



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI
ÜZERİNE ETKİSİ: NURDAĞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖRNEĞİ**

Yasemin KANTARCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
OCAK-2015**



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI
ÜZERİNE ETKİSİ: NURDAĞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖRNEĞİ**

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Mehmet TAN

Yasemin KANTARCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
OCAK-2015**

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI
ÜZERİNE ETKİSİ: NURDAĞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kod No :

**Bu Proje/...../..... Tarihinde Aşağıdaki Jüri Üyeleri Tarafından
Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Kabul Edilmiştir.**

**Yrd.Doç.Dr. Mehmet TAN
BAŞKAN**

**Doç.Dr. Fikret MAZI
ÜYE**

**Doç.Dr. Hüseyin AĞIR
ÜYE**

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

**Doç. Dr. Abdullah SOYSAL
Enstitü Müdürü**

Not: Bu tez ve projede kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI
ÜZERİNE ETKİSİ: NURDAĞI AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİ ÖRNEĞİ

Yasemin KANTARCI

Danışman : Yrd.Doç.Dr. Mehmet TAN

Yıl : 2015, Sayfa: 54+9

Jüri : Yrd.Doç.Dr. Mehmet TAN

: Doç.Dr. Fikret MAZI

: Doç.Dr. Hüseyin AĞIR

Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır. Sağlık sektöründeki çalışmaların temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir. Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" hedefleri arasında saymaktadır. Ülkemizde de bu hedefleri gerçekleştirmek amacıyla aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerini, görevleri net tanımlanmış ve gerekli eğitim ve beceri ile donanmış ekipler eliyle, entegre bir şekilde sunulması çalışmaları başlatılmıştır. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünü azaltmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

Bu çalışmanın amacı, Aile hekimliği uygulamasının ÷lkemizdeki uygulanma yöntemi, yeri, önemi, ÷lkemiz sağlık sektörüne getirdiği değişikler ve ekonomik olarak sağladıklarının tespit edilmesidir. ÷lkemizde bulunan Sağlık Ocağı ve Sağlık Evlerinde Aile Hekimliği uygulaması, Aile Hekimliği uygulamasıyla bu kurumlarda verilen sağlık hizmetlerindeki değişim, kurum ve çalışanlar açısından avantaj ve dezavantajları. Toplumun Aile Hekimliği uygulamasına olan ilgisi, talepleri ve halkın memnuniyet durumu, ve aile hekimliği uygulamasının etkin ve başarılı bir şekilde uygulanması için alınması gereken önlemlerin saptanmasıdır.

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

**DEPARTMENT OF PUBLIC ADMINISTRATION
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

ABSTRACT

MA THESIS

**FAMILY MEDICINE OF PATIENTS HEALTH EFFECTS OF
APPLICATION: NURDAĞI FAMILY HEALTH CENTER CASE**

Yasemin KANTARCI

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Mehmet TAN

Year : 2015, Pages: 54+9

Jury : Assist. Prof. Dr. Mehmet TAN

: Assist. Prof. Dr. Fikret MAZI

: Assist. Prof. Dr. Hüseyin AĞIR

Among the leading objectives of modern health care system, giving priority to primary health care, health care accessibility and ensure the utilization rate of the needs of all of these services and thus lies to raise people's quality of life and health standards. The main objective of the work in the health sector of health services effectively, efficiently and in accordance with the equity; organizing, financing and provision is provided in the submission. Reorganization of primary health care with a contemporary approach to achieve these objectives, aims to disseminate and to be presented in a desirable manner by all members of the community. World Health Organization, up to 2010 people and families better Access to primary health services in community-based, in the 21st century, "Health for All" is counted among the targets. In our country, family-based primary health care and community-based primary health care services in order to realize these goals, tasks clearly defined and necessary training and skills with armed teamsh and, to be presented in an integrated manner studies have been initiated. The goal of family medicine, primary health care services, in a way that provides a Professional spirit and community involvement, individuals live and the place where preventive, diagnostic, treatment and present with rehabilitative aspects. Developing continuing education of primary health care and strengthening, encouragin gother health personel working with physicians, individuals need to be given to preventive health care system by considering and applying acceptable referral system main principles. Primary care services effectively be given to the community as well as to reduce the burden of disease, our second and

third-line the rapy would provide beter organization and the oppportunity to provide quality health care and heal the ducation.

The purpose of this study, the implementation of family medicine in our country application method, location, importance, our country is to determine that they provide different and economically bring the health sector. Family Medicine practice in our country is located in the Health and Wellness Home, changes in the health services provided by the Family Medicine practice in these institutions, organizations and employees in terms of advantages and disadvantages. Interest in the practice of Family Medicine Society, and the public's demand for satisfaction status, and family medicine practice is to identify effective and necessary measures to be implemented successfully.

Keywords: FamilyMedicine, Primary Health Care, Health, Home Health, Health Center.

ÖNSÖZ

Sağlık insan gücü ve sağlık altyapısı açısından iyi sayılabilecek göstergelere sahip olan ülkemizin temel sağlık göstergeleri için aynı şeyi söylemek güçtür. Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı, gibi göstergeler açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin, hatta pek çok gelişmekte olan ülkenin bile hayli gerisindedir.

