Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi.

Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkiler disiplini tanımlamakta ve uzmanlık alanının iç içeliğini vurgulamakta olup eğitim, araştırma ve kalite geliştirmeye rehber olmalıdır (12).

2.1.4. Aile Hekiminin Görevleri

2.1.4.1. Veri Toplama ve Kayıt Tutma

Aile hekimi bireyin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Kişiyle temas sıklığıyla doğru orantılı olarak, onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortam ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere, en doğru bilgilerle, en kısa sürede gitmesini sağlar. Böylece bir üst basamağa gereksiz başvurular önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir, diğer uzmanlar pahalı ve vakit kaybına yol açan incelemelere gerek duymadan hastanın sorununu çözüme ulaştırabilirler.

Sağlık kayıtları, eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için oldukça değerli bir veri kaynağıdır. Bu kayıtlar, toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaktır. Ülkemizde sağlık sorunlarının çözümündeki en büyük sorunlardan biri istatistiksel verilerin çok yetersiz olması ya da hiç olmamasıdır. Doğru ve yeterli verilere sahip olmadan ne kişilerin ne de toplumun sağlık problemlerine çözüm üretmek mümkün değildir.

2.1.4.2. Koruyucu Hekimlik

Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji tanımına göre koruyucu hekimlik; “belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı, toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmaktır”.

Koruyucu sağlık hizmetleri üç gruptur:

2.1.4.2.1. Birincil Koruma

Hastalık ya da yaralanmanın oluşumunu önleme.

2.1.4.2.2. İkincil Koruma

Erken tanı ve tedavi.

2.1.4.2.3. Üçüncül Koruma

Komplikasyonları önleme, rehabilitasyon

Sağlığın korunmasında en önemli ve temel basamak, kişinin kendi sağlığını koruması yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür.

2.1.4.3. Sağlık Eğitimi

Ülkemizde sağlık problemlerinin önemli bir bölümü diğer birçok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği, özellikle aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında belirginleşmektedir. Eğitim yetersizliği, var olan sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır. Aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdır.

2.1.4.4. Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme

Aile hekimi sağlık hizmetinin en temelinde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili bütün konularda danışmanlık verir. Yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini ve sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar. Aile hekimi yönlendirici, destekleyici hizmeti basamaklardan bağımsız şekilde sunar. Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda birey adına savunuculuk yapan aile hekimi aynı zamanda bireyin sağlık avukatıdır.

2.1.4.5. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti

Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile

hekimliği sağlık sisteminin bütününe etkiler. Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip olan aile hekimi erken tanıda avantaj sahibidir. Böylece hastayı pahalı ve zaman alan tanısals girişimlerden kurtarıırken, özellikle ülkemiz gibi kaynakları kısıtlı ülkelerde kaynakların en iyi bir şekilde kullanımını sağlar.

Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır. Etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan hastaların %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözömlenmesi mümkün değildir. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi koordinatör olmalıdır; sevk ederken gerekirse bazı basamakları atlayabilir veya aynı anda birkaç noktaya sevk edebilir. Yani aile hekimi disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışmasında koordinatördür. Ve bu anlamda disiplinler arası sürekliliği de sağlar. Ayrıca aile hekimi hastaya ilk ulaşacak hekim olarak ilk yardım ve acil tedavi konularında bilgi ve beceri sahibi olmalıdır.

2.1.4.6. Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfusun dolayısıyla da kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin bilmek zorunda olduğu bir uygulamadır. Kronik hastalıkları olanların yakın izlemi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenbilmesini sağlar. Böylece, hastaların birçok kez hastaneye başvurmaları ya da hastaneye yatış gereksinimleri ortadan kaldırılarak hem bireyler hastalıklardan korunmuş hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur.

2.1.4.7. Periyodik Sağlık Muayenesi

Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindendir. Geleneksel check-up ve rutin muayenelere dâhil edilen incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamış ve en uygun sıklıkları tam belirlenmemiştir. Bu anlamda belli cinsiyet ve yaş grubu

hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimzenmektedir (13).

2.1.5. Aile Hekimliği Mesleki rgtlenme

Aile hekimliğinin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için çeşitli platformlarda yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde temsili gereklidir. Bu temsil görevini üstlenen ulusal ve uluslararası kuruluşlar vardır. Bunlar:

Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA)’nin amacı; Aile Hekimliği’nin değer, ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, bireylere, aile ve toplum ilişkisi içerisinde kişisel, kapsamlı ve sürekli bakım sağlayarak, akademik kuruluşlarının gelişmesine destek vererek, ye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak, eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktivitelerini temsil ederek toplumun yaşam kalitesini yükseltmektir.

Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine, EURACT)’nin amacı; öğrenme ve öğretme yolu ile Aile Hekimliği disiplininin standartlarını yükseltmek ve geliştirmektir.

Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (The European General Practice Research Network, EGPRN)’nin amacı; birinci basamakta araştırmayı teşvik etmek, çok uluslu araştırmalar başlatmak ve koordine etmek, araştırma deneyimlerini paylaşmaktır. Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Güvenliği Topluluğu (European Society for Quality and Safety in Family Practice), Aile Hekimliği’nde hasta bakımının kalitesini arttırmayı amaçlar.

Türkiye’de ise Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Aile Hekimliği’nin bir disiplin olarak gelişmesini, sağlık sistemi içerisinde görevlerinin tanımlanmasını, ulusal ve uluslararası platformda tanınmasını amaçlar (14).

2.1.6. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Tarihsel Süreç İçerisindeki Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalar Cumhuriyetin ilanından itibaren günümüze kadar uzanan süreci kapsamaktadır. Cumhuriyetin ilanının ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin temeli atılmış ve Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağını genişletmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atağa geçilmiştir (15).

1930’da "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"nda sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, geniş bölgede yürütülmüştür. Nüfusun yoğun olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiştir.

Aile Hekimliği 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"a göre yürütülmektedir. Aile Hekimliği 1970’li yılların ortalarında genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde aile hekimliğinin Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiştir (16).

Türkiye’de aile hekimliğinin gelişmesinde 3 dönemden söz edilebilir. Bunlardan birincisi 1983- 1993 dönemidir. Aile Hekimliği 5 Temmuz 1983 tarihinde "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Devlet hastanelerinde uzmanlık eğitiminin başlaması ve ilk uzmanların yetişmesi yanında 1984’te, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kâğıt üzerinde kurulmuş, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde fiilen başlamıştır. 1990’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar Ankara’da "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği"ni (AHUD) kurmuşlardır ve 1993 de ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" İstanbul’da düzenlenmiştir. Yine bu dönemde bilimsel platformda bir ilk olan "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) derneğin İstanbul şubesinin önderliğinde yayın hayatına başlamıştır (17). Bir anlamda bu dönem aile hekimliğinin ilk adımlarının atıldığı bir dönem olarak da ifade edilmektedir. 1993- 2002

döneminde, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve "Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı" ve aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları, ilk eğitici eğitimlerinin düzenlenmesi, Bilecik ilinin pilot bölge olarak öngörülüp, bu bölgede uygulamalara yönelik girişimlerin başlatılması gerçekleşmiştir. 16 Temmuz 1993 tarihinde "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine başlanmıştır. Ayrıca 1993'te İstanbul'da ilk "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" düzenlenmiştir. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. Ulusal aile hekimliği kongreleri 1993 yılından bu yana 2 yılda bir düzenli olarak yapılmakta olup, kongre düzenlenmediği yıllarda "Aile Hekimliği Günleri" organize edilmektedir. Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" Nisan 1995'te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı"nı yayınlamıştır. 1996'da, Türkiye'de ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik unvanı verilmiştir. Ayrıca Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1997 yılından bu yana hakemli olarak düzenli bir şekilde yayınlanmıştır. 02.03.1998'de AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almıştır ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak Türkiye, Dünya'da temsil edilme yetkisini kazanmıştır. 2001'de Türkiye'de ilk kez bir aile hekimliği uzmanı WONCA yönetim kurullarından birine seçilmiştir. Ayrıca TAHUD'un WONCA ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır. Bu dönem akademik alanda gelişme olarak adlandırılabilir. İlk doçentlik ve profesörlüklerin alınması da bu dönemde yer almaktadır (18).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde üçüncü dönem, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı"nda "Herkesin Sağlığı" başlığı altında yer alan temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir. Bu hedefler içerisinde, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, aile hekimliğinin uygulamaya konulması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması, karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi), teşhis ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi, etkili ve kademeli sevk sistemi

şeklindeki hedefler ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşım gündeme getirilmiştir (19). Bu amaçla Türkiye’de aile hekimliği adında başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmış ve halen tüm yurttan uygulamaya geçilebilmesi için alt yapı çalışmaları hızlı ve yoğun bir şekilde sürmektedir. Türkiye’de aile hekimliği belirli bir süre için geçiş dönemi eğitimi ve takibinde de en az 3 yıllık uzmanlık eğitiminin planlanmış olduğu görülmektedir.

Bunlar:

- 4 ay İç Hastalıkları
- 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum
- 1 ay Genel Cerrahi
- 1 ay Kardiyoloji
- 1 ay Göğüs Hastalıkları
- 2 ay Psikiyatri aşamalarından oluşmaktadır (20).

Bu amaçla Sağlık Bakanlığı bazı illeri "pilot uygulama illeri" olarak belirlemiştir. Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve 2006 yılında 10 il daha pilot uygulama ili olmuştur. Düzce ilinden sonra Eskişehir’de uygulama başlatılmış ve İzmir ’de devam edilmiştir. 2010 yılında Türkiye’nin tüm illeri aile hekimliği uygulamasına geçmiştir ve 25 Mayıs 2013 Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği tüm ülkede birinci basamak hizmetlerine şekil verilmiştir. Tüm aile hekimlerine, hem sağlık müdürlüğünce hem de bakanlıkça sorumlu koordinatörler vasıtasıyla aile hekimliği modeli ve işleyişi anlatılmıştır. Aile hekimliği tek sağlık sistemini ifade etmemektedir. Diğer bir ifade ile aile hekimliği uzmanları sadece aile merkezli bir yaklaşım göstermemekte, aynı zamanda toplum sağlığının gereklerini gözetken bir yaklaşım sergilemektedirler. Buna WONCA 2005 Avrupa tanımında "Toplum Yönelimli Yaklaşım" denilmektedir.

Aile hekimliği sistemi dünyada değişik şekillerde uygulanmaktadır. Belli bir sağlık ekonomisi modeline de bağlı olmamakla birlikte, değişik ekonomik sistemlerde veya finansman modellerinde aile hekimliği uygulaması görülmektedir. Bir ülkedeki aile hekimliği uygulamasının ayrıntıları, uygulanan sağlık politikaları ve sağlık sistemleriyle birlikte ülkenin özelliklerine göre şekillenmektedir (21). İngiltere’de Genel Tıp Konseyi’nin 1990’lı yıllarda yayınladığı “Yarının Hekimleri Bildirgesi”nde aile

hekimliği alanında mezuniyet öncesi tıp eğitimine olan gereksinim vurgulanmıştır. Bu bildirge tüm Avrupa ülkelerinde aile hekimliğinin mezuniyet öncesi tıp eğitiminin zorunlu bir parçası olması yolunda katkı sağlamıştır ve sağlamaya devam etmektedir. Türkiye’de aile hekimliği anabilim dallarının tıp eğitimine katkıları giderek artmaktadır. Bu katkı çok çeşitlidir ve tüm yıllara yayılma eğilimindedir ve önemli bir eğitim yükü oluşturmaktadır.

2013 yılında henüz kurulma aşamasında olanlarda dâhil olmak üzere ülkemizde 86 tıp fakültesinin bulunduğu saptanmıştır. Bu fakültelerin 63’ünde (%73,3) aile hekimliği anabilim dalı bulunmaktadır. Yirmi yıldan uzun süreden beri var olan 65 üniversitenin yalnızca 4’ünde (%6,2) aile hekimliği anabilim dalı bulunmamaktadır. Bunlar, Abant izzet Baysal, Ege, Gazi ve Gaziantep Üniversiteleri’dir. Aile hekimliği anabilim dallarından 20’si son birkaç yıl içinde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanı oranları %54,3’ten %77,6’ya yükselmiştir (22).

2.1.7. Aile Hekimliği Tarihçesi

Tüzün ve Kaya'ya göre aile hekimliği, ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı branşlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının olması gerektiğini vurgulamıştır. 1947 yılında İngiltere’de genel pratisyenlerin Aile Hekimleri Kraliyet Koleji (Royal College of General Practice) kurması ile gerçek anlamda bir aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kapsamlı ve bireysel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması ise 1950’lerde başlamıştır. 1960’ların başlarında birinci basamakta çalışmaya elverişli hekimlerin oluşturacağı yeni bir tıp disiplini kurulması fikri ortaya atılmıştır. Yine 1960’lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) "Aile Hekimliği Kurulu" (Board of Family Practice) kurularak aile hekimliği uzmanlığı oluşmuştur. Daha sonra 1963 yılında Edinburg’ta ilk aile hekimliği bölümü açılmıştır. İngiltere’de uzmanlık dalı olarak tanınması ise 1965 yılında olmuştur. 1969 yılında "Amerikan Tıp Birliği" (American Medical Association) tarafından "Millis ve "Willard Raporları" olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1978 yılında Kazakistan’da "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı (Alma Ata Konferansı)" yapılmış ve

çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında hedefler ve stratejiler gösterilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve şartlar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. WHO (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün imzasının olduğu "Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi"nde, aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır (23).

"Avrupa Birliği" tarafından, 1995 yılında "Avrupa Birliği" üye ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az 2 yıl eğitim görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmış ve 1996 yılında bu süre 3 yıla çıkarılmıştır.

Avrupa’nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az 2 yıllık uzmanlık eğitimi almış, "Aile Hekimi" ya da "Genel Pratisyen" olarak isimlendirilen hekimler tarafından yürütülmektedir. Genele baktığımızda verilen uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl ile 6,5 yıl arasında değişmektedir (24).

2.2. Hasta Merkezli Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti modelleri her zaman olduğu gibi bugün de gündemdedir. Ülkelerde hiç bitmeyen bir reform varsa bunun sağlık reformları olduğunu söylemek yanlış olmaz. Türkiye’deki aile hekimliği merkezli sağlıkta dönüşüm uygulamaları bu konudaki tartışmaları güncel tutmaktadır. Politikacılar da hastaların önceliklerine her zamankinden daha fazla önem vermektedirler.

“Hastalık yoktur, hasta vardır” prensibi tüm sağlık alanları için geçerli bir prensip olmakla birlikte, “merkeze hizmet alan bireyi koymak” özellikle aile hekimleri için vazgeçilmez bir prensiptir (25).

Tüm hekimler hastalarıyla iletişime önem verirler. Ancak aile hekimleri için bu ilişki genelde içerikten önde gelir; aile hekimi hastalığı bilmeden önce hastayı ve beklentilerini bilmelidir (26).

Hasta merkezli hizmet, “hastaların bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygı duyan ve bunları karşılamaya çalışan ve hastaların değerlerinin tüm klinik kararlarda yol gösterici olmasını temin eden yaklaşım” olarak tanımlanabilir. Amerikan Sağlık Enstitüsü, sağlık sisteminin daha iyi bir noktaya gelmesi ve kaliteli hizmet sunulabilmesi için hasta merkezli sağlık hizmeti sunulmasını önermektedir (27). Hasta merkezli hizmet sunumunun faydaları ödeyici kurumlar tarafından da keşfedilmiş ve teşvik edilmektedir (28). Ayrıca bu yaklaşımın hasta uyumunu artırma ve sağlık masraflarını azaltma gibi faydaları da gösterilmiştir (29,30). Hasta merkezli hizmet sunumu sadece hasta ve hekimle ilişkili olmayıp hastanın ailesi, diğer sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık sistemini de ilgilendirir (31). Epstein, hasta merkezli hizmetle ilgili üç hususa dikkat çekmektedir: Birincisi, hasta merkezli bakım bir hizmet yaklaşımıdır ve sağlık çıktılarıyla ilişkisine bakılmaksızın hastanın görüşlerini dikkate almayı gerektirir. İkincisi, davranışlarla çıktıların çeliştiği durumlar olabilir. Örneğin, hekiminin ilgisinden memnun olan ama hastalığı kötüleşmekte olan bir kişinin hasta merkezli hizmet aldığını söylemek zordur. Üçüncüsü, hizmetin hasta merkezli olma durumuna karar verenlerin hastaların kendileri olması beklenmektedir. Oysa hastaların istedikleri (örn. ilaç) ile gerçekte ihtiyaç duydukları şeyler (örn. bilgi) örtüşmeyebilir (32).

2.2.1. Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi

Amerikan Aile Hekimleri Birliği'ne göre hasta merkezli tıbbi ev; çocuklara, gençlere ve yaşlılara daha kapsamlı bir birinci basamak hizmeti vermek için geliştirilmiş bir bakım modelidir. Bu model sayesinde hastalara kendilerine özgü, kendi ihtiyaç ve tercihlerine göre hizmet verilerek sağlık bakımının kalitesi ve verimliliği artırılabilir.

2007 yılında Amerikan Pediatristler Birliği (AAP), Amerikan Aile Hekimleri Birliği (AAFP), Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan Osteopatlar Birliği'nin (AOA) ortaklaşa geliştirdikleri ve yaklaşık 330 bin hekimin dâhil olduğu bu modelde şu özellikler öngörülmektedir. Bunlar:

- Hekim liderliğinde uygulama: Hastalar uygulama içinde kurulmuş bir bakım ekibine ve kendi kişisel hekimlerine bakım gerekliliğinde ulaşabilirler.

-Kişi yönelimli olma: Bakım ekibi hayatın her aşamasında kişiye akut, kronik, koruyucu bakım ve yaşam sonu bakımı olarak kapsamlı bir bakım vermelidir.

-Entegre ve koordineli bakım: Uygulama içinde hastaların diline, kültürüne uygun bir şekilde yaklaşım göstererek hastaların diğer sağlık kuruluşlarına ihtiyacı halinde gerekli adımlar atılması.

-Kalite ve güvenlik odaklı bakım: Kalite geliştirme prosedürleri ve kanıt temelli ilaçlar kullanarak hasta bakımını sürekli iyileştirmek.

-Erişim ve ödeme kolaylığı: Bakıma hastaların erişimini arttırmak için bir taahhüt oluşturulmalıdır (33).

Hasta merkezli tıbbi ev uygulamaları yönetiminde çeşitli kuruluşların ulusal tanıma ve akreditasyon programları gereklidir. Bunlar: Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC), National Committee for Quality Assurance (NCQA) , The Joint Commission (TJC) Designation for Your Primary Care Home, URAC Patient-Centered Medical Home Accreditation.

ABD’de nüfusun %93’ü kendilerine birinci basamak hizmet sunacak bir hekim veya kurumun olmasını istemesine rağmen sadece yarısı bunu tercih etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini daha çekici hale getirmek ve halkın beklentilerini karşılamak amacıyla Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi (HMASM) adı altında yeni bir konsept geliştirildi. Birinci basamağı yeniden yapılandıran bu modelde daha ucuza daha kaliteli hizmet sunulması ve hem hizmet alıcılarının, hem de sunucuların memnuniyetlerinin sağlanması hedeflenmektedir (34).

Hasta merkezli aile sağlığı merkezi başarısını inceleyen bir araştırmada; hedeflenen her üç alanda da başarılı sonuçlar alındığı, masraflarla ilgili bazı olumsuzlukların olduğu ve birçok da belirsizliğin olduğu bildirilmiştir (35).

2.2.2. Hasta Merkezli Klinik Yöntem

Hasta merkezli klinik yöntem, aile hekiminin düşünce yapısında birbiri ile ilişkili iki vazgeçilmez ilkenin var olmasını, bir başka deyişle iki temel değişimi gerektirir. Bu değişimlerden birincisi hekimin belirleyici, hastanın ise pasif bir alıcı olduğu hiyerarşik düşünce tarzının bu yöntemde yeri olmadığını kavramaktır. Bir

hekim, hasta merkezli olabilmek için ilişkideki gücü paylaşmayı öğrenmek zorundadır. Bu güçler dengesi, hasta merkezli bir uygulamanın zorunlu erdemidir (36).