Mevcut durumun nedenleri arasında bütçeden ve GSMH' dan sağlığa ayrılan payın yetersiz olması, vatandaşın çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, eğitim eksikliği, sağlığa ayrılan kaynakların kullanımında verimsizlik ve dengesizlik, sağlık insan gücü niteliğinden ve bölgelerarası dengesiz dağılımından kaynaklanan sorunlar, yönetim ve organizasyon eksikliği gibi çok çeşitli etkeni saymak mümkündür.

Hizmet sunumunun ikinci basamağını oluşturan hastaneler, birinci basamakta çözülmemiş sağlık sorunlarının çözümü için planlanmış kuruluşlardır. Ancak ülkemizde birinci basamakta sağlık hizmetlerinde gerektiği gibi hasta sevk zinciri kurulamamış olduğundan hastalar doğrudan hastanelere başvurumaktadırlar.

Aslında vakaların büyük bir çoğunluğunun birinci basamakta sonuçlandırılıp az bir kısmının hastaneye sevk edilmesi gerekirken bugün 2 hastalar hiçbir sınırlamaya tabii olmaksızın en küçük sorunları için bile doğrudan hastaneye başvurmakta, bu da kalabalıklara, kuyruklara neden olmaktadır.

Türkiye'de uygulanmakta olan aile hekimliği uygulaması kişisel hekimlik uygulamasıdır. Kişisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği kişi odaklı olmasıdır. Yani sağlık hizmeti alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygın olarak kullanılmasına olanak sağlayan aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacı ile bu çalışma konusu seçilmiştir.

Çalışma konumunun belirlenmesinde ve hazırlanması sırasında benden bilgi ve tecrübelerini esirgeyemeyen değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet TAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Yasemin KANTARCI
Ocak - 2015

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	III
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR.....	2
3. SAĞLIK HİZMETLERİ ve AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMLARI.....	3
3.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı	3
3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3
3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	4
3.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	4
3.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	4
3.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	4
3.1.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler.....	5
3.1.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri	5
3.2. Aile Hekimliği İle İlgili Genel Kavramlar	5
3.2.1. Aile Hekimliği Kavramı	5
3.2.2. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri.....	6
3.2.3. Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri.....	6
3.2.4. Aile Hekimlerinin Nitelikleri.....	7
4. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI.....	9
4.1. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları	9
4.1.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde	9
4.1.1.1. Birleşik Krallık-İngiltere.....	9
4.1.1.2. İsveç	10
4.1.1.3. Almanya.....	10
4.1.1.4. Finlandiya	11
4.1.1.5. Danimarka.....	12
4.1.1.6. Polonya	12
4.1.1.7. Hollanda.....	12
4.2. Amerika Birleşik Devletleri	12
4.3. Küba	13
4.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması.....	13
4.4.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi.....	14
4.4.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Uygulanma Gerekçesi	16
4.4.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Modelinin İncelenmesi.....	17
4.4.3.1. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	17
4.4.3.2. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu	19
4.4.3.3. Çalışma Saatleri ve İzinler	19
4.4.3.4. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü.....	20
4.4.3.5. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim	20
5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ.....	21
5.1. Kalite Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite	21

5.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi.....	21
5.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı	22
5.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi.....	23
5.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	23
5.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri.....	24
5.1.5.1. Kalite Kontrol	24
5.1.5.2. Kalite Güvence Sistemi	24
5.1.5.3. Toplam Kalite Yönetimi	25
5.2. Müşteri (Hasta) Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatmini.....	26
5.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Tatmini	26
5.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Beklentileri	27
5.2.3. Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatmininin Önemi.....	28
5.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	29
5.2.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler.....	29
5.2.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler	29
5.2.4.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler	29
5.2.5. Hasta Tatmini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri.....	30
6. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ KONUSUNDA GAZİANTEP'İN NURDAĞI İLÇESİNDE BİR ALAN ARAŞTIRMASI	32
6.1. Araştırmanın Önemi.....	32
6.2. Araştırmanın Amacı	32
6.3. Araştırmanın Yöntemi.....	32
6.4. Evren ve Örneklem.....	32
6.5. Veri Toplama ve Değerlendirme.....	33
6.6. Verilerin Analizi ve Hipotezler.....	33
6.7. Araştırma Bulguları.....	33
7. SONUÇ VE TARTIŞMA	48
KAYNAKLAR	51
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Araştırmaya Katılanların Yaş ile İlgili Bulguları	33
Tablo 6.2. Araştırmaya Katılanların Cinsiyet ile İlgili Bulguları	334
Tablo 6.3. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına İlişkin Bulgular	334
Tablo 6.4. Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına İlişkin Bulgular	334
Tablo 6.5. Aile Hekiminizi kendiniz mi seçtiniz?	35
Tablo 6.6. Aile Hekiminiz ve yardımcı sağlık personelini size karşı ilgili ve güleryüzlü buluyor musunuz?	35
Tablo 6.7. Aile Hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık, ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz?	35
Tablo 6.8. Aile Hekiminiz muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu? ..	36
Tablo 6.9. Aile Hekiminiz tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu?	36
Tablo 6.10. Aile Hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu?	36
Tablo 6.11. Aile Hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz?	37
Tablo 6.12. Aile Hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu?	37
Tablo 6.13. Aile Hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu?	37
Tablo 6.14. Aile Hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişmede kolaylık sağladı mı?	38
Tablo 6.15. Aile Hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz?	38
Tablo 6.16. Aile Hekiminiz, şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu?	38
Tablo 6.17. Aile Hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu?	39
Tablo 6.18. Aile Hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu?	39
Tablo 6.19. Aile Hekiminiz hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu?	39
Tablo 6.20. Aile Hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemi olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu?	40
Tablo 6.21. Aile Hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	40
Tablo 6.22. Sizce Aile Hekimliği uygulaması devam etmeli mi?	40
Tablo 6.23. Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu? .	41
Tablo 6.24. Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1:Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci..... 28

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgüt
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
KALDER	: Kalite Derneği

1. GİRİŞ

Her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlıktan toplum sağlığına uzanan zorlu bir süreç gerektirir. Devlet, herkesin hayatını, bedenini ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir. Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmış ülke olarak görülmektedir.

Sağlığın bütün yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır. Ülkemiz hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına sahiptir. Ülkemizde Sağlık hizmetleri merkezi planlama ve yönetimle yürütülür. Ülkenin her yerindeki sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olarak yürütülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı yaklaşık 6000 sağlık ocağı, 6000 sağlık evi ve 650 hastane sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık hizmeti veren bu birimlerin yapımı, onarımı, işletilmesi, personel temini, hizmetin planlanması ve denetimi doğrudan merkezden ya da taşra teşkilatı aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlıklı yaşam insanların en doğal hakkıdır ve bu husus Anayasamızın 56. maddesinde "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin vatandaşların ödevidir. " şeklinde teminat altına alınmıştır.

Avrupa ülkeleri öncelikli olmak üzere birçok dünya ülkesinde başarıyla uygulanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ve maliyete etkisi giderek daha iyi anlaşılmakta ve yapılan reformlarla daha da yaygınlaştırılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde Aile Hekimliği ana görevi üstlenmektedir. Aile Hekimliği; birey ve aileleri sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, klinik bilimler ve davranış bilimleri ile iç içe bir faaliyet gösteren, tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, tüm sistemleri ve hastalıkları içine alan uygulamadır. Aile Hekimliği, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan ilk başvuracakları ve sağlık hizmeti alacakları doktorluk uygulamasıdır. Aile hekimliği topluma, sağlık hizmetlerinde rehber hizmet sunucusu ve koordinatörlük yapan birinci basamak sağlık hizmetidir. Aile Hekimliğinin etkin ve başarılı bir şekilde uygulanan sevk sistemi oluşturularak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğunu azaltıp sağlık hizmet sunumunda tıkanmaları önleyecek, maliyet açısından tasarrufu sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören bu yöntem hizmetin uygun basamakta verilmesidir.

2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Saran (2007) Yılındaki çalışmasında Aile hekimini tanımlarken, “bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir” ifadesini kullanmıştır.

Dedeoğlu (2003) çalışmasında; doktor seçme ve değiştirme özgürlüğünün hiç bir ülkede tam bir hekim seçme özgürlüğü olmadığını, sağlık hizmetlerinin parayla satın alındığı ABD gibi ülkelerde bile bu özgürlük ancak bol parası olanlar için olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak sağlığın bir insan hakkı ve sağlık hizmetinin de kamu hizmeti olduğu ülkelerde bile insanlar oturdukları bölgedeki hekime gitme zorunluluğunda olduğunu ve hekiminden memnun kalmayan hastaların hekim değiştirebildiğini fakat istediği hekime muayene olma hakkına sahip olmadığını belirtmiştir.

Avşar (2010:13) sağlık sistemlerinin, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahip olduğunu ve bu bağlamda sağlık sistemlerinin üç önemli amaca sahip olduğunu ifade etmiştir.

- Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,
- Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak,

Dikici ve diğerleri (2010) ise Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını şu şekilde özetlemektedir: “Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Yani giriş kapısıdır, kişiye sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunar, tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir, tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür, hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüne ilgili sürekli bir sorumluluk taşır, kişiselleştirilmiş bakım sağlar.”

Karabulut (2013) kaliteyi, müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak tanımlamakta ve sağlık hizmetlerinde kalitenin, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılması gerektiğini belirtmektedir.

Aslan ve diğ. (2008) tarafından yapılan bir araştırmada bir sağlık kurumunda müşteri memnuniyetine etki eden faktörlerden en önemlisinin algılanan kalite olduğu belirtilmiştir. Diğer ölçütlerin ise sırasıyla; fiyat, kolaylık, referans ve yakınlık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Esatoğlu (1997) ise hasta memnuniyetini etkileyen unsurları, hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, diğer hastane iş görenlerinin hastaya davranışı, hastanın bilgilendirilme düzeyi, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi düzeyi, kuruma olan güven ve ücret olarak ifade etmiştir.

3. SAĞLIK HİZMETLERİ ve AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMLARI

Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımı, günümüze kadar ki sağlık sistemi üzerinde durularak Türkiye'de pilot olarak uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasına değinilecektir.

3.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998:83).

Sağlık hizmetlerini genel anlamda incelemeye önce sağlık ve hastalığın tanımlarını ve bunların birbirinden farklı olduklarının belirtilmesi gerekmektedir.