İkincisi ise, aile hekiminin, hastası ile ilişkisindeki nesnelliği, onunla arasına mesafe koyan bir duruş olarak göstermesinin kabul edilemeyeceğidir. Hekim, duygusal olarak destekleyici ve hastasının bir birey olarak yaşamının tüm evrelerinde çektiği sıkıntılara karşı duyarlı olmalıdır. Dolayısıyla aile hekimi hastadan gelen nesnel ve öznel tepkileri dengelemeli ve zihin ve bedeni bir arada algılamaya çalışmalıdır (36,37).

Hem bir dâhiliyeci hem de psikoanalitik yönelimli bir psikiyatrist olan Dr. George Engel'in biyopsikososyal modelinin devrimsel önemi açıktır. Engel, 1970'lerde geleneksel biyomedikal yöntemi, çok dar bir bakış açısına sahip olması ve klinik olarak önemli bilgileri dışlaması ile eleştirmişti. Önerdiği alternatif, biyopsikososyal model, biyolojik, psikolojik ve sosyal verileri bütünleştirerek tıbbın bakış açısını genişletti. Engel bir model, bir teori ortaya koymuştu; ancak hekimin tam olarak ne yapması gerektiği çok da açık değildi. Bu model sonuçta bir soyutlamaydı ve uygulamada hayata geçebilmesi için bir yönetime gereksinim duyulmaktaydı (38).

İşte, hasta merkezli klinik yöntem bu gereksinimi karşılamaktadır. Biyopsikososyal modelin hayata geçmesini yani uygulanabilmesini, araştırılabilmesini ve öğretilebilmesini sağlamaktadır.

2.2.2.1. Hem Hastalığın Hem de Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması

Bu faktör hekimin, bütün hastaları için, sağlığın bozulması ile ilgili “hastalık ve rahatsızlık” kavramlarını anlayabilmesini gerektirir. Hastalık, hekimin hastanın sorunlarını, vücut organlarının ve sistemlerinin yapısal ve/veya işlevsel anormallikleri çerçevesinde, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar ile açıklamaya çalıştığı bir kavramdır. Rahatsızlık ise hastanın sağlığındaki bozulma ile yaşadığı kendi kişisel deneyimi, yani hastanın öyküsüdür. Hastanın aldığı tanı onu aynı hastalığa sahip kişilerle ortaklaştığı noktaları belirlerken, her insanın “rahatsızlığı” sadece kendisine özgüdür.

Etkin bir hasta bakımı, bireylerin hastalıkları kadar rahatsızlıklarını da dikkate aldığımız ölçüde mümkündür. Hastalık geleneksel biyomedikal yöntem ile saptanabilir; ancak rahatsızlık deneyiminin kavranması için ek bir yaklaşıma gereksinim vardır.

Hasta merkezli klinik yöntem, bireylerin rahatsızlık deneyimine dört temel boyutta yaklaşır:

Hasta merkezli klinik yöntem birbirleri ile etkileşim içinde olan dört bileşenden oluşmaktadır:

- Hastanın duyguları; özellikle de hastalığından ötürü korkuları,
- Hastaların problemlerinin ne olduğu hakkındaki görüşleri,
- Hastaların problemlerinin günlük yaşam işlevleri üzerindeki etkisi,
- Hastaların problemleri için ne yapılması gerektiği hakkındaki beklentileri.

Bu yaklaşımda öncelikli hedef hastaların bu boyutlar ile ilgili sunduğu ipuçlarına duyarlı olmaktır; sonrasında ise hastaların sunduğu ipuçlarını izlemek ve hastaların deneyimini onların bakış açısından kavramaya çalışmaktır. Bu yöntem hasta memnuniyetini ve hastayla olan iş birliğini artırır, hem rahatsızlık hem de hastalık ile ilgili verileri iyileştirir ve bir hekimin günlük pratiğindeki bütün hastalar için uygulanabilir.

Hastanın, rahatsızlık deneyiminin hekim tarafından kavranması; hekimin hastanın dünyasına girmesini, hastanın kendi rahatsızlığı hakkındaki uzmanlığına saygı duymasını ve rahatsızlığı hastanın bakış açısından kavramasını sağlayacak bir görüşme becerisi gerektirir. Bu hedefe genellikle özel bir çaba göstermeksizin ulaşılabilirse de bazen hekimler, hastanın duyguları, düşünceleri, beklentileri ve durumunun günlük işlevi üzerindeki etkileri hakkında sunabileceği bütün ipuçlarına karşı duyarlı olmak zorunda kalırlar. Hasta hekimi, ipuçlarını kaçırdığı konusunda uyarabilir. Bu, bazen görüşmenin sonunda, hasta odayı terk etmek üzere ve eli kapı tokmağındayken yaptığı son derece önemli bir yorum olabilir. “Kapı tokmağı” yorumları, hekimin görüşme sırasında bazı ipuçlarını kaçırdığı ve hastanın korktuğu ve utandığı bir konuyu çok geç olmadan açmaya cesaret edebildiği anlamına gelebilir.

2.2.2.2. Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması

İkinci faktör bireyin bir bütün olarak kavranmasıdır. Hekimler zamanla, hastaları hakkında, hastalığa tanı koyma veya rahatsızlığa verilen tepkileri belirlemenin çok ötesinde bir bilgi yığını biriktirirler. Hastalarını bir birey olarak tanımaya başlarlar ve bu

yolla bireyin hastalığını ve rahatsızlık deneyimini, onun yaşam ortamı ve kişisel gelişim düzeyi bağlamında değerlendirebildikleri bir kavrayışa ulaşabilirler. Birey hakkındaki bu bilgi onun ailesi, işi, inanışları ve çeşitli yaşam olayları ile nasıl mücadele ettiğini içerir.

Bir aile ferдинin ciddi bir hastalığı tüm aile sistemi içinde yanıt bulur. Bireyi bir bütün olarak algılayabilen bir hekim, ailenin kendi üyeleri üzerindeki iyileştirici, kötüleştirici ve hatta hasta edici olabilecek etkilerinin farkındadır. Hastanın kültürel inanış ve tutumları da kendi bakımı üzerinde etki sahibidir.

Bireyin bir bütün olarak kavranması, bazı belirli anlarda, genellikle de belirti ve bulguların, açıkça tanımlanabilen bir hastalık sürecine işaret etmediği veya hastanın rahatsızlığa verdiği tepkiler abartılı olduğu zamanlarda hekimin hasta ile etkileşimine katkıda bulunur. Bunun gibi durumlarda hastanın yaşam evresi, o anda yaşadığı rahatsızlık deneyimini bir miktar aydınlatılabilir. Ancak tanının son derece açık ve kesin olduğu durumlarda bile, birey hakkında sahip olduğu bütüncül bilgi, hekimin “Neden şimdi?” sorusunu yanıtlamasını sağlayabilir. Son olarak, bireyi bir bütün olarak kavramak, hekimin insan yapısı ve özellikle acı çekmenin doğası ve kişilerin hasta olma durumuna tepkileri hakkındaki anlayışını pekiştirir.

2.2.2.3. Ortak Zemin Oluşturma

Üçüncü faktör karşılıklı bir anlayış içinde ortak bir zemin oluşturmaktır. Etkin bir yönetim planı oluşturabilmek için hasta ve hekimin, üç maddede ortak bir zeminde buluşmaları gerekir. Bunlar;

- Problemlerin doğası ve öncelikler,
- Tedavi hedefleri,
- Hekimin ve hastanın rolleri,

Hekim ve hasta bu üç alanda genelde oldukça farklı bakış açılarına sahiptirler. Bu ayrılığın doyurucu bir çözüme ulaşması süreci, bir pazarlık veya müzakere sürecinden öte, zihinlerin buluşmasına veya ortak bir zemin oluşturulmasına doğru birlikte hareket etme sürecidir. Bu çerçevede hekime, hastanın duygularını, düşüncelerini, beklentilerini ve işlevini tedavi planına uyarlaması gerektiğini anımsatır. Bu üçüncü faktör hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde yer almaktadır.

2.2.2.4. Hasta – Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi

Bu faktör, hasta - hekim ilişkisinin geliştirilmesi yönünde harcanan bilinçli bir çabayı ifade eder. Hasta merkezli klinik yöntem için temel bir öneme sahiptir. Hekimler aynı bireyi zaman içinde farklı sorunlarla defalarca görerek, birey hakkında daha sonraki sorunların çözümünde yardımcı olabilecek hatırı sayılır bir bilgi birikimi edinirler. Hekim her bir hastası ile gerçekleştirdiği her görüşmede, bakımın sürekliliği bağlamında, hasta ile birlikte çalışmalarının temelini oluşturacak etkin bir hasta – hekim ilişkisi geliştirmeye ve bu ilişkinin sağaltıcı potansiyelini kullanmaya çalışır. Hekimler bunun için kişisel öz-farkındalıklarını ve etkin bir ilişkinin temel araçlarını kullanırlar: Koşulsuz olumlu yaklaşım, empati ve içtenlik. Her zaman yorumlama veya müdahale etme zorunluluğu duymadan hastalarına ve onların gereksinimlerine odaklanırlar. Hekimler her bir hastanın farklı yaklaşımlara gereksinim duyacağını ve bu gereksinimleri farklı yollarla (örneğin, önüne geçilemez bir destek gereksinimi içinde olan ve terkedilmeye karşı son derece kırılgan bir hastayı hissetmek ya da savunmacı ve karmaşık bir hastayı tanımak ve yardım etmek) karşılamaları gerekebileceğinin farkında olmalıdırlar. Sonuçta hekimler hastaları ile “birlikte yürüyerek”, kendilerini ve hasta ile olan ilişkilerini kullanarak, hastalarının iyileştirici güçlerini harekete geçirmeye çalışırlar.

Özet olarak, hasta merkezli bakım bu dört ölçüt aracılığı ile araştırılabilir, ölçülebilir ve öğretilebilir.

2.2.3. Hasta Merkezliliğinin Hastalar İçin Önemi

Little ve ark.’nın araştırma serileri, Birleşik Krallık’ta hastaların %75’inin hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiklerini göstermektedir. Üstelik şüpheli yazarların araştırma sorusu, “Hastalar hasta merkezliliğin bütün bileşenlerini istiyorlar mı?” şeklindeydi. Yanıt ise kesin olarak “Evet” (39).

Aile hekimlerine yetişkin hastalar nadiren sadece tek yakınmaları olduğu için, çoğu zaman birden fazla durum nedeni ile rahatsızlık yaşadıkları için başvururlar. Her başvuruda tek bir soruna odaklanmak kaliteli bir sağlık bakımı sağlamayabilir: Hastaların %23’ü iki veya daha fazla kronik hastalığa sahipken, 65 yaş üzerindeki hastalar için bu oran %65’in üzerine çıkmaktadır. Üstelik akut veya kronik hastalıklar,

bireylerin aile hekimlerine sundukları resmin yalnızca bir parçasıdır. Aile hekimleri hasta merkezli bir yaklaşımla hastaları için sunulan sağlık bakımının kalitesini önemli ölçüde arttırabilirler (40).

2.2.4. Hasta Merkezli Bakım

Geliştirilmiş iletişim ve hasta hizmet sunucu memnuniyetine önem veren hasta merkezli sağlık hizmetine yönelik bakım Engel'in biyopsikososyal modeli üzerine kurulmuştur.

Hastayı soğutmadan ve de paternalistik olmayan bir tutumla tedavi etmeye çalışmak kişinin sağlık, hastalık ve tedavi olma çabalarına karşı geliştirdiği kültürel, sosyal ve psikolojik etmenlerin karmaşıklığına anlayış ve saygı duymayı içermektedir. Hastaların kendi sağlıklarını iyileştirmek, hastalıklarını tedavi etmek ve rahatsızlıklarıyla baş etmek zorunda olduklarının etkisi ile çalışmak hasta merkezli bir hizmet modeli gerektirir. Araştırmalar hastaların klinik düzeyde karşılaşmalardan ve sağlık bakımından duyduğu memnuniyetin kendilerinin sağlık sunucuları tarafından dinlenmesinden, isteklerinin karşılanmasından ve korkularının konuşulmasından geçtiğini göstermektedir. Hastaların kültürel inanışları, değerleri ve beklentileri üzerinde çalışmak ve onları aileleri ile sosyal toplumla bütünleştirmek sağlık hizmeti sonuçlarını geliştirir.

Hasta-hekim iletişimi konusunda sağlık personelinin yeteneklerinin geliştirilmesinin temel amacı; personelin hasta ile görüşme, öykü alma, fizik muayene yapma ve tedavisini olumlu yönde sürdürme konularında bilgi ve beceri kazanmasının sağlanmasıdır. Hekimlerin kazanacağı bu becerilerin, tüm meslek yaşamında pekiştirilerek sürdürülmesi gereklidir. Bunun için hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin, modern tıbbın önemli bir uygulaması olan, hasta haklarına uyum sağlamaları ve bu kapsamda “hasta merkezli” iletişim kurma yaklaşımlarını uygulamaları beklenmelidir.

Hekim-hasta ilişkisini “hasta merkezli” ve “hekim merkezli” olmak üzere iki ayrı noktada ele almak mümkündür.

Hasta merkezli yaklaşımında, doktor hastanın durumuna göre hastanın bilgi ve tecrübelerini teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilmektedir. Yani hastanın ilişki

sürecine aktif bir katılımı gözlenebilir. Hekim merkezli yaklaşımda ise, hekimin birincil görevi zamanı iyi kullanmaktır. Eğer hekim hastalara durumları hakkında detaylı açıklamalara izin verirse, zaman kaybedecek ve tüm zamanı onları dinlemekle geçecektir. Bu nedenle burada hekim, hastanın değil kendinin bilgi ve tecrübelerini ön plana çıkarabilmelidir (41).

2.2.5. Hekim Merkezli Bakım

Hekim merkezli (paternalist) yaklaşımda hekim; hastanın şikâyetlerinin hikâyesini, özgeçmişini, aile öyküsünü, sosyal ve iş öyküsünü sorgulamakta ve sistemlerin değerlendirilmesi sonucunda tanı ve tedavi sürecinin şekillendirilmesinde karar veren kişi olmaktadır. Hekim merkezli görüşmenin amacı, otoriter ve biyomedikal yaklaşımın temelinde hastalığın tanısının belirlenmesidir. Görüşmenin lideri hekimdir ve hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla kesmektedir. Hastanın verdiği bilgilerden neyin önemli ve gerekli olduğu hakkında karar veren de hekimdir. Özellikle birinci basamakta, hekim merkezli görüşmelerin birçok dezavantajları vardır: Hastanın beklentileri tam karşılanamayabilir, kaygıları, korkuları ve diğer duyguları tam olarak aydınlatılamayabilir. Hastanın doktora gerçek geliş sebebi bile göz ardı edilebilir. Tedavi planı yapılırken, hasta kendi fikirlerinin değersiz olduğuna inanmaya başlar. Hasta, pasifleşmekte ve kendine olan inancını kaybetmeye başlamaktadır. Daha sonra da semptomlar ve hastalıkla ilgili duygular sıklıkla artarak, daha yoğun tıbbi bakıma gerek duyulur (42).

Paternalistik tutum içerisindeki hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının isteklerini yok saymaktadır. Hekim hastasını kendi doğruları yönünde davranmaya zorlamakta, örneğin tıbbi gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermemektedir. Bu bağlamda güncelde ortaya çıkan şikâyet; hastanın, hekim karşısında sahip olduğu özerkliğinin, serbestisinin, özel yaşam haklarının kaybolduğuna ilişkindir. Oysa günümüz tıp uygulamasında etik değerler kapsamındaki; hasta özerkliğine saygı ilkesi ve hasta hakları doğrultusunda hastaya söz ve tercih hakkı tanınarak hekimin hastayla birlikte ortak bir karara varması gerekmektedir.

Paternalizmin dayanakları zarar vermeme ve yarar sağlama ilkeleri olmakla birlikte, bu ilkeler ile paternalizm özdeş değildir. Yararlılık ilkesinde de hasta için

yararlı olanı seçmek vardır. Tıbbi ilişki çerçevesinde, hasta bedensel ya da ruhsal sorunları olan ve bunlara çözüm aramak için gelen kişi, sağlık profesyoneli ise onun yeniden sağlığına kavuşabilmesini sağlayacak mesleki bilgi ve beceriye sahip olan “donanımlı” kişi durumundadır. Bu ilişkide hasta hizmeti alan, sağlık profesyonelleri ise hizmeti veren olarak eşit koşullarda değillerdir. Sağlık profesyoneli hastaya uygulanacak tıbbi yaklaşımı bilen olarak tıbbi ilişki çerçevesinde etken bir rol üstlenirken, hasta ise onun söylediklerini yaparak edilgin duruma geçmektedir. Bu ilişkide dengelerin bozulmasına yol açan, bilenin bilmeyene göre doğal ve kaçınılmaz bir üstünlüğe sahip olmasıdır. Hekim merkezli yaklaşım ve görüşme; hastanın yaşamını tehdit eden akut klinik durumlarda ve acil servislerde uygundur. Hekim merkezli görüşmenin amacı, otoriter ve biyomedikal yaklaşımın temelinde hastalığın tanısının belirlenmesidir (42,43).

Paternal tutum içinde olan sağlık profesyonelleri, hastaya faydalı olma çabası içerisinde, hastanın istek ve beklentilerini dikkate almadan, kendi değer yargılarına ve varsayımlarına göre saptadıkları doğrularla davranarak tıbbi gerçeği saklayıp hastasına hiçbir bilgi vermemektedir. Bu bağlamda günümüzde ortaya çıkan rahatsızlık; hastanın hekim/sağlık profesyonelleri karşısında sahip olduğu özerkliğinin, özel yaşam haklarının kaybolduğu yönündedir (44).

2.2.6. Hasta Merkezli Yaklaşım

Açık uçlu sorularla iletişim kurmayı, hastayı dikkatli bir şekilde takip etmeyi, hasta duruncaya kadar dinlemeyi ve onun ifadeleriyle ilişkili soru sorarak onu anlamayı esas alan ve hastanın verdiği kararlara saygı duyan bir yöntemi önermektedir.

Bu yaklaşımın amacı; hastanın kaygılarının ortaya çıkarılması, durumunun anlaşıldığının ona fark ettirilmesi, onunla empati kurulması, iletişimde anlaşılır bir dil kullanılması, kaygı ve sorunların çözümünde onunla ortak ilişki kurulması, hastanın durumunu hekimin kavradığından emin olması, hekime güven duyması ve hastanın ihtiyaç duyduğunda hekimle nasıl bağlantı kuracağını bilmesinin sağlanmasıdır. Hasta merkezli yaklaşımda, doktor hastanın durumuna göre hastanın bilgi ve tecrübelerini teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilmektedir. Yani hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı gözlenebilir. Hekim merkezli yaklaşımda ise, hekimin birincil

görevi zamanı iyi kullanmaktır. Eğer hekim hastalara durumları hakkında detaylı açıklamalara izin verirse, zaman kaybedecek ve tüm zamanı onları dinlemekle geçecektir. Bu nedenle burada hekim, hastanın değil kendinin bilgi ve tecrübelerini ön plana çıkarabilmelidir (41).

Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasını sağlamaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu hakkında ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (45).

Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da kapsamaktadır (46).

Son çalışmalar hastaların, doktorların baskın olmadığı ve hastaların konuşmaları hakkında cesaretlendirildiği bir ortamdan çok daha fazla memnun olduklarını göstermektedir. Tersine hastaların yalnızca biyomedikal konular hakkında sorgulanmaları, hasta memnuniyetini negatif yönde etkileyen bir durumdur. Hasta merkezli tedavi modelinin diğer bir güzel yönü de doktorlar için de daha olumlu olmasıdır (47,48).

Hekim merkezli ilişkide hekimler, hastaların düşüncelerini ifade etmelerine fırsat vermemekte, soru sormalarına müsaade etmemekte ve hastalarına genelde kapalı uçlu sorular sormaktadır. Hasta merkezli ilişkide ise hastaların düşünceleri ile soruları da önemlidir ve hekimler, hastalara genelde açık uçlu sorular sormaktadırlar ve hastalarına daha fazla zaman ayırmaktadırlar.