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar Türkiye'de ishal bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Aynı şekilde, Şark Çıbanı ve Trahom yaygın olduğu toplumlarda hastalık olarak algılanmamıştır. Bu konudaki genel gelişim; zamanın ilerlemesi ve kültür düzeyinin yükselmesine koşut olarak, hastalık kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu göreceliliğe ve değişkenliğe karşın, tıp çevreleri hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır (Akdur, 2000:5).

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. WHO'ya göre sağlık sadece hastalığın bulunmaması değil bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Hastalık ise sağlıkla ilgili bir düzensizlik olarak algılanmaktadır (Ak, 1990:16).

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüdür"(Akdur, 2000:5).

Sağlık hizmetlerini böyle kısaca tanımlamak tam anlaşılır olmaktan uzaktır. Bu nedenle de, gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla; 1) koruyucu sağlık hizmetleri, 2) tedavi edici sağlık hizmetleri, 3) rehabilitasyon hizmetleri 4) sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki olası hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak iki grupta incelenebilir (Akdur, 2000: 5-6).

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak aşı hariç kişilerin fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da genişleyerek sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığını koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır (Taşkiran Mohammad, 2007:76).

Türkiye'de gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının %63-66'lık kısmı ayakta tedavi giderleri, %25-29'luk kısmı ise yatarak tedavi giderleri olarak gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplam sağlık harcamalarının sadece %1'ini oluşturmaktadır (SB, S.P.G.K, 1993:17).

3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık yada sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir. Üç basamakta hastalanmış insanlara sağlık hizmeti verilir (Kurtulmuş, 1998:90).

3.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Türkiye'de aile hekimliği uygulanan pilot bölgelerde aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, özel muayenehaneler ve pilot iller dışında sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Karadağ, 2007:6).

Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir (Eren ve Öztekin, 1993:23).

Bu basamakta bir üst basamağın kapısının tutulması, hasta ile ilk temasın olması, sürekliliğin, kapsamlı ve eşgüdümlü hizmetin bulunması genel sağlık hizmeti kapsamında ne kadar vazgeçilmez bir yeri olduğunu gösterir

3.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Türkiye'de devlet hastaneleri, özel hastaneler, vakıf hastaneleri ve belediye hastaneleri gibi hasta kabul edip yatırmak suretiyle teşhis ve tedavi edici hizmet veren kurumların verdikleri hizmettir.

3.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır. Teşhis ve tedavi amaçlı ileri seviyede teknoloji ve kapsamlı özel tedaviler sunabilen gelişmiş sağlık kuruluşlarıdır (Öztürk, 2002:5).

3.1.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:45).

Bu hizmetler kişisel tıbbi ve toplumsal sosyal olmak üzere ikiye ayrılabilir, tıbbi rehabilitasyon kişinin bedensel ve ruhsal yönden iyileştirilmesi, sosyal rehabilitasyon ise başkalarına bağımlı olmadan yaşanabilmesi amacı ile iş öğretme, iş bulma ve işe uyum eğitimlerinin verilmesidir (Fişek, 1989:7).

3.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:46).

3.2. Aile Hekimliği İle İlgili Genel Kavramlar

Bu bölümde Aile hekimliği hakkında genel bilgiler verilecek ve kavramlar tanımlanacaktır.

3.2.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile Hekimliği; Birey ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, biyolojik klinik ve davranış bilimleri ile iç içe alan, faaliyet alanı içinde, tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, tüm sistemleri ve bütün hastalıkları kapsayan bir uzmanlık alanıdır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) Aile hekimliği kavramı ise şöyledir: "Kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur." (Akdağ, 2004: 36).

Aile Hekimliği uygulaması hem ailelere hem de kişilere kesintisiz ve çok yönlü olarak sağlık hizmeti verilmesidir. Aile hekimi anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanıdır. Aile hekimliği her yaşta bireye hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmeti sunar. Aile hekimi hastaların ilk başvuracağı hekimdir.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine en yakın kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psiko- sosyal çevre ve mevcut akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Aile Hekimi beraberindeki ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur. Aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyetinin arttığı, hekim birey ilişkisi süreklilik kazandığı görülmektedir. Aile hekimleri sadece bireyleri değil, bireyleri

aileleri ve toplum içinde değerlendirdiklerinden dolayı bu adı almıştır. Aile hekimi kendisine kayıtlı olan bireyler ile bütün sağlık sistemi arasında aracılık yapar ve sağlık sorunlarında bu süreci koordine eder. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların % 80-90'ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedirler. Bu başvuru sırasında hastalıkların çok büyük kısmı tedavi edilir (%90-95) (Öztek, 1992: 27).

3.2.2. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını yâda biçimini ifade etmektedir. Aile hekimliğini, hem bir tıp disiplini hem de sağlık hizmet sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde belirleyici rolü olan tıbbi bir uygulama şeklinde ifade edilmektedir. Aile hekimliği iki önemli neden açısından farklı bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki, aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgilerin diğer branşlardan farklı olması, diğeri aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermesidir. Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (Wonca, 2008: 2-37). Aile hekimleri, genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimleridir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlanmaktadır.