Hasta odaklı tedavide hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir, hastalar akıllarındaki her türlü soruyu sormaları için hekim tarafından cesaretlendirilir, hastalara şikâyetleri ve sağlığı hakkında detaylı sorular sorularak

hastanın hastalığı ile ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir, hastalığın hastanın yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiği, onun için ne anlam taşıdığı öğrenilmeye çalışılır. Çünkü hasta odaklı tedavide amaç hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir. Hastalığın tanı ve tedavi sürecinde hastayla ilgili her türlü karar hasta tarafından verilmelidir. Doğru karar verebilmeyi kolaylaştırmak için, hastayı tedavisi ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirmek, potansiyel risk ve yararları tolere edebilmesi için desteklemek gereklidir (48).

Hasta merkezli görüşmenin temelinde, doktor hastanın dünyasına girmeye çalışır ve bütüncül bir yaklaşım uygular. Bu yaklaşımda biyopsikososyal model geçerlidir. Amaç problemlerin hastayla birlikte paylaşılabilesidir. Yaklaşımın temeli şu maddeler üstüne kurulmaktadır (49):

- Hastanın kaygılarının hepsini tam bir bakış açısıyla değerlendirmek,
- Ana problemi ortaya çıkarmak,
- Tanıya yaklaşmak,
- Tedavi planları geliştirebilmek,
- Hastayı eğitebilmek ve motive edebilmek,

Hasta merkezli bakım sürekli kalite iyileştirmenin önemini vurgular. Hastanın bakımla ilgili beklentilerinin bilinmemesi sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesi ile ilgili çabalarını engelleyebilir (50).

Sağlık kontrolleri sırasında hasta ile sağlık ekibi arasındaki iletişim, tedaviye uyum ve bakım kalitesini etkilediği için hastanın bakıma aktif katılımının desteklenmesi, hasta merkezli bakım verilmesi ve hekimlerin hasta eğitimlerinde daha fazla rol almaları önem taşımaktadır (51).

Ancak hasta merkezli tıp uygulamalarında, teşhis ve tedaviyle ilgili kararları daima hasta verir. Hekim veya diğer sağlık personeli, sürecin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir, neyin niçin yapılması gerektiğini, yapılması veya yapılmaması durumunda ortaya çıkacak sonuçların neler olabileceğini ayrıntılarıyla açıklar ama hastanın yerine, hasta adına karar veremez (47).

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

a)Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.

b)Tutumla ilgili: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.

c)Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme, sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

Kişİ merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:

-Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişİ merkezli bir yaklaşım benimseme,

-Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,

-İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve (hasta ile) işbirliği yapma,

-Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; devamlı ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi (12).

2.2.6.1. Hasta Merkezli Yaklaşımında Teşhis, Tedavi Planı ve Hasta Eğitimi

Ana semptomun sebebi hakkında hastanın düşüncelerini almak da büyük önem arz eder: “Probleminizin ya da hastalığınızın sebebi sizce ne olabilir?” gibi. Burada hastalar sıklıkla, bazı özel ya da ciddi hastalıklarla ilgili korkularını ifade ederler. Aynı zamanda doktorun tanıyla ilgili bilgilendirmesini (özellikle de kötü haberler varsa) dinlerken de oldukça korku dolu ve gergindirler. Bu nedenle bu bilgilendirme kısa ve öz olmalıdır. Hasta genellikle konuşmadan, sessiz kalarak ya da üzgün ve sinirli olarak tepkisini belli eder. Tedavi planını yaparken hastanın motive edilmesi önem taşır. Ancak tecrübeli doktorlar için bile hastanın yaşam stilinde değişiklik yapmasını sağlamak en zor işlerden biridir.

Hasta merkezli görüşmenin finalinde doktordan hastaya bir çeşit bilgilendirme özeti sunulur. Burası ilişkinin çok dikkat edilmesi gereken özel bir kısımdır. Çünkü hastalar tamamıyla bilgilenmiş bile olsalar, doktorun önerilerinin yalnızca %22’sine uyabilmektedirler. Hastayı, hastalığı hakkında etkili bir şekilde eğitebilmenin en azından 7 basamağı vardır (42):

-Uyumun dikkatlice kontrolü,

-Uyumla ilgili özel problemlerin belirlenmesi,

-Duygulara karşılık vermek; destek sağlamak, hastayla işbirliği içinde kalarak duygularına saygı göstermek,

-Kesin kararlar ilgili durum bildirilmesi,

-Çözümlerin üretilmesi,

-Niyet etme ve takiple ilgili durum değerlendirilmesi,

-Hastanın kendi güçlerinin farkına varmasının sağlanması.

Böylece, doktor hastasının uyumsuzluğuyla ilgili bütün problemlerini rahatça tartışabildiği bir ortam oluşturacaktır. Hasta önerilere uyma konusundaki güçlüklerini tanımlarken, doktor problemi anladığını belli etmelidir.

2.2.6.2. Hasta Merkezli Yöntemin Faydaları

-Hasta ve doktor memnuniyetini artırır.

-Tedaviye uyumu artırır.

-İşlevsel durumda iyileşme sağlar.

-Çatışmaları azaltır (52).

2.2.6.3. Hasta Merkezli Görüşmede Görevler

-Hastaların sorunlarını anlamak,

-Sorun ve yönetimi konusunda anlayışı paylaşmak,

-Hasta ile yönetim konusunda karar vermek,

-Hastayı karar alma ve bakımını yönetme konusunda yetkin kılmak,

-Zamanı uygun kullanmak,

-Etkili bir ilişki kurmak ve sürdürmek (53).

Hasta merkezli hizmet yaklaşımı, hekimlerin hastaların inanç, ilgi ve rahatsızlıklarıyla ilgili yaşantıları (tümü kültürel olarak etkilenmiş boyutlar) hakkında bilgi alarak saygıyla cevap vermelerini gerektirir. Hasta merkezli hizmet bu nedenle kültürel bakımdan yetkin hizmet ile uyumludur (52).

Hekim-hasta ilişkisinde, hastanın uygun şekilde bilgilendirilmesi yanında diğer bir boyut da hasta ile bir ortaklığın oluşturulmasıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda hasta

memnuniyetinin, hastaya verilen bilgi ve hastanın hastalığını anlama düzeyi ile değiştiği saptanmıştır.

Hasta haklarından, hastanın bilgilendirilmesinden, hasta ile bir ortaklık oluşturmadan ve hasta memnuniyetinin sağlanmasından yola çıkıldığında, hekim-hasta ilişkisinde farklı modellerin bulunduğu görülmektedir.

Tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik, kanıtların yetersiz olduğu, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasındaki önceden tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimler, bunun da ötesinde günümüzde insanın değer ve düşüncelerinin rolü, tıp alanında giderek artan etkiye sahip özellikler olarak ortaya çıkmıştır. Bilgiye ulaşım kolaylığının artması ve hastanın otonomisinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıştır (54,55).

Hasta merkezli yaklaşım modellerinin ilk kez sunulduğu 1980'lerden sonra, hasta ile doktorun ortak karar verdikleri, yani 'karar vermede paylaşım' şeklinde yeni bir alan ortaya atılmıştır. Sağlıkla ilgili kararlara hastaları katmanın, bir başka deyişle hasta ile tıbbi kararı paylaşmanın sağlık sonuçları üzerine belirgin ve sürekli bir farklılık yarattığı bildirilmektedir (52).

İletişimin temel özelliklerinden biri, söz konusu ilişkide kimin merkezde bulunduğudur. Uygulamada genellikle gözlenen ve eleştirilen hekimin merkezde bulunduğu ilişki biçimi ile hastanın merkezde olduğu ilişki biçimi arasında bu bakımdan önemli farklar vardır.

Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hastaya ayrılan zaman çok azdır ve hekim hastanın dile getirdiği ilk belirti üzerinde durmakta ısrarlıdır. Genellikle hastanın duygularına zaman ayırmak konusunda isteksiz olan hekim, hastayla yakınlaşmaya yol açacak ve insanca öğeler taşıyan gerçek bir ilişkiden kaçınır.

Hastayı merkeze alan ilişki biçiminde ise; dinlemek, sessizlik süreçlerine katlanabilmek, hastanın endişelerini yorumlamak, ona açıklamada ve geri bildirimde bulunmak önemlidir.

Bu ilişki biçimlerinden hangisinin benimseneceği yalnızca hekimin elinde olan bir seçim değildir. Hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği ve ileride sözünü edeceğimiz koşullar da önemli öğeler durumundadırlar.

İletişimin temel unsurlarından biri, hekimin empati yapma ve etkin dinleme yeteneği, ötekisi ise soru sorma tekniğidir. Özellikle ruh hekimliğinde önemle vurgulanan empati, gerçekte tüm hekimler için gerekli bir gereçtir.

Empati, zihinsel olarak başka bir insanın dünyasına girmek anlamına gelmektedir. Hastaya, dünyayı onun gözleriyle görebildiği iletisini ulaştırabilen hekim, iletişimde önemli bir adım atmış sayılabilir. Etkin dinleme ise, hastaya onun söylediklerinin tümünün algılandığı iletisini ulaştırmaktır. Hastanın söylediği cümleleri yorum katmadan yinelemek, başla onaylamak, onunla göz temasını sürdürmek gibi davranışlar bu iletinin veriliş biçimleri arasında sayılabilir.

Hastadan hekime yönelen bilgi akışı hekimle hasta arasındaki iletişimin önemli bir bölümünü oluşturur. Bu nedenle hastaya, kendisini tümüyle ortaya koyabileceği sorular sormak iletişimin bir başka önemli yönüdür. Bu bağlamda en etkin uygulama, açık uçlu sorulardan kapalı uçlu sorulara doğru gitmektir (56).

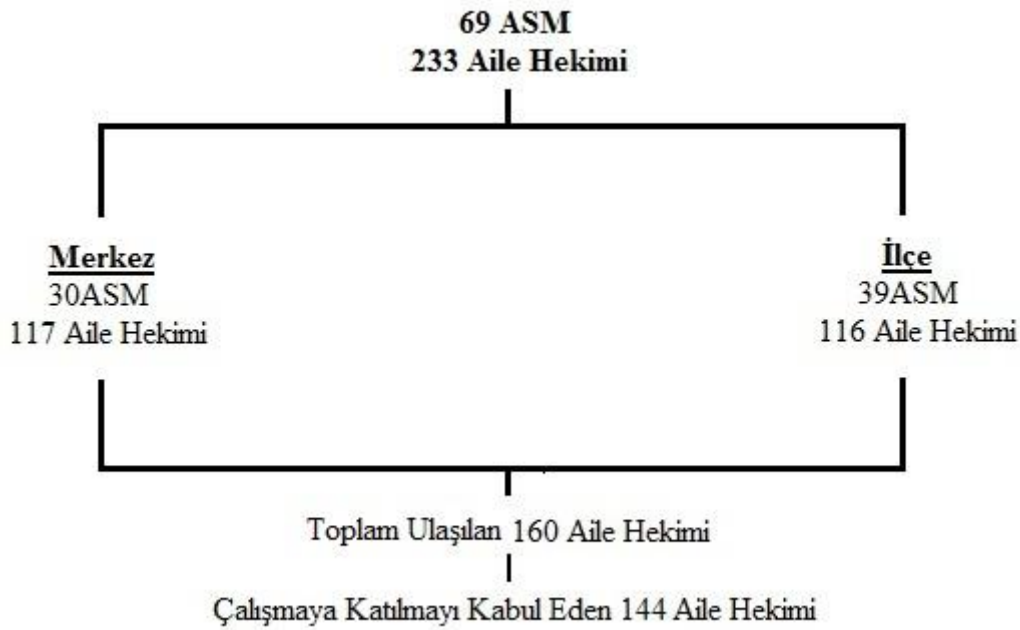
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi ve Örneklem Seçimi

Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışma evrenimizi Erzurum İli aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturmuştur.

3.2. Çalışma Örneklemine Belirlenmesi

Çalışma için herhangi bir örneklem seçimi ve hesabı yapılmamıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde Erzurum'da 69 ASM'de 233 aile hekimi görev yapmaktaydı (117'si merkezde 116'sı ilçelerde). Bunlardan 160 kişiye ulaşılabildi ve bu kişiler araştırmaya katılmaya davet edildiler. Çalışmamıza katılmayı kabul eden aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 144 aile hekimi çalışmaya dâhil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Erzurum'da çalışmanın yapıldığı dönemde bulunan ASM ve aile hekimi sayıları ile aile hekimlerine ulaşılan ve çalışmamıza katılan aile hekimi sayısı

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmamızın anketi 2 bölüm ve toplamda 26 sorudan oluşmaktadır. Birinci kısımda sosyodemografik veriler, ikinci kısımda AAFP'nin hasta merkezli aile sağlığı merkezi kontrol listesi bulunmaktadır. AAFP' nin hasta merkezli aile sağlığı merkezi kontrol listesi dört ana bileşenden oluşmaktadır:

1. Kalite Göstergeleri,
2. Hasta Merkezli Bakım,
3. Sağlık Bilgi Teknolojileri,
4. Aile Sağlığı Merkezi Organizasyonu (5).

Birinci kısmı oluşturan sosyodemografik veriler toplam 10 sorudan oluşmaktadır. İkinci kısım ise toplam 16 soru içermektedir. Anket formu ektedir (Ek-1).

Anketin Türkçe'ye çevirisi ve geri çevirisi çift ana dili olan iki araştırmacı tarafından yapıldı. Elde edilen anket 5 aile hekiminden oluşan bir örnekleme verilerek soruların ifade tarzı, doldurma süreleri gibi görünüm geçerliğiyle ilgili düzeltmeler yapıldı. Anket sorularının iç güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı. Nihai hale ulaşan anket uygulamaya başlandı.

3.4. Uygulama

Katılımcılarla görüşülerek elektronik posta adreslerine ulaşıldı ve katılımcıların elektronik posta adreslerine, Google Docs (<https://docs.google.com/>) aracılığıyla hazırlanan anket formunun bağlantısı gönderildi. Anketimizde doldurulması zorunlu hiçbir soru bulunmamaktadır. Anketleri sadece geçerli şifresi bulunan araştırmacı görebilmektedir. Anket formu üzerinde kimliği belirtecek herhangi bir soru bulunmadığı gibi, hangi anketi kimin doldurduğu araştırmacı tarafından dahi bilinmemektedir. Bu açıdan gizlilik tam olarak sağlanabilmektedir. Çalışmamız gönüllülük esasına dayalı ve katılımcıların doldurduğu anket çalışması olup, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay aldı (Ek-2). Uygulama Ocak-Şubat 2015 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmamıza 144 kişi katıldı.

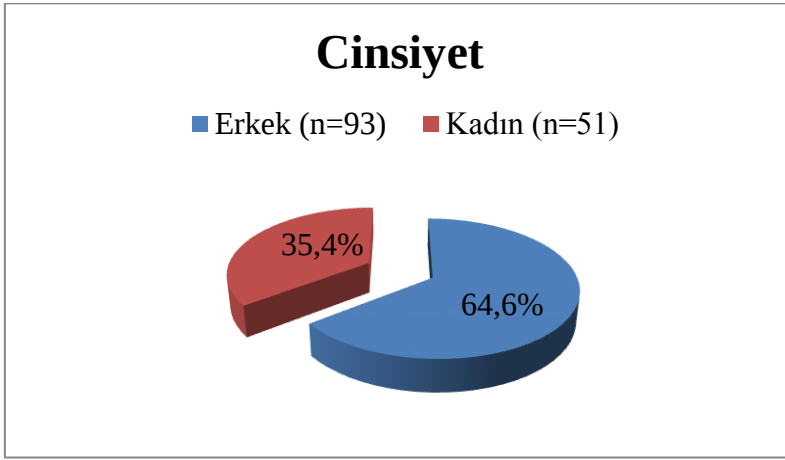
3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 20.0 bilgisayar programı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortanca, ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Cinsiyete, coğrafi duruma, medeni duruma ve aile sağlığı merkezi grubuna göre sorulara verilen yanıtların karşılaştırılmasında Ki Kare testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

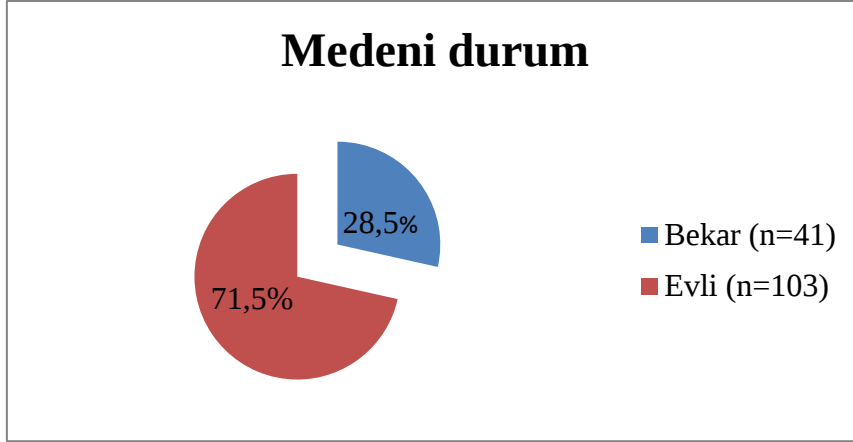
4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 144 hekim katılmıştır. Katılımcıların %64,6'sı (n= 93) erkek, %35,4'ü (n=51) kadındır. Katılımcıların cinsiyet dağılımları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyet dağılımı



Katılımcıların %28,5'i (n=41) bekâr, %71,5'i (n=103) evlidir. Katılımcıların medeni durumları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların medeni durumları

Katılımcı 93 erkekten %69,9'u (n= 65) evliyken, %30,1'i (n=28) bekârdı. Katılımcı 51 kadından %74,5'i (n=38) evliyken, %25,5'i (n=13) bekârdı. Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumları

Cinsiyet	Medeni durum	N	%
Erkek	Bekâr	28	30,1
	Evli	65	69,9
	Total	93	100,0
Kadın	Bekâr	13	25,5
	Evli	38	74,5
	Total	51	100,0

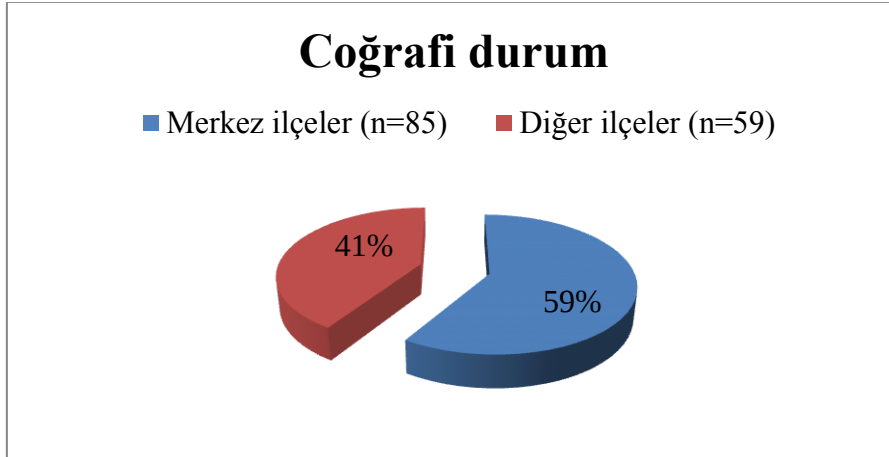
Katılımcıların ortalama yaşı $33,19 \pm 6,36$ yıl, ortalama hekimlik süreleri $8,69 \pm 6,03$ yıl, ortalama aile hekimliği süresi $4,35 \pm 2,1$ yıldır. Günlük baktıkları ortalama hasta sayısı, $39,15 \pm 11,6$ kişi ve bir hastaya ayırdıkları dakika cinsinden ortalama süre ise $6,35 \pm 2,59$ dakika idi (Tablo 6).

Tablo 6:Katılımcıların yaş, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, günlük baktıkları ortalama hasta sayısı ve bir hastaya ayırdıkları ortalama süre ile ilgili bulgular

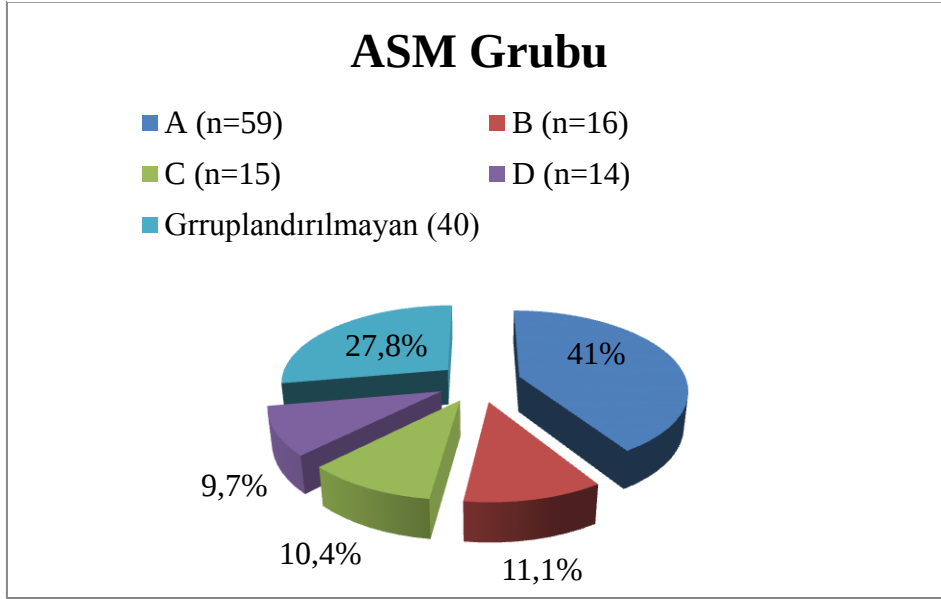
	Yaş	Hekimlik süresi	Aile hekimliği süresi	Günlük bakılan ortalama hasta sayısı	Bir hastaya ayrılan ortalama süre(dakika)
Kişi	144	143	144	144	144
Ortalama	33,19	8,69	4,35	39,15	6,35
Standart sapma	6,36	6,03	2,1	11,6	2,59

Katılımcıların coğrafi durum olarak %59'u (n=85) merkez ilçelerden, %41'i (n=59) diğer ilçelerdendi. Katılımcıların coğrafi duruma göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

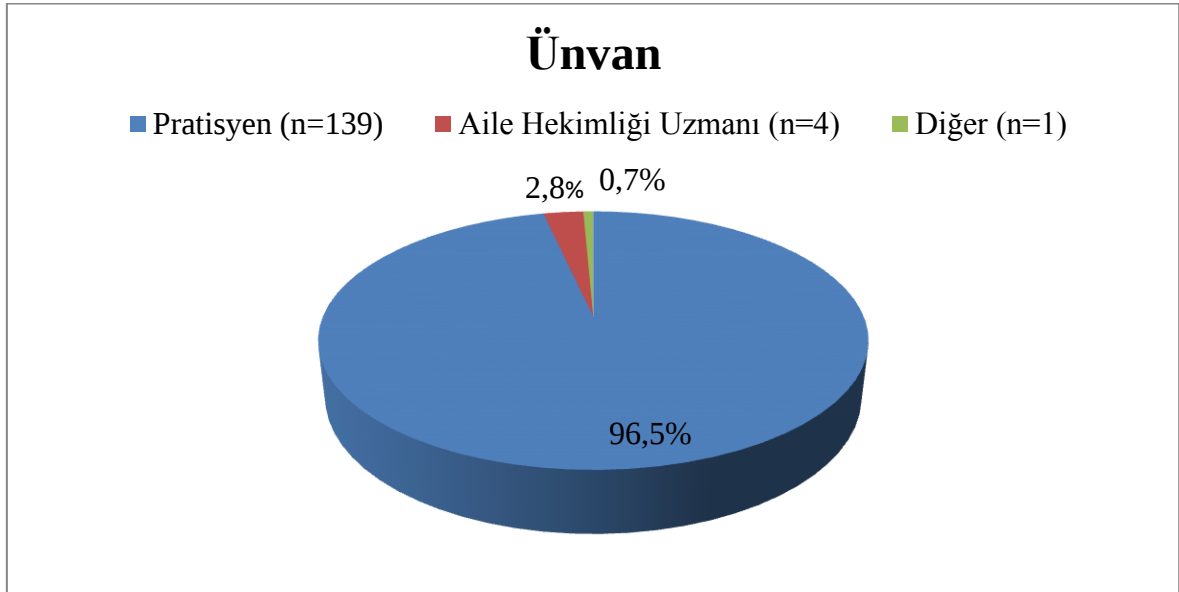
Tablo 7:Katılımcıların coğrafi duruma göre dağılımı



Katılımcıların %41'i (n=59) A grubu, %11,1'i (n=16) B grubu, %10,4'ü (n=15) C grubu, %9,7'si (n=14) D grubu bir aile sağlığı merkezinde çalışırken, %27,8'i (n=40) gruplandırılmamış bir aile sağlığı merkezinde görev yapmaktaydı (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların aile sağlığı merkezi gruplarına göre dağılımı

Katılımcıların %96,5'i (n=139) pratisyen hekimken, %2,8'i (n=4) aile hekimliği uzmanı, %0,7'si (n=1) ise diğer uzmanlık dallarındandı (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımı

4.1. Kalite Göstergeleri

Tablo 10:"Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

SİZ VE PERSONELİNİZ BİR İYİLEŞTİRME KÜLTÜRÜ GELİŞTİRİR MİSİNİZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Günlük çalışmalarınızda kalitenin daha iyi olması için çaba gösterirsiniz	%93,1 (n=134)	%6,9 (n=10)
ASM'nizde görevli herkes için çekirdek performans ölçütleri belirlenmiştir	%16,7 (n=24)	%83,3 (n=120)
Daha iyi klinik yönetimi ve etkinliği için veri toplama ve veri analizi yaparsınız	%20,1 (n=29)	%79,9 (n=115)
ASM'nizin en iyi olması için iyileştirme yollarını tartışırsınız	%72,9 (n=105)	%27,1 (n=39)

Tablo 11: "Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

SİZ VE PERSONELİNİZ BİR İYİLEŞTİRME KÜLTÜRÜ GELİŞTİRİR MİSİNİZ ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplandırılmayan	
Günlük çalışmalarınızda kalitenin daha iyi olması için çaba gösterirsiniz	%90,3 (n=84)	%98 (n=50)	3 0,09	%92,7 (n=38)	%93,2 (n=96)	0,01 1	%89,4 (n=76)	%98,3 (n=58)	4,2 0,48	%89,8 (n=53)	%100 (n=16)	%93,3 (n=14)	%92,3 (n=13)	%95 (n=38)	2,3 0,66
ASM'nizde görevli herkes için çekirdek performans ölçütleri belirlenmiştir	%14 (n=13)	%21,6 (n=11)	1,3 0,24	%9,8 (n=4)	%19,4 (n=20)	1,9 0,16	%23,5 (n=20)	%6,8 (n=4)	7 0,008	%27,1 (n=16)	%0 (n=0)	%13,3 (n=2)	%0 (n=0)	%15 (n=6)	10,8 0,28
Daha iyi klinik yönetimi ve etkinliği için veri toplama ve veri analizi yaparsınız	%14 (n=13)	%31,4 (n=16)	6,1 0,01	%17,1 (n=7)	%21,4 (n=22)	0,3 0,56	%27,1 (n=23)	%10,2 (n=6)	6,1 0,01	%35,6 (n=21)	%6,3 (n=1)	%6,7 (n=1)	%0 (n=0)	%15 (n=6)	16,5 0,002
ASM'nizin en iyi olması için iyileştirme yollarını tartışırsınız	%66,7 (n=62)	%84,3 (n=43)	5,1 0,02	%68,3 (n=28)	%74,8 (n=77)	0,6 0,43	%76,5 (n=65)	%67,8 (n=40)	1,3 0,24	%83,1 (n=49)	%50 (n=8)	%86,7 (n=13)	%57,1 (n=8)	%67,5 (n=27)	11,1 0,02

Tablo 11'e göre;

"ASM'nizde görevli herkes için çekirdek performans ölçütleri belirlenmiştir" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %23,5'i (n=20), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %6,8'i (n=4) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Daha iyi klinik yönetimi ve etkinliği için veri toplama ve veri analizi yaparsınız" maddesinde cinsiyete göre, coğrafi duruma göre ve ASM grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %14'ü (n=13), kadınların ise %31,4'ü (n=16), merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %27,1'i (n=23), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %10,2'si (n=6), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %35,6'sı (n=21), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,3'ü (n=1), C grubu bir asm'de çalışan aile hekimlerinin %6,7'si (n=1), D grubu bir asm'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %15'i (n=6) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 12: "Nüfusunuzu yönetmek için risk katmanlı bakım yönetim prensiplerini kullanır mısınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

NÜFUSUNUZU YÖNETMEK İÇİN RİSK KATMANLI BAKIM YÖNETİM PRENSİPLERİNİ KULLANIR MISINIZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Her hastanın risk durumunu tanımlamak için bir yöntem kullanırsınız	%54,9 (n=79)	%45,1 (n=65)
Kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirir ve güncellersiniz	%47,9 (n=69)	%52,1 (n=75)
Kronik durumlar ve koruyucu hizmetler için planlı bakım ziyaretleri yaparsınız	%47,9 (n=69)	%52,1 (n=75)
Yüksek riskli hastalar için yoğun bakım yönetimi sağlarsınız	%10,4 (n=15)	%89,6(n=129)
Hasta popülasyonunu gruplandırmak için değişik araçlar kullanırsınız	%34 (n=49)	%66 (n=95)

Tablo 13: "Nüfusunuzu yönetmek için risk katmanlı bakım yönetim prensiplerini kullanır mısınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

NÜFUSUNUZU YÖNETMEK İÇİN RİSK KATMANLI BAKIM YÖNETİM PRENSİPLERİNİ KULLANIR MISINIZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Her hastanın risk durumunu tanımlamak için bir yöntem kullanırsınız	%51,6 (n=48)	%60,8 (n=31)	1,1 0,29	%56,1 (n=23)	%54,4 (n=56)	0,03 0,85	%47,1 (n=40)	%66,1 (n=39)	5,1 0,02	%50,8 (n=30)	%75 (n=12)	%73,3 (n=11)	%57,1 (n=8)	%45 (n=18)	6,6 0,15
Kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirir ve güncellersiniz	%46,2 (n=43)	%51 (n=26)	0,2 0,58	%43,9 (n=18)	%49,5 (n=51)	0,37 0,54	%55,3 (n=47)	%37,3 (n=22)	4,5 0,03	%62,7 (n=37)	%31,3 (n=5)	%40 (n=6)	%35,7 (n=5)	%40 (n=16)	9,1 0,05
Kronik durumlar ve koruyucu hizmetler için planlı bakım ziyaretleri yaparsınız	%41,9 (n=39)	%58,8 (n=30)	3,7 0,05	%41,5 (n=17)	%50,5 (n=52)	0,95 0,32	%43,5 (n=37)	%54,2 (n=32)	1,6 0,2	%50,8 (n=30)	%31,3 (n=5)	%33,3 (n=5)	%28,6 (n=4)	%62,5 (n=25)	8,7 0,06
Yüksek riskli hastalar için yoğun bakım yönetimi sağlarsınız	%10,8 (n=10)	%9,8 (n=5)	0,03 0,85	%17,1 (n=7)	%7,8 (n=8)	2,7 0,13	%12,9 (n=11)	%6,8 (n=4)	1,4 0,23	%16,9 (n=10)	%0 (n=0)	%13,3 (n=2)	%0 (n=0)	%7,5 (n=3)	6,6 0,15
Hasta popülasyonunu gruplandırmak için değişik araçlar kullanırsınız.	%33,3 (n=31)	%35,3 (n=18)	0,05 0,81	%36,6 (n=15)	%33 (n=34)	0,16 0,68	%40 (n=34)	%25,4 (n=15)	3,2 0,06	%49,2 (n=29)	%18,8 (n=3)	%13,3 (n=2)	%21,4 (n=3)	%30 (n=12)	11,8 0,01

Tablo 13'e göre;

"Her hastanın risk durumunu tanımlamak için bir yöntem kullanırsınız" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %47,1'i (n=40), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %66,1'i (n=39) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirir ve güncellersiniz" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %55,3'ü (n=47), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %37,3'ü (n=22) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hasta popülasyonunu gruplandırmak için değişik araçlar kullanırsınız" maddesinde asm grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %49,2'si (n=29), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %18,8'i (n=3), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %13,3'ü (n=2), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %21,4'ü (n=3), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %30'u (n=12) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 14: "Hasta güvenliği klinik pratiğinizin bir parçası mı?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

HASTA GÜVENLİĞİ KLİNİK PRATİĞİNİZİN BİR PARÇASI MI?	Evet (%n)	Hayır (%n)
ASM'nizde hasta güvenliği için tedbirler alırsınız.	%80,6 (n=116)	%19,4 (n=28)
Her vizit ve taburculuk sonrası vizitte ilaç kullanımında hasta uyumunu sağlarsınız.	%69,4 (n=100)	%30,6 (n=44)
Hastaların üst basamağa sevkini ve epikriz yazımını belirli bir prosedüre göre yaparsınız.	%74,3 (n=107)	%25,7 (n=37)

Tablo 15: "Hasta güvenliği klinik pratiğinizin bir parçası mı?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

HASTA GÜVENLİĞİ KLİNİK PRATİĞİNİZİN BİR PARÇASI MI?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
ASM'nizde hasta güvenliği için tedbirler alırsınız	%79,6 (n=74)	%82,4 (n=42)	0,16 0,68	%85,4 (n=35)	%78,6 (n=81)	0,8 0,35	%81,2 (n=69)	%79,7 (n=47)	0,05 0,82	%88,1 (n=52)	%87,5 (n=14)	%73,3 (n=11)	%78,6 (n=11)	%70 (n=28)	6 0,19
Her ziyaret ve taburculuk sonrası ziyarette ilaç kullanımında hasta uyumunu sağlarsınız	%60,2 (n=56)	%86,3 (n=44)	10,5 0,001	%73,2 (n=30)	%68 (n=70)	0,3 0,54	%65,9 (n=56)	%74,6 (n=44)	1,2 0,26	%72,9 (n=43)	%50 (n=8)	%86,7 (n=13)	%50 (n=7)	%72,5 (n=29)	7,9 0,09
Hastaların üst basamağa sevkini ve epikriz yazımını belirli bir prosedüre göre yaparsınız	%66,7 (n=62)	%88,2 (n=45)	8 0,005	%85,4 (n=35)	%69,9 (n=72)	3,6 0,05	%71,8 (n=61)	%78 (n=46)	0,7 0,4	%72,9 (n=43)	%62,5 (n=10)	%80 (n=12)	%57,1 (n=8)	%85 (n=34)	6 0,19

Tablo 15'e göre;

"Her vizit ve taburculuk sonrası vizitte ilaç kullanımında hasta uyumunu sağlarsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %60,2'si (n=56), kadınların ise %86,3'ü (n=44) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hastaların üst basamağa sevkini ve epikriz yazımını belirli bir prosedüre göre yaparsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %66,7'si (n=62), kadınların ise %88,2'si (n=45) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 16: "Hasta bakımını diğer tıbbi merkezlerle koordine eder misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

HASTA BAKIMINI DİĞER TIBBİ MERKEZLERLE KOORDİNE EDER MİSİNİZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Bakım sürekliliğinin gözlenmesi için bir bilgilendirilmiş takım oluştursunuz.	%13,2 (n=19)	%86,8 (n=125)
Hasta sevk yönetimi ve toplum tabanlı kaynaklarla bağlantı sağlarsınız (AHBS veya MHRS gibi).	%81,9 (n=118)	%18,1 (n=26)
Klinik uzmanları ve diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişinin koordinasyonunu ve takibini sağlarsınız.	%27,1 (n=39)	%72,9 (n=105)
Hasta sevklerinde prosedüre göre değerlendirme yaparsınız.	%77,8 (n=112)	%22,2 (n=32)

Tablo 17: "Hasta bakımını diğer tıbbi merkezlerle koordine eder misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

HASTA BAKIMINI DİĞER TIBBİ MERKEZLERLE KOORDİNE EDER MİSİNİZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Bakım sürekliliğinin gözlenmesi için bir bilgilendirilmiş takım oluştursunuz	%9,7 (n=9)	%19,6 (n=10)	2,8 0,09	%14,6 (n=6)	%12,6 (n=13)	0,1 0,74	%14,1 (n=12)	%11,9 (n=7)	0,1 0,69	%16,9 (n=10)	%18,8 (n=3)	%6,7 (n=1)	%0 (n=0)	%12,5 (n=5)	3,8 0,42
Hasta sevk yönetimi ve toplum tabanlı kaynaklarla bağlantı sağlarsınız (AHBS veya MHRS gibi)	%77,4 (n=72)	%90,2 (n=46)	3,6 0,05	%82,9 (n=34)	%81,6 (n=84)	0,03 0,84	%78,8 (n=67)	%86,4 (n=51)	1,3 0,24	%86,4 (n=51)	%81,3 (n=13)	%100 (n=15)	%57,1 (n=8)	%77,5 (n=31)	10,4 0,03
Klinik uzmanları ve diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişinin koordinasyonunu ve takibini sağlarsınız	%23,7 (n=22)	%33,3 (n=17)	1,5 0,21	%24,4 (n=10)	%28,2 (n=29)	0,2 0,64	%37,6 (n=32)	%11,9 (n=7)	11,7 0,001	%49,2 (n=29)	%6,3 (n=1)	%6,7 (n=1)	%7,1 (n=1)	%17,5 (n=7)	25,9 <0,001
Hasta sevklerinde prosedüre göre değerlendirme yaparsınız	%72 (n=67)	%88,2 (n=45)	4,9 0,02	%82,9 (n=34)	%75,7 (n=78)	0,8 0,34	%75,3 (n=64)	%81,4 (n=48)	0,7 0,39	%72,9 (n=43)	%75 (n=12)	%80 (n=12)	%78,6 (n=11)	%85 (n=34)	2,1 0,7

Tablo 17'ye göre;

"Hasta sevk yönetimi ve toplum tabanlı kaynaklarla bağlantı sağlarsınız (AHBS veya MHRS gibi)" maddesinde asm grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %86,4'ü (n=51), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %81,3'ü (n=13), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %100'ü (n=15), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %57,1'i (n=8), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %77,5'i (n=31) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Klinik uzmanları ve diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişinin koordinasyonunu ve takibini sağlarsınız" maddesinde coğrafi duruma ve asm grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %37,6'sı (n=32), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %11,9'u (n=7), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %49,2'si (n=29), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,3'ü (n=1), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,7'si (n=1), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %7,1'i (n=1), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %17,5'i (n=7) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hasta sevklerinde prosedüre göre değerlendirme yaparsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %72'si (n=67), kadınların ise %88,2'si (n=45) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 18: "Laboratuvar Testlerinde Kalite Ölçümünü Nasıl Yaparsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

LABORATUVAR TESTLERİNDE KALİTE ÖLÇÜMÜNÜ NASIL YAPARSINIZ?	Evet (%,n)	Hayır (%,n)
Alınan örnekleri uygun test düzeyleri için Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderirsiniz	%95,1 (n=137)	%4,9 (n=7)
Onaylanmış akreditasyon ajanslarına kayıtlı/sınızdır	%43,8 (n=63)	%56,3 (n=81)
Onaylanmış bir test programına sahipsinizdir	%61,8 (n=89)	%38,2 (n=55)
Test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlarsınız	%26,4 (n=38)	%73,6 (n=106)
Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin sağladığı "iyi laboratuvar merkezi" kılavuzunu takip edersiniz	%19,4 (n=28)	%80,6 (n=116)

Tablo 19: "Laboratuvar Testlerinde Kalite Ölçümünü Nasıl Yaparsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