3.2.3. Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri

Hastalığın aile üyeleri ve hastanın geniş çevresi üzerindeki olası sonuçlarının farkında olma, etik anlayışa uygun davranma, bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar konusunda bilgili olma, sürekli öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme olan aile hekimliğinin genel özellikleri şunlardır (Akdağ, 2004: 82):

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

3.2.4. Aile Hekimlerinin Nitelikleri

Aile hekimliğinin temel nitelikleri; ülkeler arasında sağlık sistemlerinin planlama, organizasyon ve yürütmelerinde farklılıklar olmasına rağmen, tüm ülkelerde aile hekimlerinin sağlık sistemine katılımları fazladır. Aile hekimliğinin nitelikleri şu şekilde özetlenmektedir (Kuru, 2010: 37):

Geneldir: Aile Hekimliği bütün toplumun sağlık problemlerini tanımlar, toplumu yaş, cins, sosyal sınıf, ırk veya din, ya da herhangi bir şikâyet veya sağlıkla ilişkili bir problem nedeni ile sınıflara ayırmamaktadır. Mümkün olan en kolay ulaşılabilir, ulaşım bölgesel, kültürel, yönetsel ve parasal engeller ile sınırlandırılmamaktadır.

Sürekli: Aile hekimliği kişi merkezlidir. Hasta ve hekim arasında, kişileri yaşamları süresince sağlık hizmeti veren ve hastalığın özel bir dönemi ile kısıtlanmayan, uzun süreli ilişkiye dayanmaktadır.

Kapsamlıdır: Aile hekimliği bireylere tam bir sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma tedavi hizmeti, rehabilitasyon; fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlamaktadır. Rahatsızlık ve hastalık durumlarını başarılı bir şekilde ayırt ederken, hekim- hasta ilişkisinin insancıl ve etik yönlerini klinik kararların alınması ile birleştirmektedir.

Koordine: Aile hekimliğinde, kişilerin birçok sağlık problemi aile hekimine ilk başvurdukları zaman çözülmektedir. Fakat gerekli olduğunda aile hekimi, hastasının uygun sağlık birimlerine yönlendirilmektedir. Bu durumlarda, hastasını ve bu hizmetlere ulaşım yolları ve en iyi şekilde nasıl faydalanabileceği konusunda bilgilendirmeli ve hastasının alacağı öneri ve desteğin koordinasyonunu sağlamalıdır. Aile hekimleri diğer sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarla ilişkili olarak, hastalarına sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunarak hizmetin idarecisi olarak rol almaktadırlar.

İşbirlikçidir: Aile hekimleri, diğer tıp, sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcı kişilerle çalışmaya hazır olmalı, uygun olduğunda hastaların bakımı için onları görevlendirme ve diğer disiplinlerin uzmanlıklarıyla işbirliği içinde olmaktadır.

Aile Kaynaklıdır: Aile hekimliği, kişilerin sağlık problemlerini, aile çevrelerini, sosyal ve kültürel bağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlara göre tanımlar.

Toplum Kaynaklıdır: Hastanın problemleri, yaşadığı toplum ile bağlantılı olarak değerlendirmelidir. Aile hekimi bu toplum içinde yaşayan grubun sağlık ihtiyaçlarının farkında olmalı ve bölgesel sağlık problemlerinde pozitif değişiklikleri diğer profesyonellerle, diğer sektör temsilcileri ve kendi kendine yeten yardım grupları ile işbirliği yapmalıdır.

Kanada Aile Hekimleri Birliği, aile hekimliğinin temelini oluşturan 4 prensip tanımlamıştır (Akdağ, 2012: 67):

- Hasta-hekim ilişkisi aile hekimliğine uygundur.
- Aile hekimi etkin klinisyendir.

- Aile hekimliği toplum merkezlidir.
- Aile hekimi belirlenen nüfus için bir kaynaktır.

Aile hekimlerinin hizmet faaliyetleri insan ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Toplumun sağlık gereksinimleri, aile hekimlerinin eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmeti araştırmaları için de bir odak noktası oluşturmaktadır. Aile Hekimliği bir bütun olarak ele alındığında, ilk başvuru, ulaşılabilirlik, kişi merkezli uzun süreli bakım, kapsamlılık ve koordine yaklaşım gibi ayırt edici özellikler birinci basamak hizmette aile hekimliğinin yaklaşımlarını tanımlamaktadır. Bu özelliklerin olduğu sağlık sistemi; daha iyi sonuç, daha az hastanın hospitalizasyonu ve daha düşük maliyeti getirmektedir.

4. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Bu bölümde; sağlık sektöründe yeni bir reform niteliği taşıyan Aile hekimliği uygulamasının dünyada ve Türkiye'de uygulanabilirliği anlatılmıştır.

4.1. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Bu kısımda Dünyadaki aile hekimliği uygulamalarından örnekler verilererek değerlendirmelerde bulunulmuştur.

4.1.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde

Gerek Topluluk ülkelerinde ve gerekse Topluluk dışı Avrupa ülkelerinde sağlık politikaları, ülkelerin kendi özelliklerine göre biçimlendirilmiş olup, çoğunlukla kendi öz kaynaklarına dayandırılmıştır. Dolayısıyla Avrupa ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinin sunumu, insan gücü uygulamaları ve uygulanan sağlık finansman politikaları açısından büyük farklılıklar vardır (Özdemir ve diğ. 2003:211)

4.1.1.1. Birleşik Krallık-İngiltere

Birleşik Krallık'ta 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi genel vergilerle finansmanı sağlanan, sağlık hizmeti sunumu birinci basamakta genel pratisyenler ve toplum sağlığı çalışanları tarafından, ikinci basamakta kamu hastaneleri tarafından sunulan bir sistemdir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişiler öncelikle bağlı oldukları genel pratisyene başvurmak durumundadır(Dinç, 2007: 10).