LABORATUVAR TESTLERİNDE KALİTE ÖLÇÜMÜNÜ NASIL YAPARSINIZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Alınan örnekleri uygun test düzeyleri için Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderirsiniz	%95,7 (n=89)	%94,1 (n=48)	0,1 0,69	%92,7 (n=38)	%96,1 (n=99)	0,7 0,4	%97,6 (n=83)	%91,5 (n=54)	2,8 0,12	%100 (n=59)	%93,8 (n=15)	%86,7 (n=13)	%85,7 (n=12)	%95 (n=38)	8,1 0,08
Onaylanmış akreditasyon ajanslarına kayıtlısinizdir	%36,6 (n=34)	%56,9 (n=29)	5,5 0,01	%41,5 (n=17)	%44,7 (n=46)	0,1 0,72	%44,7 (n=38)	%42,4 (n=25)	0,07 0,78	%55,9 (n=33)	%37,5 (n=6)	%46,7 (n=7)	%14,3 (n=2)	%37,5 (n=15)	9,4 0,05
Onaylanmış bir test programına sahipsinizdir	%50,5 (n=47)	%82,4 (n=52)	14,1 <0,001	%68,3 (n=28)	%59,2 (n=61)	1 0,31	%56,5 (n=48)	%69,5 (n=41)	2,5 0,11	%62,7 (n=37)	%68,8 (n=11)	%80 (n=12)	%35,7 (n=5)	%60 (n=24)	6,5 0,16
Test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlarsınız	%20,4 (n=19)	%37,3 (n=19)	4,8 0,02	%26,8 (n=11)	%26,2 (n=27)	0,006 0,94	%31,8 (n=27)	%18,6 (n=11)	3 0,07	%42,4 (n=25)	%18,8 (n=3)	%20 (n=3)	%0 (n=0)	%17,5 (n=7)	15,2 0,004
Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin sağladığı "iyi laboratuvar merkezi" kılavuzunu takip edersiniz	%14 (n=13)	%29,4 (n=15)	5 0,02	%24,4 (n=10)	%17,5 (n=18)	0,8 0,34	%27,1 (n=23)	%8,5 (n=5)	7,6 0,006	%33,9 (n=20)	%6,3 (n=1)	%13,3 (n=2)	%7,1 (n=1)	%10 (n=4)	13,6 0,009

Tablo 19'a göre;

"Onaylanmış akreditasyon ajanslarına kayıtlısınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %36,6'sı (n=34), kadınların ise %56,9'u (n=29) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Onaylanmış bir test programına sahipsiniz" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %50,5'i (n=47), kadınların ise %82,4'ü (n=52) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlarsınız" maddesinde cinsiyete göre ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin %20,4'ü (n=19), kadınların ise %37,3'ü (n=19), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %42,4'ü (n=25), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %18,8'i (n=3), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %20'si (n=3), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %17,5'i (n=7) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hastalık kontrol ve önleme merkezinin sağladığı "iyi laboratuvar merkezi" kılavuzunu takip edersiniz" maddesinde cinsiyete göre, coğrafi duruma göre ve ASM grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %14'ü (n=13), kadınların ise %29,4'ü (n=15), merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %27,1'i (n=23), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %8,5'i (n=5), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %33,9'u (n=20), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,3'ü (n=1), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %13,3'ü (n=2), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %7,1'i (n=1), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %10'u (n=4) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Hasta Merkezli Bakım ile İlgili Veriler

Tablo 20: "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

SAĞLIK HİZMETLERİNE HASTA ERİŞİMİNİN SAĞLANMASI İÇİN AŞAĞIDAKİ PROSEDÜRLERDEN HANGİLERİNE SAHİPSİNİZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Aynı gün için randevu verirsiniz	%70,1 (n=101)	%29,9 (n=43)
Esnek mesai uygularsınız	%28,5 (n=41)	%71,5 (n=103)
7 gün/24 saat tıbbi yardıma erişilebilir	%9 (n=13)	%91 (n=131)
Hekim seçme hakkı kullanılabilir	%84 (n=121)	%16 (n=23)
Hastalarla iletişim için güvenli bir e-posta kullanımı sağlarsınız	%2,8 (n=4)	%97,2 (n=140)
Randevu takvimi ve reçete gibi hasta ihtiyaçları için bir web portalına sahipsinizdir	%12,5 (n=18)	%87,5 (n=126)
Hastaların sağlık hizmetine erişimine engel durumların yönetimini (nakil, fiziksel ve mental engeller) sağlarsınız	%31,3 (n=45)	%68,8 (n=99)
Dil ve kültüre uygun hizmetler sağlarsınız	%60,4 (n=87)	%39,6 (n=57)

Tablo 21: "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

SAĞLIK HİZMETLERİNE HASTA ERİŞİMİNİN SAĞLANMASI İÇİN AŞAĞIDAKİ PROSEDÜRLERDEN HANGİLERİNE SAHİPSİNİZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplandırılmayan	
Aynı gün için randevu verirsiniz	%66,7 (n=62)	%76,5 (n=39)	1,5 0,21	%73,2 (n=30)	%68,9 (n=71)	0,2 0,61	%70,6 (n=60)	%69,5 (n=41)	0,02 0,88	%78 (n=46)	%68,8 (n=11)	%73,3 (n=11)	%50 (n=7)	%65 (n=26)	5 0,28
Esnek mesai uygularsınız	%30,1 (n=28)	%25,5 (n=13)	0,3 0,55	%24,4 (n=10)	%30,1 (n=31)	0,4 0,49	%38,8 (n=33)	%13,6 (n=8)	10,9 0,001	%45,8 (n=27)	%18,8 (n=3)	%13,3 (n=2)	%7,1 (n=1)	%20 (n=8)	15,6 0,004
7 gün/24 saat tıbbi yardıma erişilebilir	%6,5 (n=6)	%13,7 (n=7)	2,1 0,22	%4,9 (n=2)	%10,7 (n=11)	1,2 0,35	%11,8 (n=10)	%5,1 (n=3)	1,8 0,16	%15,3 (n=9)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%10 (n=4)	7,2 0,12
Hekim seçme hakkı kullanılabilir	%82,8 (n=77)	%86,3 (n=44)	0,2 0,58	%78 (n=32)	%86,4 (n=89)	1,5 0,21	%89,4 (n=76)	%76,3 (n=45)	4,4 0,03	%91,5 (n=54)	%75 (n=12)	%93,3 (n=14)	%71,4 (n=10)	%77,5 (n=31)	7,3 0,11
Hastalarla iletişim için güvenli bir e-posta kullanımı sağlarsınız	%2,2 (n=2)	%3,9 (n=2)	0,3 0,61	%0 (n=0)	%3,9 (n=4)	1,6 0,57	%4,7 (n=4)	%0 (n=0)	2,8 0,14	%6,8 (n=4)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	5,9 0,2
Randevu takvimi ve reçete gibi hasta ihtiyaçları için bir web portalına sahipsinizdir	%12,9 (n=12)	%11,8 (n=6)	0,03 0,84	%7,3 (n=3)	%14,6 (n=15)	1,4 0,23	%20 (n=17)	%1,7 (n=1)	10,5 0,001	%23,7 (n=14)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%7,1 (n=1)	%7,5 (n=3)	12,5 0,01
Hastaların sağlık hizmetine erişimine engel durumların yönetimini (nakil, fiziksel ve mental engeller) sağlarsınız	%28 (n=26)	%37,3 (n=19)	1,3 0,25	%34,1 (n=14)	%30,1 (n=31)	0,2 0,63	%25 (n=77)	%20 (n=77)	0,3 0,56	%33,9 (n=20)	%18,8 (n=3)	%46,7 (n=7)	%21,4 (n=3)	%30 (n=12)	3,6 0,45
Dil ve kültüre uygun hizmetler sağlarsınız	%53,8 (n=50)	%72,5 (n=37)	4,8 0,02	%63,4 (n=26)	%59,2 (n=61)	0,2 0,64	%54,1 (n=46)	%69,5 (n=41)	3,4 0,06	%59,3 (n=35)	%56,3 (n=9)	%73,3 (n=11)	%50 (n=7)	%62,5 (n=25)	1,9 0,75

Tablo 21'e göre;

"Esnek mesai uygularsınız" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %38,8'i (n=33), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %13,6'sı (n=8), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %45,8'i (n=27), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %18,8'i (n=3), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %13,3'ü (n=2), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %7,1'i (n=1), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %20'si (n=8) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hekim seçme hakkı kullanılabilir" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %89,4'ü (n=76), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %76,3'ü (n=45) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Randevu takvimi ve reçete gibi hasta ihtiyaçları için bir web portalına sahipsinizdir" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %20'si (n=17), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %1,7'si (n=1), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %23,7'si (n=14), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %7,1'i (n=1), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %7,5'i (n=3) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Dil ve kültüre uygun hizmetler sağlarsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %53,8'i (n=50), kadınların ise %72,5'i (n=37) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 22: "Hastalarınızı karar mekanizmasına dâhil ediyor musunuz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

HASTALARINIZI KARAR MEKANİZMASINA DÂHİL EDİYOR MUSUNUZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Tedavi seçeneklerini hastalarla tarafsız bir şekilde tartışsınız	%81,9 (n=118)	%18,1 (n=26)
Hastanın sağlık hedeflerini ve önceliklerini değerlendirirsiniz	%77,1 (n=111)	%22,9 (n=33)
Hastalar için duruma özel yardım hizmeti sağlarsınız	%70,8 (n=102)	%29,2 (n=42)
Karar seçeneklerini gözden geçirdikten sonra karar verici tartışmalar yaparsınız	%58,3 (n=84)	%41,7 (n=60)
Hastanın tercihlerini kaydeder ve karar sürecinde takibini sağlarsınız	%41 (n=59)	%59 (n=85)

Tablo 23: "Hastalarınızı karar mekanizmasına dâhil ediyor musunuz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

HASTALARINIZI KARAR MEKANİZMASINA DÂHİL EDİYOR MUSUNUZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Tedavi seçeneklerini hastalarla tarafsız bir şekilde tartışsınız	%78,5 (n=73)	%88,2 (n=45)	2,1 0,14	%87,8 (n=36)	%79,6 (n=82)	1,3 0,24	%85,9 (n=73)	%76,3 (n=45)	2,1 0,14	%89,8 (n=53)	%81,3 (n=13)	%86,7 (n=13)	%78,6 (n=11)	%70 (n=28)	6,6 0,15
Hastanın sağlık hedeflerini ve önceliklerini değerlendirirsiniz	%72 (n=67)	%86,3 (n=44)	3,7 0,05	%78 (n=32)	%76,7 (n=79)	0,03 0,86	%74,1 (n=63)	%81,4 (n=48)	1 0,3	%76,3 (n=45)	%62,5 (n=10)	%80 (n=12)	%64,3 (n=9)	%87,5 (n=35)	5,7 0,21
Hastalar için duruma özel yardım hizmeti sağlarsınız	%66,7 (n=62)	%78,4 (n=40)	2,2 0,13	%78 (n=32)	%68 (n=70)	1,4 0,22	%69,4 (n=59)	%72,9 (n=43)	0,2 0,65	%71,2 (n=42)	%56,3 (n=9)	%66,7 (n=10)	%64,3 (n=9)	%80 (n=32)	3,7 0,44
Karar seçeneklerini gözden geçirdikten sonra karar verici tartışmalar yaparsınız	%53,8 (n=50)	%66,7 (n=34)	2,2 0,13	%61 (n=25)	%57,3 (n=59)	0,1 0,68	%64,7 (n=55)	%49,2 (n=29)	3,4 0,06	%76,3 (n=45)	%25 (n=4)	%60 (n=9)	%14,3 (n=2)	%60 (n=24)	26,3 <0,001
Hastanın tercihlerini kaydeder ve karar sürecinde takibini sağlarsınız	%45,2 (n=42)	%33,3 (n=17)	1,9 0,16	%34,1 (n=14)	%43,7 (n=45)	1,1 0,29	%51,8 (n=44)	%25,4 (n=15)	9,9 0,002	%57,6 (n=34)	%6,3 (n=1)	%33,3 (n=5)	%21,4 (n=3)	%40 (n=16)	17,3 0,002

Tablo 23'e göre;

"Karar seçeneklerini gözden geçirdikten sonra karar verici tartışmalar yaparsınız" maddesinde ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %76,3'ü (n=45), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %25'i (n=4), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %60'ı (n=9), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %14,3'ü (n=2), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %60'ı (n=24) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hastanın tercihlerini kaydeder ve karar sürecinde takibini sağlarsınız" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %51,8'i (n=44), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %25,4'ü (n=15), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %57,6'sı (n=34), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,3'ü (n=1), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %33,3'ü (n=5), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %21,4'ü (n=3), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %40'ı (n=16) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 24: "Aile sağlığı merkeziniz hastanın öz (kendi kendini) yönetimini destekler mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ HASTANIN ÖZ (KENDİ KENDİNİ) YÖNETİMİNİ DESTEKLER Mİ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Hasta ve bakım hizmeti sunucusunu öz yönetim açısından değerlendirirsiniz	%41,7 (n=60)	%58,3 (n=84)
Hastayı yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullanırsınız	%73,6 (n=106)	%26,4 (n=38)
Hastaların kronik durumları için evde takipler yaparsınız	%27,1 (n=39)	%72,9 (n=105)
Aile ve bakıcıları bakım planlarına dâhil edersiniz	%43,8 (n=63)	%56,3 (n=81)
Sağlık koçu desteği sunarsınız	%2,1 (n=3)	%97,9 (n=141)

Tablo 25: "Aile sağığı merkeziniz hastanın öz (kendi kendini) yönetimini destekler mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ HASTANIN ÖZ (KENDİ KENDİNİ) YÖNETİMİNİ DESTEKLER Mİ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Hasta ve bakım hizmeti sunucusunu öz yönetim açısından değerlendirirsiniz	%40,9 (n=38)	%43,1 (n=22)	0,07 0,79	%39 (n=16)	%42,7 (n=44)	0,1 0,68	%47,1 (n=40)	%33,9 (n=20)	2,4 0,11	%57,6 (n=34)	%50 (n=8)	%26,7 (n=4)	%35,7 (n=5)	%22,5 (n=9)	14,2 0,006
Hastayı yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullanırsınız	%72 (n=67)	%76,5 (n=39)	0,3 0,56	%75,6 (n=31)	%72,8 (n=75)	0,1 0,73	%80 (n=68)	%64,4 (n=38)	4,3 0,03	%79,7 (n=47)	%50 (n=8)	%66,7 (n=10)	%85,7 (n=12)	%72,5 (n=29)	7,1 0,12
Hastaların kronik durumları için evde takipler yaparsınız	%21,5 (n=20)	%37,3 (n=19)	4,1 0,04	%17,1 (n=7)	%31,1 (n=32)	2,9 0,08	%22,4 (n=19)	%33,9 (n=20)	2,3 0,12	%27,1 (n=16)	%12,5 (n=2)	%33,3 (n=5)	%21,4 (n=3)	%32,5 (n=13)	2,8 0,58
Aile ve bakıcıları bakım planlarına dâhil edersiniz	%33,3 (n=31)	%62,7 (n=32)	11,5 0,001	%48,8 (n=20)	%41,7 (n=43)	0,5 0,44	%37,6 (n=32)	%52,5 (n=31)	3,1 0,07	%44,1 (n=26)	%37,5 (n=6)	%60 (n=9)	%21,4 (n=3)	%47,5 (n=19)	4,9 0,29
Sağılık koçu desteğı sunarsınız	%3,2 (n=3)	%0 (n=0)	1,6 0,55	%0 (n=0)	%2,9 (n=3)	1,2 0,29	%3,5 (n=3)	%0 (n=0)	2,1 0,55	%3,4 (n=2)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%2,5 (n=1)	1,4 0,82

Tablo 25'e göre;

"Hasta ve bakım hizmeti sunucusunu öz yönetim açısından değerlendirirsiniz" maddesinde ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %57,6'sı (n=34), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %50'si (n=8), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %26,7'si (n=4), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %35,7'si (n=5), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %22,5'i (n=9) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hastayı yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullanırsınız" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %80'i (n=68), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %64,4'ü (n=38) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Hastaların kronik durumları için evde takipler yaparsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %21,5'i (n=20), kadınların ise %37,3'ü (n=19) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Aile ve bakıcıları bakım planlarına dâhil edersiniz" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %33,3'ü (n=31), kadınların ise %62,7'si (n=32) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 26: "Hastaların bakım deneyimlerini değerlendirme ve iyileştirme için hangilerini uygularsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

HASTALARIN BAKIM DENEYİMLERİNİ DEĞERLENDİRME VE İYİLEŞTİRME İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Düzenli bir şekilde hastaların memnuniyet durumlarını değerlendirirsiniz	%42,4 (n=61)	%57,6 (n=83)
Kalite iyileştirme faaliyetlerine rehberlik etmek için hasta danışma paneli kurarsınız	%9,7 (n=14)	%90,3 (n=130)
İhtiyaç durumunda hasta odaklı grupların yönetimini sağlarsınız	%38,2 (n=55)	%61,8 (n=89)

Tablo 27: "Hastaların bakım deneyimlerini değerlendirme ve iyileştirme için hangilerini uygularsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

HASTALARIN BAKIM DENEYİMLERİNİ DEĞERLENDİRME VE İYİLEŞTİRME İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplandırılmayan	
Düzenli bir şekilde hastaların memnuniyet durumlarını değerlendirirsiniz	%43 (n=40)	%41,2 (n=21)	0,04 0,83	%43,9 (n=18)	%41,7 (n=43)	0,05 0,81	%49,4 (n=42)	%32,2 (n=19)	4,2 0,04	%50,8 (n=30)	%37,5 (n=6)	%40 (n=6)	%57,1 (n=8)	%27,5 (n=11)	6,8 0,14
Kalite iyileştirme faaliyetlerine rehberlik etmek için hasta danışma paneli kurarsınız	%10,8 (n=10)	%7,8 (n=4)	0,3 0,77	%4,9 (n=2)	%11,7 (n=12)	1,5 0,35	%11,8 (n=10)	%6,8 (n=4)	0,9 0,32	%15,3 (n=9)	%6,3 (n=1)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%10 (n=4)	5,4 0,24
İhtiyaç durumunda hasta odaklı grupların yönetimini sağlarsınız	%34,4 (n=32)	%45,1 (n=23)	1,5 0,2	%34,1 (n=14)	%39,8 (n=41)	0,4 0,52	%36,5 (n=31)	%40,7 (n=24)	0,2 0,6	%44,1 (n=26)	%56,3 (n=9)	%46,7 (n=7)	%21,4 (n=3)	%25 (n=10)	8,1 0,08

Tablo 27'ye göre;

"Düzenli bir şekilde hastaların memnuniyet durumlarını değerlendirirsiniz" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %49,4'ü (n=40), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %32,2'si (n=19) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

4.3. Sağlık Bilgi Teknolojileri ile İlgili Veriler

Tablo 28: "Bir ses teknolojisi alt yapınız var mı?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

BİR SES TEKNOLOJİSİ ALT YAPINIZ VAR MI?	Evet (%,n)	Hayır (%,n)
Güvenli hasta erişimi, hasta izni ve veri ihlali protokolüne sahipsinizdir	%31,3 (n=45)	%68,7 (n=99)
Çoklu araç çeşitleri ile uyum (masaüstü, laptop, tablet, smartphone vs) sağlarsınız	%56,3 (n=81)	%43,7 (n=63)
Kanıtlanmış sistem güncellemesine ve tam veri kurtarma prosedürlerine sahipsinizdir	%21,5 (n=31)	%78,5 (n=113)

Tablo 29: "Bir ses teknolojisi alt yapınız var mı?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

BİR SES TEKNOLOJİSİ ALT YAPINIZ VAR MI?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Güvenli hasta erişimi, hasta izni ve veri ihlali protokolüne sahipsinizdir	%32,3 (n=30)	%29,4 (n=15)	0,1 0,72	%31,7 (n=13)	%31,1 (n=32)	0,006 0,94	%32,9 (n=28)	%28,8 (n=17)	0,2 0,59	%37,3 (n=22)	%43,8 (n=7)	%20 (n=3)	%35,7 (n=5)	%20 (n=8)	5,5 0,23
Çoklu araç çeşitleri ile uyum (masaüstü, laptop, tablet, smartphone vs) sağlarsınız	%53,8 (n=50)	%60,8 (n=31)	0,6 0,41	%39 (n=16)	%63,1 (n=65)	6,9 0,009	%61,2 (n=52)	%49,2 (n=29)	2 0,15	%57,6 (n=34)	%56,3 (n=9)	%80 (n=12)	%57,1 (n=8)	%45 (n=18)	5,5 0,23
Kanıtlanmış sistem güncellemesine ve tam veri kurtarma prosedürlerine sahipsinizdir	%19,4 (n=18)	%25,5 (n=13)	0,7 0,39	%17,1 (n=7)	%23,3 (n=24)	0,6 0,41	%25,9 (n=22)	%15,3 (n=9)	2,3 0,12	%27,1 (n=16)	%18,8 (n=3)	%6,7 (n=1)	%7,1 (n=1)	%25 (n=10)	5,1 0,27

Tablo 29'a göre;

"Çoklu araç çeşitleri ile uyum (masaüstü, laptop, tablet, smartphone vs) sağlarsınız" maddesinde medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur. Bekârların %39'u (n=16), evlilerin %63,1'i (n=65) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 30: "Aile sağlığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ YAKIN TIBBİ MERKEZLER İLE DİJİTAL BİR BAĞLANTIYA SAHİP Mİ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Sağlık veri alışverişi sağlarsınız. (AHBS gibi)	%88,2 (n=127)	%11,8 (n=17)
Hasta ve sağlık uzmanlarıyla güvenli mesajlaşma olanağına sahipsinizdir	%12,5 (n=18)	%87,5 (n=126)
Elektronik reçete ve tanı yönetimine sahipsinizdir	%89,6 (n=129)	%10,4 (n=15)
Sevk yönetimini ve iletişim takibini sağlarsınız	%63,9 (n=92)	%36,1 (n=52)

Tablo 31: "Aile sağığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ YAKIN TIBBİ MERKEZLER İLE DİJİTAL BİR BAĞLANTIYA SAHİP Mİ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Sağıık veri alışverişı sağıırsınız. (AHBS gibi)	%84,9 (n=79)	%94,1 (n=48)	2,6 0,1	%90,2 (n=37)	%87,4 (n=90)	0,2 0,77	%89,4 (n=76)	%86,4 (n=51)	0,3 0,58	%88,1 (n=52)	%93,8 (n=15)	%100 (n=15)	%78,6 (n=11)	%85 (n=34)	4,1 0,39
Hasta ve sağıık uzmanlarıyla güvenli mesajlaşma olanağına sahipsinizdir	%11,8 (n=11)	%13,7 (n=7)	0,1 0,74	%9,8 (n=4)	%13,6 (n=14)	0,4 0,53	%17,6 (n=15)	%5,1 (n=3)	5 0,02	%25,4 (n=15)	%0 (n=0)	%6,7 (n=1)	%7,1 (n=1)	%2,5 (n=1)	15,7 0,003
Elektronik reçete ve tanı yönetimine sahipsinizdir	%87,1 (n=81)	%84,1 (n=48)	1,7 0,18	%90,2 (n=37)	%89,3 (n=92)	0,02 1	%88,2 (n=75)	%91,5 (n=54)	0,4 0,52	%86,4 (n=51)	%87,5 (n=14)	%93,3 (n=14)	%92,9 (n=13)	%92,5 (n=37)	1,4 0,83
Sevk yönetimini ve iletişim takibini sağıırsınız	%58,1 (n=54)	%74,5 (n=38)	3,8 0,04	%63,4 (n=26)	%64,1 (n=66)	0,006 0,94	%62,4 (n=53)	%66,1 (n=39)	0,2 0,64	%66,1 (n=39)	%68,8 (n=11)	%66,7 (n=10)	%35,7 (n=5)	%67,5 (n=27)	5,3 0,25

Tablo 31'e göre;

"Hasta ve sağlık uzmanlarıyla güvenli mesajlaşma olanağına sahipsinizdir" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %17,6'sı (n=15), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %5,1'i (n=3), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %25,4'ü (n=15), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,7'si (n=1), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %7,1'i (n=1), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %2,5'i (n=1) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Sevk yönetimini ve iletişim takibini sağlarsınız" maddesinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %58,1'i (n=54), kadınların ise %74,5'i (n=38) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 32: "Elektronik kayıt sisteminizde şu öğeler değerlendirilir mi?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

ELEKTRONİK KAYIT SİSTEMİNİZDE ŞU ÖĞELER DEĞERLENDİRİLİR Mİ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Hasta kayıtları ile nüfusun sağlık yönetimine sahipsinizdir	%77,1 (n=111)	%22,9 (n=33)
Her hasta için yenilikçi sağlık yönetimine sahipsinizdir	%20,8 (n=30)	%79,2 (n=114)
Kalite ölçümü için özelleştirilmiş raporlara sahipsinizdir	%23,6 (n=34)	%76,4 (n=110)

Tablo 33: "Elektronik kayıt sisteminizde şu öğeler değerlendirilir mi?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

ELEKTRONİK KAYIT SİSTEMİNİZDE ŞU ÖĞELER DEĞERLENDİRİLİR Mİ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Hasta kayıtları ile nüfusun sağlık yönetimine sahipsinizdir	%78,5 (n=73)	%74,5 (n=38)	0,3 0,58	%85,4 (n=35)	%73,8 (n=76)	2,2 0,13	%81,2 (n=69)	%71,2 (n=42)	1,9 0,16	%83,1 (n=49)	%62,5 (n=10)	%93,3 (n=14)	%78,6 (n=11)	%67,5 (n=27)	7,4 0,11
Her hasta için yenilikçi sağlık yönetimine sahipsinizdir	%17,2 (n=16)	%27,5 (n=14)	2 0,14	%9,8 (n=4)	%25,2 (n=26)	4,2 0,03	%23,5 (n=20)	%16,9 (n=10)	0,9 0,33	%28,8 (n=17)	%12,5 (n=2)	%13,3 (n=2)	%14,3 (n=2)	%17,5 (n=7)	4 0,39
Kalite ölçümü için özelleştirilmiş raporlara sahipsinizdir	%19,4 (n=18)	%31,4 (n=16)	2,6 0,1	%12,2 (n=5)	%28,2 (n=29)	4,1 0,04	%32,9 (n=28)	%10,2 (n=6)	10 0,002	%44,1 (n=26)	%12,5 (n=2)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%15 (n=6)	25,3 <0,001

Tablo 33'e göre;

"Her hasta için yenilikçi sağlık yönetimine sahipsinizdir" maddesinde medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur. Bekârların %9,8'i (n=4), evlilerin %25,2'si (n=26) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Kalite ölçümü için özelleştirilmiş raporlara sahipsinizdir" maddesinde medeni duruma, coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. Bekârların %12,2'si (n=5), evlilerin %28,2'si (n=29), merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %32,9'u (n=28), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %10,2'si (n=6), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %44,1'i (n=26), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %12,5'i (n=2), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %15'i (n=6) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 34: "Kanıt dayalı klinik karar destek araçlarını kullanır mısınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

KANITA DAYALI KLİNİK KARAR DESTEK ARAÇLARINI KULLANIR MISINIZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Klinik sorunlara noktasal cevaplar verirsiniz	%38,9 (n=56)	%61,1 (n=88)
Kanıt dayalı veri toplar, dokümantasyon ve order düzenlersiniz	%16 (n=23)	%84 (n=121)
Klinik terminoloji ve kodlama araçları (ICD, ICPC, CPT, SNOMED) kullanırsınız	%81,3 (n=117)	%18,7 (n=27)
Özelleştirilmiş noktasal alarmlar ve hatırlatıcılar kullanırsınız	%28,5 (n=41)	%71,5 (n=103)

Tablo 35: "Kanıtı dayalı klinik karar destek araçlarını kullanır mısınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

KANITA DAYALI KLİNİK KARAR DESTEK ARAÇLARINI KULLANIR MISINIZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplandırılmayan	
Klinik sorunlara noktasal cevaplar verirsiniz	%41,9 (n=39)	%33,3 (n=17)	1 0,31	%31,7 (n=13)	%41,7 (n=43)	1,2 0,26	%43,5 (n=37)	%32,2 (n=19)	1,8 0,17	%47,5 (n=28)	%50 (n=8)	%26,7 (n=4)	%35,7 (n=5)	%27,5 (n=11)	5,8 0,21
Kanıtı dayalı veri toplar, dokümantasyon ve order düzenlersiniz	%15,1 (n=14)	%17,6 (n=9)	0,1 0,68	%14,6 (n=6)	%16,5 (n=17)	0,07 0,78	%23,5 (n=20)	%5,1 (n=3)	8,8 0,003	%27,1 (n=16)	%6,3 (n=1)	%0 (n=0)	%14,3 (n=2)	%10 (n=4)	10,5 0,03
Klinik terminoloji ve kodlama araçları (ICD, ICPC, CPT, SNOMED) kullanırsınız	%77,4 (n=72)	%88,2 (n=45)	2,5 0,11	%75,6 (n=31)	%83,5 (n=86)	1,1 0,27	%80 (n=68)	%83,1 (n=49)	0,2 0,64	%84,7 (n=50)	%68,8 (n=11)	%100 (n=15)	%78,6 (n=11)	%75 (n=30)	6,6 0,15
Özelleştirilmiş noktasal alarmlar ve hatırlatıcılar kullanırsınız	%23,7 (n=22)	%37,3 (n=19)	2,9 0,08	%24,4 (n=10)	%30,1 (n=31)	0,4 0,49	%31,8 (n=27)	%23,7 (n=14)	1,1 0,29	%33,9 (n=20)	%37,5 (n=6)	%40 (n=6)	%28,6 (n=4)	%12,5 (n=5)	7,4 0,11

Tablo 35'e göre;

"Kanıtı dayalı veri toplar, dokümantasyon ve order düzenlersiniz" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %23,5'i (n=20), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %5,1'i (n=3), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %27,1'i (n=16), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %6,3'ü (n=1), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %0'ı (n=0), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %14,3'ü (n=2), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %10'u (n=4) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

4.4. Aile Sağlığı Merkezi Organizasyonu ile İlgili Veriler

Tablo 36: "Bir disiplinli finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? Asm'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız." sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

BİR DİSİPLİNLİ FİNANSAL YÖNETİM YAKLAŞIMINA SAHİP MİSİNİZ? ASM'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız	Evet (%,n)	Hayır (%,n)
Gelecek için bütçe, tasarruf ve maliyet anlamında faydalı analizler yaparsınız	%55,6 (n=80)	%44,4 (n=64)
Nakit akışını yönetir ve gelir artırıcı fırsatların artırılmasını sağlarsınız	%29,9 (n=43)	%70,1 (n=101)
Kodlama ve faturalandırma prosedürlerini en iyi şekilde yaparsınız	%38,2 (n=55)	%61,8 (n=89)
Ödeme yapanlar ile bilgilendirilmiş bir şekilde kontrat yaparsınız	%68,8 (n=99)	%31,2 (n=45)

Tablo 37: "Bir disiplinli finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? ASM'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız." sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları

BİR DİSİPLİNLİ FİNANSAL YÖNETİM YAKLAŞIMINA SAHİP MİSİNİZ? ASM'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Gelecek için bütçe, tasarruf ve maliyet anlamında faydalı analizler yaparsınız	%57 (n=53)	%52,9 (n=27)	0,2 0,64	%48,8 (n=20)	%58,3 (n=60)	1 0,3	%64,7 (n=55)	%42,4 (n=25)	7 0,008	%71,2 (n=42)	%56,3 (n=9)	%46,7 (n=7)	%14,3 (n=2)	%50 (n=20)	16,4 0,002
Nakit akışını yönetir ve gelir artırıcı fırsatların artırılmasını sağlarsınız	%32,3 (n=30)	%25,5 (n=13)	0,72 0,39	%26,8 (n=11)	%31,1 (n=32)	0,2 0,61	%43,5 (n=37)	%10,2 (n=6)	18,5 <0,001	%49,2 (n=29)	%12,5 (n=2)	%13,3 (n=2)	%28,6 (n=4)	%15 (n=6)	18,9 0,001
Kodlama ve faturalandırma prosedürlerini en iyi şekilde yaparsınız	%41,9 (n=39)	%31,4 (n=16)	1,5 0,21	%34,1 (n=14)	%39,8 (n=41)	0,4 0,52	%49,4 (n=42)	%22 (n=13)	11 0,001	%62,7 (n=37)	%12,5 (n=2)	%20 (n=3)	%21,4 (n=3)	%25 (n=10)	26,2 <0,001
Ödeme yapanlar ile bilgilendirilmiş bir şekilde kontrat yaparsınız	%63,4 (n=59)	%78,4 (n=40)	3,4 0,06	%75,6 (n=31)	%66 (n=68)	1,2 0,26	%61,2 (n=52)	%79,7 (n=47)	5,5 0,19	%64,4 (n=38)	%81,3 (n=13)	%86,7 (n=13)	%50 (n=7)	%70 (n=28)	6,2 0,18

Tablo 37'ye göre;

"Gelecek için bütçe, tasarruf ve maliyet anlamında faydalı analizler yaparsınız" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %64,7'si (n=55), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %42,4'ü (n=25), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %71,2'si (n=42), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %56,3'ü (n=9), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %46,7'si (n=7), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %14,3'ü (n=2), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %50'si (n=20) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Nakit akışını yönetir ve gelir artırıcı fırsatların artırılmasını sağlarsınız" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %43,5'i (n=37), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %10,2'si (n=6), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %49,2'si (n=29), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %12,5'i (n=2), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %13,3'ü (n=2), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %28,6'sı (n=4), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %15'i (n=6) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Kodlama ve faturalandırma prosedürlerini en iyi şekilde yaparsınız" maddesinde coğrafi duruma ve ASM grubuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %49,4'ü (n=42), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %22'si (n=13), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %62,7'si (n=37), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %12,5'i (n=2), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %20'si (n=3), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %21,4'ü (n=3), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %25'i (n=10) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 38: "Aile sağığı merkezinde bir değışim kùltürünü destekler misiniz?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR DEĞİŞİM KÙLTÜRÜNÜ DESTEKLER MİSİNİZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Değışim sürecinin planlanması için bir takım kurarsınız	%13,2 (n=19)	%86,8 (n=125)
HMASM (Hasta merkezli aile sağığı merkezi) uygulanması ve takibi için bir zaman çizelgesi geliştirirsiniz	%6,9 (n=10)	%93,1 (n=134)
Tüm takımın paylaşılmış bir vizyona yönelmesini yönetirsiniz	%21,5 (n=31)	%78,5 (n=113)
Tüm takım elemanlarını değışim sürecine dâhil ederek değerlendirirsiniz	%13,9 (n=20)	%86,1 (n=124)
Hasta merkezli bakım desteği için görevlilere eğitim fırsatları sağlarsınız	%20,8 (n=30)	%79,2 (n=114)

Tablo 39: "Aile sağığı merkezinde bir değışim kùltürünü destekler misiniz?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğırafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değıerleri

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR DEĞİŞİM KÜLTÜRÜNÜ DESTEKLER MİSİNİZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğırafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğıer ilçeler		A	B	C	D	Gruplan- dırılmayan	
Değışim sürecinin planlanması için bir takım kurarsınız	%15,1 (n=14)	%9,8 (n=5)	0,8 0,37	%17,1 (n=7)	%11,7 (n=12)	0,7 0,38	%9,4 (n=8)	%18,6 (n=11)	2,6 0,10	%8,5 (n=5)	%31,3 (n=5)	%6,7 (n=1)	%14,3 (n=2)	%15 (n=6)	6,3 0,17
HMAASM (Hasta merkezli aile sağığı merkezi) uygulanması ve takibi için bir zaman çizelgesi geliştirirsiniz	%7,5 (n=7)	%5,9 (n=3)	0,1 1	%4,9 (n=2)	%7,8 (n=8)	0,3 0,72	%9,4 (n=8)	%3,4 (n=2)	1,9 0,19	%5,1 (n=3)	%6,3 (n=1)	%13,3 (n=2)	%7,1 (n=1)	%7,5 (n=3)	1,3 0,86
Tüm takımın paylaşılmış bir vizyona yönelmesini yönetirsiniz	%19,4 (n=18)	%25,5 (n=13)	0,7 0,39	%22 (n=9)	%21,4 (n=22)	0,006 0,93	%28,2 (n=24)	%11,9 (n=7)	5,5 0,19	%27,1 (n=16)	%6,3 (n=1)	%6,7 (n=1)	%14,3 (n=2)	%27,5 (n=11)	6,5 0,16
Tüm takım elemanlarını değışim sürecine dahil ederek değıerlendirirsiniz	%16,1 (n=15)	%9,8 (n=5)	1,1 0,29	%19,5 (n=8)	%11,7 (n=12)	1,5 0,21	%20 (n=17)	%5,1 (n=3)	6,4 0,01	%15,3 (n=9)	%0 (n=0)	%6,7 (n=1)	%28,6 (n=4)	%15 (n=6)	5,9 0,20
Hasta merkezli bakım desteğı için görevlilere eğıitim fırsatları sağılarsınız	%17,2 (n=16)	%27,5 (n=14)	2 0,14	%19,5 (n=8)	%21,4 (n=22)	0,06 0,80	%14,1 (n=12)	%30,5 (n=18)	5,6 0,17	%13,6 (n=8)	%25 (n=4)	%33,3 (n=5)	%35,7 (n=5)	%20 (n=8)	5,3 0,25

Tablo 39'a göre;

"Tüm takım elemanlarını değişim sürecine dâhil ederek değerlendirirsiniz" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %20'si (n=17), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %5,1'i (n=3) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 40: "Hasta merkezli bakımı destekleyecek bir görevlendirme modeli ve ortam oluşturmak için hangilerini uygularsınız?" sorusuna tüm katılımcıların verdikleri cevapların oranları

HASTA MERKEZLİ BAKIMI DESTEKLEYECEK BİR GÖREVLENDİRME MODELİ VE ORTAM OLUŞTURMAK İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?	Evet (%n)	Hayır (%n)
Etkili hasta bakımı için takıma liderlik eden hekimsiniz	%65,3 (n=94)	%34,7 (n=50)
Tüm sağlık bakım ihtiyaçları için hasta ile takım tabanlı görüşürsünüz	%10,4 (n=15)	%89,6 (n=129)
Takım üyelerinin en iyi performansı sergilemelerini sağlamak için rollerini tanımlarsınız	%16 (n=23)	%84 (n=121)
Esnek görev takvimi ve erişimi iyileştirmek için eğitilmiş görevliler belirlersiniz	%6,3 (n=9)	%93,7 (n=135)
Sağlık koçu ve bakım koordinasyon fonksiyonları sağlarsınız	%1,4 (n=2)	%98,6 (n=142)
Özel ihtiyaçlara cevap verebilecek arkadaşça bir ortam oluşturursunuz	%53,5 (n=77)	%46,5 (n=67)

Tablo 41: "Hasta merkezli bakımı destekleyecek bir görevlendirme modeli ve ortam oluşturmak için hangilerini uygularsınız?" sorusuna katılımcıların; cinsiyet, medeni durum, coğrafi durum ve ASM gruplarına göre verdikleri evet cevaplarının oranları ve p değerleri

HASTA MERKEZLİ BAKIMI DESTEKLEYECEK BİR GÖREVLENDİRME MODELİ VE ORTAM OLUŞTURMAK İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?	Cinsiyet		χ^2 ; p	Medeni Durum		χ^2 ; p	Coğrafi Durum		χ^2 ; p	ASM/AHB Grubu					χ^2 ; p
	Erkek	Kadın		Bekâr	Evli		Merkez ilçeler	Diğer ilçeler		A	B	C	D	Gruplandırılmayan	
Etkili hasta bakımı için takıma liderlik eden hekimsiniz	%55,9 (n=52)	%82,4 (n=42)	10,001	%68,3 (n=28)	%64,1 (n=66)	0,2 0,63	%50,6 (n=43)	%86,4 (n=51)	19,7 <0,001	%55,9 (n=33)	%87,5 (n=14)	%93,3 (n=14)	%42,9 (n=6)	%67,5 (n=27)	14,1 0,007
Tüm sağlık bakım ihtiyaçları için hasta ile takım tabanlı görüşürsünüz	%11,8 (n=11)	%7,8 (n=4)	0,5 0,45	%7,3 (n=3)	%11,7 (n=12)	0,6 0,55	%15,3 (n=13)	%3,4 (n=2)	5,2 0,02	%15,3 (n=9)	%0 (n=0)	%6,7 (n=1)	%0 (n=0)	%12,5 (n=5)	5,3 0,25
Takım üyelerinin en iyi performansı sergilemelerini sağlamak için rollerini tanımlarsınız	%19,4 (n=18)	%9,8 (n=5)	2,2 0,13	%19,5 (n=8)	%14,6 (n=15)	0,5 0,46	%18,8 (n=16)	%11,9 (n=7)	1,2 0,26	%16,9 (n=10)	%6,3 (n=1)	%20 (n=3)	%14,3 (n=2)	%17,5 (n=7)	1,4 0,83
Esnek görev takvimi ve erişimi iyileştirmek için eğitilmiş görevliler belirlersiniz	%5,4 (n=5)	%7,8 (n=4)	0,3 0,72	%7,3 (n=3)	%5,8 (n=6)	0,1 0,71	%9,4 (n=8)	%1,7 (n=1)	3,5 0,08	%8,5 (n=5)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%10 (n=4)	4,4 0,34
Sağlık koçu ve bakım koordinasyon fonksiyonları sağlarsınız	%2,2 (n=2)	%0 (n=0)	1,1 0,53	%2,4 (n=1)	%1 (n=1)	0,4 0,49	%2,4 (n=2)	%0 (n=0)	1,4 0,51	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%7,1 (n=1)	%2,5 (n=1)	5 0,28
Özel ihtiyaçlara cevap verebilecek arkadaşça bir ortam oluşturursunuz	%52,7 (n=49)	%54,9 (n=28)	0,06 0,79	%56,1 (n=23)	%52,4 (n=54)	0,1 0,69	%52,9 (n=45)	%54,2 (n=32)	0,02 0,87	%54,2 (n=32)	%50 (n=8)	%80 (n=12)	%57,1 (n=8)	%42,5 (n=17)	6,3 0,17

Tablo 41'e göre;

"Etkili hasta bakımı için takıma liderlik eden hekimsiniz" maddesinde cinsiyete göre, coğrafi duruma göre ve ASM grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin %55,9'u (n=52), kadınların ise %82,4'ü (n=42), merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %50,6'sı (n=43), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %86,4'ü (n=51), A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %55,9'u (n=33), B grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %87,5'i (n=14), C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %93,3'ü (n=14), D grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin %42,9'u (n=6), herhangi bir ASM gruplandırılması yapılmamış bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise %67,5'i (n=27) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

"Tüm sağlık bakım ihtiyaçları için hasta ile takım tabanlı görüşürsünüz" maddesinde coğrafi duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Merkez ilçelerdeki aile hekimlerinin %15,3'ü (n=13), diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin ise %3,4'ü (n=2) bu maddeyi uyguladıklarını belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Aile hekimliği, 1980’li yıllardan bu yana sürdürülen sağlıkta reform çabalarının daima içinde olmuş ve günümüzde, sağlıkla ilgili tartışmaların odak noktasını oluşturmuştur.