Yılda yaklaşık 300 milyon başvurusunun % 95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da % 90'ının tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir (Kılıç, 2006: 62).

İngiltere'deki tüm hastalık vakalarının % 85'i kendi kendine bakım ile iyileşmekte, geri kalanların % 90'ı aile hekimleri tarafından tedavi edilmekte sadece % 10'u hastane uzmanları tarafından görülmektedir. Yine de hastane giderleri tüketilen toplam kaynakların % 65'ini bulurken, birinci basamak harcamaları % 30'un altında kalmaktadır (Çalış, 2006: 168).

Ulusal Sağlık Sistemini diğer batılı ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özellik vardır. Bunlardan ilki, hemen tüm batı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, Ulusal Sağlık Sisteminde sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır. Diğeri ise, İngiltere'de GSMH'den sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani Ulusal Sağlık Sisteminde daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verilmektedir (Serin, 2001: 146).

İngiltere'de Thatcher dönemi ile Ulusal Sağlık Sistemine verilen destek zaman içerisinde azalmış, özel sağlık sigortacılığı ve özel hastaneler zinciri yaygınlaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulandığı bir ülke

olarak bilinmesine karşın 1980 sonrası gelişmeler sonucu sağlık alanında özelleştirmelerin yayıldığı bir ülke durumuna gelmiştir.

NHS'de sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu dolayısıyla Genel Pratisyenleri içerir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak GP sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir(Çalış, 2006: 170).

GP'ler devlet memuru değildir; muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Komitesi ile anlaşarak istediği yerde yerleşebilirler. GP'lerin kendilerine her başvuruları listeye alma zorunluluğu yoktur. Bu sebeple, genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedirler. Bu tip hastaların GP'lerce listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. GP listesine kayıtlı her hastaya günün her saatinde, gerekirse evine giderek bakmak zorundadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise GP tarafından verilmek zorunda değildir. çünkü koruyucu sağlık hizmetlerini yerel sağlık yönetimleri üstlenmiştir. Fakat GP'ler de kendi hastalarının aşılarını yapmak, servikalsmear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağlık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermektedirler. Bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaktadır. Aile planlamasında da ağırlık GP'lerdeki iş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularda da GP'ler ayrıca görev alabilmektedirler, İngiltere'de GP'ler genellikle "Grup Pratiği" adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler(Serin, 2001: 151).

4.1.1.2. İsveç

İsveç Sağlık Sistemi bölgesel temele dayalı, kamu kaynaklarıyla işletilen ulusal bir sağlık sistemidir. İsveç sağlık sistemi başlangıcından beri kamu sektörü niteliğinde olmuştur. 1960'da hastane poliklinik hizmetlerinin tümünden yerel yönetimler sorumlu tutulmuş, ilçe hekimleri 1963 yılında, ambulans hizmetleri 1965 yılında yerel yönetimlere aktarılmıştır. 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili tüm sorumluluklar yerel yönetimlere bırakılmıştır. Hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak hastane bakımıyla poliklinik hizmetlerini; birinci basamak sağlık merkezlerini; ana ve çocuk sağlığı merkezlerini; hemşirelik, rehabilitasyon ve sürekli hastalıkların bakım hizmetlerini; ayakta ya da yatarak sunulan ruh hastalıkları hizmetlerini ve ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır. Yüksek ihtisas ve teknolojik kolaylıklar bulunan bölgesel üniversite hastaneleri de buldukları il tarafından yönetilmektedir (Çalış, 2006: 180).

İsveç'te belediyeler değişik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bunlar arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, besin ve su denetimi, okul sağlığı hizmetleri sayılabilir. Ayrıca gelir azalması halinde öngörülen sosyal yardım hizmetleriyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde bakımı öngördüğü hastalardan da belediyeler sorumludur(Serin, 2001: 192).

4.1.1.3. Almanya

Almanya sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden birisidir. Nüfusun büyük çoğunluğu Sigortalı Yasasının II. Kitabının kapsamındadır, ancak durumları özellik gösteren madenciler, tarımda çalışanlar, işsizler gibi grupların durumu

ayrıca düzenlenmiştir. Bu özellikler Alman sistemindeki karmaşıklığın temel nedenidir. Alman sisteminde sandıkların bağımsızlığı ve sigorta kurumunun serbestçe seçilmesi söz konusudur. Liberal bir sosyalizasyon olarak kabul edilen Alman sisteminde işçi ve işveren kesiminin mesleki özellikleri, istekleri ve özgürlükleri de dikkate alındığından sisteme çoğulculuk egemendir(Çalış, 2006: 182).

Almanya'da tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır ve doktor hizmetleri ücretsiz ve sadece fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye transport gibi bazı hizmetler için halkın az miktarlarda ödeme yapması gerekmektedir. Almanya'da devlet; ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun bütün vatandaşlarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde eşit haklara sahip olduğunu kabul etmekte ve uygulamada da bu anlayışı gözetmektedir. Kişiler, ayaktan tanı ve tedavide doktorunu özgürce seçebilir, pratisyene ve uzmana doğrudan erişim olanağı vardır. Pratisyen ve uzman doktor sayısı arasındaki dengeyi sağlamak için, genç doktorlar pratisyenliğe özendirilir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içinde, çocuklarda dört yıldan fazla izlem, erken tanı gibi koruyucu hekimlik hizmetleri üzerinde en çok durulan hizmetlerdir. Ayrıca pratisyenler acil tanı-tedavi, iş sağlığı, danışmanlık gibi toplum sağlığı hizmetlerini de yürütmektedir. Bu hizmetler bir ekip çalışması şeklinde sunulur, bir hekim sorumluluğunda çalışan bu ekipte ihtiyaca göre değişen sayıda hekim, diş hekimi, sağlık teknisyeni, laboratuvar ve dezenfeksiyon çalışanları yer almaktadır(Serin, 2001: 167).

Almanya'da genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Genel pratisyenler genellikle tüm aileyi muayene ettiklerinden kendilerine aile hekimi veya ev hekimi denilmektedir. Aile Hekimliği hizmetlerinin niteliğini arttırmak için 1994 başından itibaren hekimler genel pratisyenlik için 3 yıllık bir uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra sigortayla anlaşabilmektedir. Uzman müdahalesi ya da özel tanı ve muayene yöntemleri gerektiren hastaları, genel pratisyen bir uzman veya hastaneye sevk edebilir(Çalış, 2006: 182).

Doktorların ücretleri konusunda gelenekselleşmiş olan hizmet başına ödeme sistemi kullanılmakta olup, 1996 Ocak ayından beri değişme ve yeniden yapılanma sürecini yaşamaktadır (Özdemir ve diğ, 2003: 212).

4.1.1.4. Finlandiya

Finlandiya'da yerel yönetimler her tür sağlık hizmetinden sorumludur, sağlık ocaklarını oluşturur ve yürütürler, hastane hizmetlerini bölgelerden alırlar. Özel sektörün sağlık alanındaki katılımı çok kısıtlıdır. Özel hizmet sunumunda önce fizyoterapistler akla gelir; 2-3 kişinin bir araya gelerek oluşturduğu 1,450 birimle özel hizmet sunarlar. Özel hekim muayenehaneleri azdır, çoğu tek hekimden oluşan 1,000 dolayında birim vardır. Özel hastaneler toplam hizmetin %3-4'ünü üretir. Sağlık giderlerinin 1999'da %43'ü yerel yönetimlerce (1990'da%35), %18'i devletçe (1990'da %36), %15'i Ulusal Sağlık Sigortası'nca (1990'da %11), %24'ü özel olarak (1990'da %18), karşılanmaktadır. Yerel yönetimler bütçelerinin yarısını vergiden, yarısını işletmelerden ve merkez bütçeden karşılarlar. Yerel yönetimler toplumdan ortalama gelirin %17,5'i kadar vergi alır. Tüm gelirin yaklaşık %25'ini sağlık, %25'ini sosyal güvenlik harcamalarına ayırır. Bireysel katkılar az da olsa istenir. Bazı komünlerde (yerel yönetimlerin sorumlu olduğu toplum) yılda kişi başına 20 avro ödenir. Bazısında ise başvuru başına 10 avro alınır, üçüncü başvurudan sonra ücret alınmaz. 15 yaş altı için hizmet tümüyle ücretsizdir. Hastane yatışlarında 18 yaş altı yılda 7 günden uzun kalırsa ücret ödemez. Hastaneye başvuruda 20 avro, yatış için günde 23 avro, yatış üç

günden uzun sürerse ek olarak günde 25 avro alınır. Gündüz cerrahisi için en çok 67 avro ödenir. Reçete başına 8 avro kişi tarafından, üstünün % 50'si Ulusal Sağlık Sigortasından ödenir. En yüksek yıllık ödeme 580 avro ile sınırlıdır. Süregen hastalıklarda reçetenin % 75-100'ü Ulusal Sağlık Sigortasından sağlanır. Yatan hasta ilaç ücreti ödemez. Ortez ve protezler tümüyle ücretsizdir. Sağlık Ocağına randevusuz gelenler acil bölüme alınır, 10 avro ödeme yapar ve birkaç saat bekletilirler. Bazı komünlerde fizyoterapinin her seansı için 6 avro alınır. Ödeme koşulları genellikle yukarıda yazılı kurallara uymaz, kişilerin ödeme yapmaksızın hizmet almaları için çaba gösterilir(Aksakoğlu, 2007: 24).

4.1.1.5. Danimarka

Danimarka'da hizmet alımında bireyler iki seçeneğe sahiptir; Grup 1: 10 km çapında (Kopenhag için 5 km) bir Aile Hekimi seçmek zorundadır, çocuklar için de bağımsız olarak geçerlidir, ödemeler vergi aracılığıyla yapılır. Grup 2: İsteddiği hekim ve hastaneye gidebilirler (Toplumun %1,7'si), ödemelerini cepten yaparlar, yatarak hizmet ücretsizdir (Çalış, 2006: 188).