Ülkemizde 2005 yılında Düzce’de pilot olarak başlatılan Aile Hekimliği uygulamasına, 2006’da 6 il, 2007’de 7 il, 2008’de 17 il, 2009’da 4 il alınmış ve 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla tüm illerde uygulanmaya başlamıştır (57).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem koruyucu ve tedavi edici hem de topluma hizmetlerin entegre şekilde sunulması, uğraşı alanını arttırmakta birlikte Aile Hekimliği Uygulaması’nın henüz tam olarak yaygın ve nitelikli şekilde sunulamaması, ilgili mevzuatta sık ve radikal değişiklikler yapılması (Aile Sağlığı Merkezi gruplamaları, ceza puanı uygulamaları, cumartesi mesailer, nöbetler v.b.) sistemi bütün olarak revize etmekte ve yaşanan sıkıntıları arttırmaktadır (58).

Bu çalışmaya, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta merkezli klinik yöntemin durumunun belirlenmesiyle hekimlerin hasta merkezli yaklaşım konusunda farkındalıklarının ve uygulamalarının artırılması hedeflenerek başlanmıştır.

Çalışmamız, Erzurum'daki birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çoğunluğuna ulaşmış olması ve bu alanda yapılmış bir ön çalışma olması nedeniyle yararlı veriler içermektedir. Literatürde hasta merkezliliği ve hasta tercihlerini değerlendiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, hasta merkezlilik algısı ölçütleri ile hastaların ve hekimlerin, hasta merkezlilik hakkındaki düşünceleri belirlenmiştir. Ancak ülkemizde bizim çalışmamıza benzer bir çalışma henüz yapılmamıştır. Çalışmaya 144 aile hekimi katılmıştır. 2010 yılında Altuğ ve ark. yaptığı "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta ve hekimlerin hasta merkezli bakım ile ilgili algıları" isimli çalışmaya 500 hasta ve 72 hekim katılmıştır. Bu çalışmada hekimlere "sosyodemografik özelliklerinin yanısıra; hasta merkezli eğitim alma, koruyucu hizmete zaman ayırma, yapılan koruyucu hizmetler" gibi sorular yöneltilmiş, "hasta merkezli eğitim alma" sorusuna 72 hekimden %37,5'i (n=27) evet, %52,8'i (n=38) hayır, %9,7'si (n=7) de bilmiyorum yanıtını vermişlerdir. Bu çalışmada hekimlere, hasta merkezlilik ile ilgili hekim algısı değerlendirme ölçeği uygulanmış ve 9 soru yöneltilmiştir. "Bugün hastanızın ana başvuru nedeni (nedenleri) ne derecede

tartışıldı?" sorusuna katılımcıların %11,1'i (n=8) tamamen, %48,6'sı (n=35) büyük ölçüde, %37,5'i (n=27) kısmen tartışıldığını, %2,8'i (n=2) hiç tartışılmadığını ifade etmiştir. "Hastanızın başvuru nedeninin tartışılması ile ilgili ne derecede tatmin oldunuz?" sorusuna katılımcıların %8,3'ü (n=6) Çok tatmin oldum, %59,7'si (n=43) Tatmin oldum, %30,6'sı (n=22) Biraz tatmin oldum, %1,4'ü (n=1) Hiç tatmin olmadım yanıtını vermiştir. "Hastanızın söylediklerini ne derecede dinlediniz?" sorusuna katılımcıların %26,4'ü (n=19) tamamen, %56,9'u (n=41) büyük ölçüde, %16,7'si (n=12) kısmen yanıtını vermiştir. "Hastanıza başvuru nedenini ne ölçüde açıkladınız?" sorusuna katılımcıların %26,4'ü (n=19) tam olarak, %54,2'si (n=39) çoğunu, %16,7'si (n=12) birazını, %2,8'i (n=2) hiç açıklamadığını ifade etmiştir. "Hastanızla bakımı konusundaki rollerinizi ne ölçüde tartıştınız? (hastanın hastalığı ve tedavisinde karar almada kim ve hangi görevden sorumlu olacak)" sorusuna katılımcıların %12,5'i (n=9) tamamen, %38,9'u (n=28) büyük ölçüde, %40,3'ü (n=29) kısmen tartışıldığını, %8,3'ü (n=6) hiç tartışılmadığını ifade etmiştir. "Hastanıza tedavisini ne ölçüde açıkladınız?" sorusuna katılımcıların %20,8'i (n=15) tamamen, %61,1'i (n=44) büyük ölçüde, %18,1'i (n=13) kısmen açıkladığını ifade etmiştir. "Hastaya ne ölçüde bu müdahalenin (tedavinin) uygulanabilir, yönetilebilir olduğunu açıklayabildiniz? (hastalık ve tedavinin nasıl uygulanacağı, uygulanması ve yönetilmesi konusunda hastanızla paylaşımda bulundunuz mu?)" sorusuna katılımcıların %16,7'si (n=12) tam olarak, %51,4'ü (n=37) çoğunu, %31,9'u (n=23) kısmen açıkladığını ifade etmiştir. "Hastanızı bugün ne derecede anlayabildiğinizi düşünüyorsunuz?" sorusuna katılımcıların %9,7'si (n=7) çok iyi, %68,1'i (n=49) iyi, %22,2'si (n=16) biraz yanıtını vermiştir. "Bugünkü başvuru nedeniyle ilgili olarak hastanızın sağlığını etkileyebilecek kişisel ya da aile meselelerini ne ölçüde tartıştınız?" sorusuna katılımcıların %5,6'sı (n=4) tamamen, %33,3'ü (n=24) çoğunlukla, %43,1'i (n=31) kısmen tartışıldığını, %18,1'i (n=13) hiç tartışılmadığını ifade etmiştir (59).

Çalışmamızda kalite göstergeleriyle ilgili olarak "Siz ve personeliniz bir iyileştirme kültürü geliştirir misiniz?" sorusunda aile hekimlerinin çok büyük bir çoğunluğu günlük çalışmalarında kalitenin daha iyi olması için çaba gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Merkezdeki aile hekimlerinin ASM'de görevli herkes için çekirdek performans ölçütleri belirlemesi, diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre anlamlı derecede üstün çıkmıştır. Kadın aile hekimlerinin, merkezde bulunan aile hekimlerinin

ve A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin, daha iyi klinik yönetimi ve etkinliği için veri toplama ve veri analizi yaptıkları bulunmuştur.

"Nüfusunuzu yönetmek için risk katmanlı bakım yönetim prensiplerini kullanır mısınız?" sorusunda diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin, merkezdekilere göre daha üstün bir şekilde, hastalarında risk durumunu tanımlamak için bir yöntem kullandıkları görülmüştür. Merkezdeki aile hekimlerinin ise diğer ilçedekilere daha üstün bir şekilde, kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirdiği ve güncellediği görülmüştür. A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha üstün bir şekilde hasta popülasyonunu gruplandırırken değişik araçlar kullandıkları gözlemlenmiştir.

"Hasta güvenliği klinik pratiğinizin bir parçası mı?" sorusunda aile hekimlerinin büyük bir çoğunluğu ASM'lerinde hasta güvenliği için tedbir aldıklarını belirtmişlerdir. Kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, hastalarında her vizit ve taburculuk sonrası vizitte ilaç kullanımında hasta uyumunun sağlanmasında ve hastaların üst basamağa sevkini ve epikriz yazımını belirli bir prosedüre göre yapmada daha üstün oldukları görülmüştür.

"Hasta bakımını diğer tıbbi merkezlerle koordine eder misiniz?" sorusunda aile hekimlerinin büyük bir çoğunluğu hasta sevk yönetimi ve AHBS veya MHRS gibi toplum tabanlı kaynaklarla bağlantı sağladıklarını ifade etmişken, bakım sürekliliğinin gözlenmesi için bilgilendirilmiş bir takım oluşturmadığı anlaşılmıştır. Merkezdeki ve A grubu ASM'deki aile hekimlerinin, klinik uzmanları ve diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişinin koordinasyonunu ve takibini sağlamada üstün oldukları gözlemlenmiştir. Yine kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, hasta sevklerinde prosedüre göre değerlendirme yapma uygulamalarının daha üstün olduğu görülmüştür.

"Laboratuar Testlerinde Kalite Ölçümünü Nasıl Yaparsınız?" sorusunda aile hekimlerinin çok yüksek oranda, aldıkları kan örneklerini uygun test düzeyleri için Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderdikleri tespit edilmiştir. Kadın aile hekimlerinin erkeklere göre; çalıştıkları laboratuvarın onaylanmış akreditasyon ajanslarına kayıtlı olması, onaylanmış bir test programına sahip olması, test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlama ve iyi laboratuar merkezi klavuzunu takip noktalarında daha iyi oldukları görülmüştür. A grubu ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlama ve iyi

laboratuar merkezi klavuzunu takip noktalarında daha iyi oldukları görülmüştür. Yine merkezdeki aile hekimlerinin iyi laboratuar merkezi klavuzunu takip hususunda diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre daha iyi oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda hasta merkezli bakım ile ilgili olarak "Sağlık hizmetlerine hasta erişiminin sağlanması için aşağıdaki prosedürlerden hangilerine sahipsiniz?" sorusunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu hekim seçme hakkının kullanılabilmesini belirtmişlerdir. Merkezdeki aile hekimlerinin ilçedekilere, A grubu bir ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda esnek mesai uyguladıkları ve randevu takvimi ve reçete gibi hasta ihtiyaçları için bir web portalına sahip olma hususu görülmüştür. Yine merkezdeki aile hekimlerinin ilçedekilere göre, hekim seçme hakkının kullanılabilmesinde daha iyi oldukları görülmüştür. Kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, daha yüksek bir oranda dil ve kültüre uygun hizmet verdikleri gözlemlenmiştir.

"Hastalarınızı karar mekanizmasına dâhil ediyor musunuz?" sorusunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu hastalarla tedaviyi tarafsız bir şekilde tartıştıklarını belirtmişlerdir. A grubu ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha üstün bir oranda, karar seçeneklerini gözden geçirdikten sonra karar verici tartışmalar yaptıkları ve hastanın tercihlerini kaydedip karar sürecinde takibini sağladıkları görülmüştür. Yine merkezdeki aile hekimlerinin de ilçedekilere göre daha üstün bir oranda, karar verici tartışmalar yaptıkları ve hastanın tercihlerini kaydedip karar sürecinde takibini sağladıkları görülmüştür.

"Aile sağlığı merkeziniz hastanın öz (kendi kendini) yönetimini destekler mi?" sorusunda hekimlerin büyük bir çoğunluğu hastalarını yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullandıklarını belirtmişlerdir. A grubu ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha üstün bir oranda hasta ve bakım hizmeti sunucusunu öz yönetim açısından değerlendirdikleri görülmüştür. Merkezde bulunan aile hekimlerinin diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre daha yüksek bir oranda hastalarını yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullandıkları görülmüştür. Kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, hastalarının kronik durumları için daha çok evde takipler yaptığı ve bakım planlarına aile ve bakıcıları daha çok dâhil ettikleri gözlemlenmiştir.

"Hastaların bakım deneyimlerini değerlendirme ve iyileştirme için hangilerini uygularsınız?" sorusunda merkezdeki aile hekimlerinin ilçedeki aile hekimlerine göre, daha düzenli bir şekilde hastaların memnuniyet durumlarını değerlendirdikleri görülmektedir.

Çalışmamızda sağlık bilgi teknolojileri ile ilgili olarak "Bir ses teknolojisi alt yapınız var mı?" sorusunda evli aile hekimleri bekar aile hekimlerine göre, çoklu araç çeşitleri ile uyum (masaüstü, laptop, tablet, smartphone vs) sağlama konusunda üstün görülmektedir.

"Aile sağlığı merkeziniz yakın tıbbi merkezler ile dijital bir bağlantıya sahip mi?" sorusunda aile hekimlerinin büyük bir çoğunluğu AHBS gibi sağlık veri alışverişini sağladıklarını, elektronik reçete ve tanı yönetimine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Merkezdeki aile hekimlerinin ilçedekilere, A grubu bir ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda hastalarıyla ve sağlık uzmanlarıyla güvenli mesajlaşma olanağına sahip oldukları görülmektedir. Kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, sevk yönetimini ve iletişim takibini sağlamada bir adım önde oldukları görülmektedir.

"Elektronik kayıt sisteminizde şu öğeler değerlendirilir mi?" sorusunda aile hekimlerinin büyük bir kısmı hasta kayıtları ile nüfusun sağlık yönetimine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Evli aile hekimlerinin bekâr aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda hastaları için yenilikçi bir sağlık yönetimine sahip oldukları görülmüştür. Evli aile hekimlerinin bekâr aile hekimlerine göre, merkezdeki aile hekimlerinin diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre ve A grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin diğer grup ASM'lerdeki aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda kalite ölçümü için özelleştirilmiş raporlara sahip oldukları görülmüştür.

"Kanıtı dayalı klinik karar destek araçlarını kullanır mısınız?" sorusunda aile hekimlerinin büyük bir kısmının klinik terminoloji ve kodlama araçlarını (ICD, ICPC, CPT, SNOMED) kullandıkları gözlemlenmiştir. Merkezdeki aile hekimlerinin ilçedekilere, A grubu bir ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda kanıtı dayalı veri toplayıp, dokümantasyon ve order düzenledikleri görülmüştür.

Çalışmamızda aile sağlığı merkezi organizasyonu ile ilgili olarak, "Bir disiplinli finansal yönetim yaklaşımına sahip misiniz? ASM'yi yönetirken personel, giderler vs.

düşünerek cevaplayınız." sorusunda aile hekimlerinin çoğunluğunun ödeme yapanlar ile bilgilendirilmiş bir şekilde kontrat yaptıkları görülmüştür. Merkezdeki aile hekimlerinin ilçedekilere, A grubu bir ASM'deki aile hekimlerinin diğer gruptaki bir ASM'de çalışan aile hekimlerine göre, daha yüksek oranda nakit akışını yönetip, gelir artırıcı fırsatların artırılmasını sağladıkları, gelecek için bütçe, tasarruf ve maliyet anlamında faydalı analizler yaptıkları, kodlama ve faturalandırma prosedürlerini daha iyi bir şekilde yaptıkları gözlemlenmiştir.

"Aile sağlığı merkezinde bir değişim kültürünü destekler misiniz?" sorusunda, merkezdeki aile hekimlerinin diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre, daha yüksek bir oran ile tüm takım elemanlarının değişim sürecine dâhil edilmesini destekledikleri görülmüştür.

"Hasta merkezli bakımı destekleyecek bir görevlendirme modeli ve ortam oluşturmak için hangilerini uygularsınız?" sorusunda, kadın aile hekimlerinin erkeklere göre, diğer ilçelerdeki aile hekimlerinin merkezdekilere göre, C grubu bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin ise diğer grup ASM'lerdeki aile hekimlerine göre, daha yüksek bir oranda etkili hasta bakımı için takıma liderlik ettikleri görülmüştür. Merkezdeki aile hekimlerinin diğer ilçelerdeki aile hekimlerine göre, daha yüksek bir oranda, tüm sağlık bakım ihtiyaçları için hasta ile takım tabanlı görüştükleri gözlemlenmiştir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, hasta merkezli bakımın özellikle hastalar üzerindeki olumlu etkisi evrensel bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Güney Afrika'da Henbest ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada hasta merkezli olmayan ve hasta merkezli olan görüşmeler arasında hasta doyumunu açısından %15'e %46 gibi oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (60). İspanya'da Moral ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada hasta merkezli bir eğitim almış aile hekimleri müdahale grubuyla, kontrol grubu arasında hasta algılarında, %55'e %29'luk bir fark göstermişlerdir (61).

Hasta verileri değerlendirildiğinde sonuçlar genel hasta hekim ilişkisi bakımından karmaşık olmakla birlikte, aile hekimliği ve hasta merkezli bakım açısından umutlandırıcıdır. Griffin ve ark.'nın dünya literatürü üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 35 girişimsel çalışmanın büyük çoğunluğunun, hasta - hekim iletişimini güçlendirdiği ve bunların yarısından fazlasının hastanın sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahip olduklarını bulmuşlardır (62).

Çalışmamız etkin bir hasta-hekim ilişkisini desteklemek için kullanılabilecek önemli hususlara da işaret etmektedir. Bu hususlar, hastaları soru sormaya teşvik etmek veya endişelerini kâğıda dökmelerini önermek gibi hastalara yönelik girişimlerin yanı sıra, hekimlere hastalarının görüş, kaygı ve beklentilerini nasıl araştıracakları konusunda eğitim verilmesi, hastalara hastalık ve tedavisi ile ilgili daha iyi bilgi aktarabilmeleri için yardımcı olmak ve hekimlerin görüşme sırasındaki duygulara karşı dikkatini arttırmak gibi hekimler üzerindeki girişimler de olabilir (40).

Hasta merkezli bakım, kaynakların etkili bir biçimde kullanımını da getirmektedir. Nitekim Kanada'da yapılan bir çalışma, hasta merkezli olmayan görüşmelerin %23,3'ünde, hasta merkezli olanların ise %14,6'sında tanısal test istenildiğini ortaya koymuştur (63). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise Epstein ve ark. hekimlerin hasta merkezli bir yaklaşım göstermediklerinde tanısal testlerin maliyetinin 100 dolar, hasta merkezli bir yaklaşım gösterdiklerinde ise 89 dolar olduğunu göstermiştir (64).

Hasta merkezli bakımın tüm bu nedenlerden dolayı sağlık uygulamalarında önemli bir yeri vardır. Hasta merkezli bakım; hastanın sağlığındaki olumlu gelişmeleri sağlaması, hekimin hastayı daha iyi değerlendirmesi, kaynakların etkili kullanımından maliyetlerin azalması ve sağlık bakım kalitesini artırması yönleriyle sağlık uygulamalarında hekimlerin uygulamasını gerektiren bir yaklaşımdır.

6. SONUÇLAR

Etkin bir hasta-hekim ilişkisi için, hekimlerin becerilerinin geliştirilmesinin temel amacı; hasta ile görüşme, öykü alma, fizik muayene yapma ve tedavisini olumlu yönde sürdürme konularında bilgi ve beceri kazanmasının sağlanmasıdır. Hekimlerin kazanacağı bu becerilerin, tüm meslek yaşamında pekiştirilerek sürdürülmesi gereklidir. Bunun için hekimlerin, modern tıbbın önemli bir uygulaması olan, hasta haklarına uyum sağlamaları ve bu kapsamda “hasta merkezli” iletişim kurma yaklaşımlarını uygulamaları beklenmelidir.

Hekimlerin hasta merkezli bakım konusunda kendilerini geliştirmeleri ve hasta merkezli bakım konusunda becerilerin kazanılması sonucunda; hasta-hekim iletişimi etkin ve verimli bir şekilde gerçekleşecektir. Bu da, teşhis ve tedavide yararlılık, etkinlik, uygunluk ve ekonomikliğin yanı sıra, hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerinin artmasını da sağlayacaktır.

O hâlde hasta-hekim ilişkisine ve tedavi sürecine, sadece teknik bilgi ve donanımların uygulanması açısından bakılmamalı, aynı zamanda kişiler arası ilişkiler sanatı olduğu bilinciyle de yaklaşılmalı ve hasta merkezli bakımın tıp eğitiminde kazandırılması sağlanmalıdır.

Hasta merkezli bakım ve yaklaşımın kullanılması durumunda, hekim daha iyi bir sonuç alacak ve sağlık bakım masrafları da azaltılmış olacaktır.

Hastalar açısından ise, hastaların karar alma konusunda istekli olup olmama durumları ve ilgileri, hastaların eğitim ve kültür düzeyi; hekim açısından ise, hekimin eğitim ve beceri düzeyi, hekimin bakmakta olduğu hasta sayısı ve zaman, hekimin enerji ve ilgi durumu gibi durumlar hasta merkezli bakımda rol oynamaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin hasta merkezli bakım geliştirmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının hasta bakımında daha önemli bir role sahip olmasına katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Rakel RE. Establishing rapport. In: Rakel RE, Editor. Textbook of Family Medicine. 5th ed. Philadelphia: Saunders 2002; 233-51.
2. Bernard L, Krupat E. The Patient and Practitioner Relationship. In: E. Krupat (ed) Psychology is Social. third ed, New York: Harper Collin Publishers 1994: 357-369.
3. Lynn M, McMillan B. Do nurses know what patients think is important in nursing care? J Nurs Care Qual 1999; 13(5): 65-74.
4. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010: 79.
5. erişim: www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/PCMHChecklist.pdf
6. Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005, Çev. Okay Başak, Esra Saatçi , Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011
7. EURACT. (2005). The European Definition Of General Practice /Family Medicine. European Academy of Teachers in General Practice. (Network within WONCA Europe), Portekiz, s. 5–7
8. Yöney, H. ve Yavuz, D. G. (2010). Tıpta Uzmanlık Seçimi. Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 778, s. 26-31
9. Ersoy, F. (2005). Aile hekimliği. SB Diyalog Dergisi, Sayı: 9 Ocak 2005. s. 19
10. Ungan, M. (2004). Aile Hekimliği. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na sunulan bildiri, Afyon: 23–26 Nisan 2004, s. 7
11. Evans P, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I et al. (Çeviri: O. Başak, Saatçi E). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. TAHUD Yayınları-4, İstanbul: 2011. s.13-34.
12. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002:4-6, 7-43.
13. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarı F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-418.
14. Özkaçar N. Aile hekiminin görev tanımı. <http://www.ailehekimirehberi.com/ailetanimi.html>.
15. erişim "Türkiye’de Aile Hekimliği", http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213

16. Kürşat Algın, İsmet Şahin, Mehmet Top, "Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 2004, s. 257.
17. Ünlüoğlu İ. Paycı S.Ö. "Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği", Aile Doktorları İçin Kurs Notları (pdf), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 27-29.
18. Söyleyici T. Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010.s:36-38
19. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, s. 20.
20. erişim www.aile/atauni.edu.tr/asistanlar/index.html
21. Zuhal Karadağ, Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s.20.
22. Okay Başak, Dilek Güldal, "Akademik Aile Hekimliği Bölümlerinin 20 Yılı: Gelişimsel Süreç Üzerine Bir Değerlendirme", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, cilt 18,sayı 1, 2014, s.16-24.
23. Ekin Özgür Aktaş, Gürol Çakır, "Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması", Türkiye Ege Tıp Dergisi, Cilt: 51, Sayı: 1, İzmir, 2012, s. 22.
24. (Erişim) Sabah Tüzün, Çiğdem Apaydın Kaya, "Uzmanlık dalı olarak aile hekimliğinin tarihi",<http://www.tahud.org.tr/guncel/asistan-dagarcigi/uzmanlik-dali-olarak-aile-hekimliginin-tarihi/11>
25. Heath I. World Organisation of Family Doctors (Wonca) perspectives on person-centered medicine. International journal of integrated care. 2010;10 Suppl:e005. Epub 2010.03.17.
26. I M. The importance of being different. British Journal of General Practice. 1996;46.
27. America" CoQoHCi. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine; National Academy Press; 2001.
28. IR M. Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision making. In: M S, J B, A R, editors. Decision Making in General Practice. London: Stockton; 1985.
29. Lawn S. Compliance, concordance, and patient-centered care. Patient preference and adherence. 2011;5:89-90. Epub 2011/03/23,
30. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM. 2011;24(3):229-39. Epub 2011.05.10.

31. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(8):1489-95. Epub 2010.08.04.
32. Epstein RM, Street RL, Jr. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*. 2011;9(2):100-3. Epub 2011.03.16.
33. erişim <http://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html>
34. American Academy of Family Physicians AAFP, American College of Physicians, American Osteopathic Association". Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. Published February 2007. http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/policy/fed/jointprinciplespcmh0207.Par.0001.File.dat/022107medicalhome.pdf.
35. Peikes D, Zutshi A, Genevro JL, Parchman ML, Meyers DS. Early evaluations of the medical home: building on a promising start. *The American journal of managed care*. 2012;18(2):105-16. Epub 2012.03.23.
36. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2003
37. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
38. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6:101-23.
39. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient-centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
40. Stewart M. 'Hasta Merkezli Klinik Yöntem: Aile Hekimliği Bakış Açısı Durum Raporu', Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 17. sayı, 80-85, İzmir 2013
41. Hard N. *The sociology of health and medicine*. Causeway Press Limited 1985; 96-104.
42. Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The Patient Centred Interview: The Key to Biopsychosocial Diagnosis and Treatment. *Scand J Prim Health Care*. 2001; 19:8-13.
43. Beckmann HB, Frankell RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 1984; 101: 692-6
44. Elwyn G. Shared decision making and patient involvement in clinical practice: an introduction. In: Elwyn G, editor. *Shared decision making; Patient involvement in clinical practice*. Nijmegen: WOK 2001; 10-1.

45. Uzman HM, Özbakır D, Ergin C. (1997), Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: bir saha çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara Haberal Eğitim Vakfı, s. 113-118.
46. Walker 3, Brooksby A, McInerny 3, Taylor A (1998), Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust, Journal of Management 6 (4): 193-200.
47. Özlü T. Kuramsal Metinler, Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları, Timaş Yayınları, İstanbul 2005; 79
48. Dyck A, Deschamps M, Taylor J. "Pharmacists' discussions of medication side effects: a descriptive study" Patient Educ Couns 2005; 56(1), 21-27
49. Nesanır N, Dinç G. Patient satisfaction level of the patients who were hospitalized in Manisa city. TAF Prev Med Bull, 2008; 7(5):419-428
50. Young WB, Minnick AF, Marcantonio R (1996) How wide is the gap in defining quality care?: comparison of patient and nurse perceptions of important aspects of patient care, J Nurs Administration, 26(5): 15-20.
51. Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. J Adv Nurs 1999; 29(4): 832-9., Aminoff UB, Kjellgren KI. The nurse-a resource in hypertension care. J Adv Nurs. 2001; 35(4): 582-9.
52. Stewart M. The impact of patient- centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49: 76.
53. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe Medical Press 1998.
54. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualised. Lancet 1996; 348: 941-3
55. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49(443):477-82
56. Baltaş A, Baltaş Z. Hekim-hasta ilişkilerinde iletişimin geliştirilmesi. Cumhuriyet Bilim-Teknik, 1995; 422: 10-2
57. Erişim (<http://www.mumessiller.com/index.php?showtopic=4124>)
58. Aktaş E Ö Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 51(1): 21-29, 2012
59. Altuğ M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta ve hekimlerin hasta merkezli bakım ile ilgili algıları, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya, 2010

60. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990;7:28-33.
61. Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
62. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:6:595-608.
63. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy* 2011;6:27-31.
64. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-21.

EKLER

EK-1

ANKET

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Cinsiyetiniz?

- ☐ 1.Erkek ☐ 2.Kadın

Yaşınız?

Medeni Durumunuz?

- ☐ 1. Bekâr ☐ 2. Evli

Ünvanınız?

- ☐ 1.Pratisyen ☐ 2.Aile Hekimliği Uzmanı ☐ 3.Diğer

Kaç yıldır hekimsiniz?

Kaç yıldır aile hekimisiniz?

Çalıştığınız yerin coğrafi durumu?

- ☐ 1.Merkez ilçeler ☐ 2.Diğer ilçeler ☐ 3.Köy ☐ 4.Diğer

Asm/Ahb' nizin grubu?

- ☐ 1.A ☐ 2.B ☐ 3.C ☐ 4.D ☐ 5.Gruplandırılmadı

Günlük baktığınız ortalama hasta sayısı?

Bir hastaya ayırabildiğiniz ortalama süre kaç dakikadır?

HASTA MERKEZLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ KONTROL LİSTESİ

Aşağıdaki kontrol listesini aile sağlığı merkeziniz (asm) için uygulayın. Lütfen aşağıda yer alan ve ASM'nizde uygulandığını düşündüğünüz maddeleri işaretleyiniz. Birden fazla kutucuğu işaretleyebilirsiniz.

1. KALİTE GÖSTERGELERİ

SİZ VE PERSONELİNİZ BİR İYİLEŞTİRME KÜLTÜRÜ GELİŞTİRİR MİSİNİZ?

- ☐ Günlük çalışmalarınızda kalitenin daha iyi olması için çaba gösterirsiniz.
- ☐ ASM'nizde görevli herkes için çekirdek performans ölçütleri belirlersiniz.
- ☐ Daha iyi klinik yönetimi ve etkinliği için veri toplama ve veri analizi yaparsınız.

☐ ASM'nizin en iyi olması için personelinizle iyileştirme yollarını tartışırsınız.

NÜFUSUNUZU YÖNETMEK İÇİN RİSK KATMANLI BAKIM YÖNETİM PRENSİPLERİNİ KULLANIR MİSİNİZ?

- ☐ Her hastanın risk durumunu tanımlamak için bir yöntem kullanırsınız.
- ☐ Kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirir ve güncellersiniz.
- ☐ Kronik durumlar ve koruyucu hizmetler için planlı bakım ziyaretleri yaparsınız.
- ☐ Yüksek riskli hastalar için yoğun bakım yönetimi sağlarsınız.
- ☐ Hasta popülasyonunu gruplandırmak için değişik araçlar kullanırsınız.

HASTA GÜVENLİĞİ KLİNİK PRATİĞİNİZİN BİR PARÇASI MI?

- ☐ ASM'nizde hasta güvenliği için tedbirler alırsınız.
- ☐ Her vizit ve taburculuk sonrası vizitte ilaç kullanımında hasta uyumunu sağlarsınız.
- ☐ Hastaların üst basamağa sevkini ve epikriz yazımını belirli bir prosedüre göre yaparsınız.

HASTA BAKIMINI DİĞER TIBBİ MERKEZLERLE KOORDİNE EDER MİSİNİZ?

- ☐ Bakım sürekliliğinin gözlenmesi için bir bilgilendirilmiş takım oluşturunuz.
- ☐ Hasta sevk yönetimi ve toplum tabanlı kaynaklarla bağlantı sağlarsınız (AHBS veya MHRS gibi).
- ☐ Klinik uzmanları ve diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişinin koordinasyonunu ve takibini sağlarsınız.

- ☐ Hasta sevklerinde prosedüre göre değerlendirme yaparsınız.

LABORATUVAR TESTLERİNDE KALİTE ÖLÇÜMÜNÜ NASIL YAPARSINIZ?

- ☐ Alınan örnekleri uygun test düzeyleri için Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderirsiniz.
- ☐ Onaylanmış akreditasyon ajanslarına kayıtlısınızdır.
- ☐ Onaylanmış bir test programına sahipsinizdir.
- ☐ Test görevlilerinin yeterliliğinin yönetimini sağlarsınız.
- ☐ Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezinin Sağladığı "iyi laboratuvar merkezi" kılavuzunu takip edersiniz.

2. HASTA MERKEZLİ BAKIM

SAĞLIK HİZMETLERİNE HASTA ERİŞİMİNİN SAĞLANMASI İÇİN AŞAĞIDAKİ PROSEDÜRLERDEN HANGİLERİNE SAHİPSİNİZ?

- ☐ Aynı gün için randevu verirsiniz.
- ☐ Esnek mesai uygularsınız.

- ☐ 7 gün/24 saat tıbbi yardıma erişilebilir.
- ☐ Hekim seçme hakkı kullanılabilir.
- ☐ Hastalarla iletişim için güvenli bir e-posta kullanımı sağlarsınız.
- ☐ Randevu takvimi ve reçete gibi hasta ihtiyaçları için bir web portalına sahipsinizdir.
- ☐ Hastaların sağlık hizmetine erişimine engel durumların yönetimini (nakil, fiziksel ve mental engeller) sağlarsınız.
- ☐ Dil ve kültüre uygun hizmetler sağlarsınız.

HASTALARINIZI KARAR MEKANİZMASINA DÂHİL EDİYOR MUSUNUZ?

- ☐ Tedavi seçeneklerini hastalarla tarafsız bir şekilde tartışırsınız.
- ☐ Hastanın sağlık hedeflerini ve önceliklerini değerlendirirsiniz.
- ☐ Hastalar için duruma özel yardım hizmeti sağlarsınız.
- ☐ Karar seçeneklerini gözden geçirdikten sonra karar verici tartışmalar yaparsınız.
- ☐ Hastanın tercihlerini kaydeder ve karar sürecinde takibini sağlarsınız.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ HASTANIN ÖZ (KENDİ KENDİNİ) YÖNETİMİNİ DESTEKLER Mİ?

- ☐ Hasta ve bakım hizmeti sunucusunu öz yönetim açısından değerlendirirsiniz
- ☐ Hastayı yönlendirmek için motivasyonel görüşmeler kullanırsınız.
- ☐ Hastaların kronik durumları için evde takipler yaparsınız.
- ☐ Aile ve bakıcıları bakım planlarına dâhil edersiniz.
- ☐ Sağlık koçu desteği sunarsınız.

HASTALARIN BAKIM DENEYİMLERİNİ DEĞERLENDİRME VE İYİLEŞTİRME İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?

- ☐ Düzenli bir şekilde hastaların memnuniyet durumlarını değerlendirirsiniz.
- ☐ Kalite iyileştirme faaliyetlerine rehberlik etmek için hasta danışma paneli kurarsınız.
- ☐ İhtiyaç durumunda hasta odaklı grupların yönetimini sağlarsınız.

3. SAĞLIK BİLGİ TEKNOLOJİLERİ

BİR SES TEKNOLOJİSİ ALT YAPINIZ VAR MI?

- ☐ Güvenli hasta erişimi, hasta izni ve veri ihlali protokolüne sahipsinizdir.
- ☐ Çoklu araç çeşitleri ile uyum (masaüstü, laptop, tablet, smartphone vs) sağlarsınız.
- ☐ Kanıtlanmış sistem güncellemesine ve tam veri kurtarma prosedürlerine sahipsinizdir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİZ YAKIN TIBBİ MERKEZLER İLE DİJİTAL BİR BAĞLANTIYA SAHİP Mİ?

- ☐ Sağlık veri alışverişi sağlarsınız. (AHBS gibi)
- ☐ Hasta ve sağlık uzmanlarıyla güvenli mesajlaşma olanağına sahipsinizdir.
- ☐ Elektronik reçete ve tanı yönetimine sahipsinizdir.
- ☐ Sevk yönetimini ve iletişim takibini sağlarsınız.

ELEKTRONİK KAYIT SİSTEMİNİZDE ŞU ÖĞELER DEĞERLENDİRİLİR Mİ?

- ☐ Hasta kayıtları ile nüfusun sağlık yönetimine sahipsinizdir.
- ☐ Her hasta için yenilikçi sağlık yönetimine sahipsinizdir.
- ☐ Kalite ölçümü için özelleştirilmiş raporlara sahipsinizdir.

KANITA DAYALI KLİNİK KARAR DESTEK ARAÇLARINI KULLANIR MISINIZ?

- ☐ Klinik sorunlara noktasal cevaplar verirsiniz.
- ☐ Kanıta dayalı veri toplar, dokümantasyon ve order düzenlersiniz.
- ☐ Klinik terminoloji ve kodlama araçları (ICD, ICPC, CPT, SNOMED) kullanırsınız.
- ☐ Özelleştirilmiş noktasal alarmlar ve hatırlatıcılar kullanırsınız

4. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ORGANİZASYONU

BİR DİSİPLİNLİ FİNANSAL YÖNETİM YAKLAŞIMINA SAHİP MİSİNİZ?

ASM'yi yönetirken personel, giderler vs. düşünerek cevaplayınız.

- ☐ Gelecek için bütçe, tasarruf ve maliyet anlamında faydalı analizler yaparsınız.
- ☐ Nakit akışını yönetir ve gelir artırıcı fırsatların artırılmasını sağlarsınız.
- ☐ Kodlama ve faturalandırma prosedürlerini en iyi şekilde yaparsınız.
- ☐ Ödeme yapanlar ile bilgilendirilmiş bir şekilde kontrat yaparsınız.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BİR DEĞİŞİM KÜLTÜRÜNÜ DESTEKLER MİSİNİZ?

- ☐ Değişim sürecinin planlanması için bir takım kurarsınız.
- ☐ HMASM (Hasta merkezli aile sağlığı merkezi) uygulanması ve takibi için bir zaman çizelgesi geliştirirsiniz.
- ☐ Tüm takımın paylaşılmış bir vizyona yönelmesini yönetirsiniz.
- ☐ Tüm takım elemanlarını değişim sürecine dâhil ederek değerlendirirsiniz.
- ☐ Hasta merkezli bakım desteği için görevlilere eğitim fırsatları sağlarsınız.

HASTA MERKEZLİ BAKIMI DESTEKLEYECEK BİR GÖREVLENDİRME MODELİ VE ORTAM OLUŞTURMAK İÇİN HANGİLERİNİ UYGULARSINIZ?

- ☐ Etkili hasta bakımı için takıma liderlik eden hekimsiniz.

- ☐ Tüm sağlık bakım ihtiyaçları için hasta ile takım tabanlı görüşürsünüz.
- ☐ Takım üyelerinin en iyi performansı sergilemelerini sağlamak için rollerini tanımlarsınız.
- ☐ Esnek görev takvimi ve erişimi iyileştirmek için eğitilmiş görevliler belirlersiniz.
- ☐ Sağlık koçu ve bakım koordinasyon fonksiyonları sağlarsınız.
- ☐ Özel ihtiyaçlara cevap verebilecek arkadaşça bir ortam oluşturursunuz.

EK-2



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/4
Konu : Etik Kurul Kararı

20.02.2015

Sayın: Arş.Gör.Dr.Mustafa GÖRGÜN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 19.02.2015 tarih ve 1 nolu toplantısında, hazırlamış olduğunuz "**Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi**" isimli bilimsel tez çalışması protokolü ve ekli belgeleri gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme metni dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurallara uygun olduğuna mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN HASTA MERKEZLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖLÇÜTLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa GÖRGÜN

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 13.02.2012

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 11.03.2015

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 11.03.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ümit AVŞAR

Jüri üyesi : Doç. Dr. Ümit AVŞAR

Jüri üyesi : Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Jüri üyesi : Doç. Dr. Turan SET

Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

MART-2015
ERZURUM