Aile Hekimi ödemelerinin 1/3-1/2'si kişi başına, kalanı hizmet başına yapılır. Hizmet alımı ücretsizdir, ilaçta ve fizyoterapide katkı payı alınır. İlaç hastanede ücretsizdir. Reçetede 7 avrodan sonra subvansiyon başlar, 400 avro/yıl olunca %100'ü subvansiyon edilir. Gözlük ödemeleri cepten karşılanır. İşitme aygıtları ücretsizdir, ancak bekleme süresi uzun olduğundan genellikle satın alınır (Aksakoğlu, 2007: 27).

4.1.1.6. Polonya

Polonya'da 1996 yılında uygulanmaya başlayan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların olurlarını istemektedir. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dâhil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermektedir (Korukluoğlu, 2004: 18).

4.1.1.7. Hollanda

Acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hastalar dal uzmanı olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadırlar. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300 ve hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdürler (Korukluoğlu, 2004: 18).

4.2. Amerika Birleşik Devletleri

Toplam nüfusu 295 milyon olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), federal bir hükümet ve birbirinden bağımsız 52 eyaletten oluşur. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık örgütü bulunmaktadır. ABD sağlık sisteminde özel sağlık

sigortaları %70'lik bir yeri kaplar ve tüm dünyada özel sağlık sigortalarının en yaygın yaşam alanı bulunduğu ülkedir. Ancak ABD vatandaşlarının %16'sı hiç bir sağlık sigortasına sahip değildir. Bu oran gelir düzeyi yüksek merkez kapitalist ülkeler içindeki en yüksek orandır. ABD'de kamuya bağlı sosyal sağlık sigortalarının oranı %24'tür. ABD'de sistemin çoğunlukla "özel" nitelikte sağlık sigortalarıyla işliyor olması hizmetin parası olanlara yani satın alabilecek güçte olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik olarak düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir. Özellikle etnik azınlıklar, siyahlar, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalılarla kıyaslandığında daha kötü durumdadır. Koruyucu hizmetlerse eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir. Sigorta poliçesi bu tip hizmetleri kapsayanlar ise hizmeti kendi anlaşmalı kurumlarından almaktadır. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan bir başka yönü de sigorta poliçelerinin başta dış sağlığı olmak üzere önemli hizmetleri rutin olarak içermemesidir. ABD sağlık sisteminin bir başka özelliği ise topluma geniş bir yelpazede ve değişik poliçe seçenekleri içinde sağlık hizmeti sunmasıdır(Kılıç, 2007: 15).

ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Dolayısıyla ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, insanların hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenehaneleri ve hastanelerden oluşmaktadır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler listesi ile sınırlıdır(Çalış, 2006; 173).

4.3. Küba

Küba'da sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. Üç hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır (Çalış, 2006: 198).

- Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar dağıtır.
- İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları vs.
- Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar.

Kırsal alanda 76 kişi bir poliklinikte görev yapmakta, tüm temel uzmanlık dallarında hizmet verilmekte, kronik hastaların ve yaşlıların bakımları evlerinde aile hekimlerince yapılmaktadır(Pekcan ve Uğurluoğlu, 2001: 841).

4.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

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 atığa geçilmiştir (www.ailehekimligi.gov.tr, 22.08.2014).

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.

4.4.1. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

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 1970li 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 (Algin ve diğ. 2004: 257).

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. Bir anlamda bu dönem aile hekimliğinin ilk adımlarının atıldığı bir dönem olarak da ifade edilmektedir (Ünlüoğlu ve Payacı, 2004: 25).

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 (Söyleyici, 2004: 36-38).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde üçüncü dönem, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı"nda "Herkese Sağlık" 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 (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008: 20).

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:

- 9 ay İç Hastalıkları
- 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum
- 6 ay Cerrahi Ağırıklı Acil
- 4 ay Psikiyatri aşamalarından oluşmaktadır (Ünlüoğlu ve Payacı, 2004: 28).

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 de 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 AHUY tüm ülkede birinci basamak hizmetlere şekil verilmiştir. Tüm aile hekimlere 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 gözeterek 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 sistemlerinin ülkenin özelliklerine göre şekillenmektedir (Karadağ, 2007: 20). "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 dahil 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 İzzet 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 (Başak ve Güldal, 2014: 16-20).

4.4.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Uygulanma Gerekçesi

Aile hekimliği uzun yıllardır çoğu ülkede uygulanmaktadır. Bu uygulamanın olumlu yönlerini yansıtarak, ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçmek mümkün olabilmektedir. Ancak bunu yaparken ülke koşullarını da göz ardı etmemek gerekir. Gelişmenin göstergelerinden birisi olan sağlık hizmetlerinin, ülkemiz açısından istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Türkiye'nin mevcut sağlık sistemi, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibarıyla ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Sistem içerisinde köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini meydana getirmek kaçınılmaz olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanımaktadır (Söyleyici, 2010: 38-40).

Aile hekimliği, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir bakış açısı ve işleyiş getirmiştir. Uygulanma gerekçelerinin başında herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın başvurabileceği bir aile hekiminin olması gelmektedir. Aile hekimliği ile Türkiye'de sağlık hizmetlerini tüm illerdeki bireylere dengeli bir şekilde ulaştırabilmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun da katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmak aile hekimliğinin diğer gerekçeleri arasında sayılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ana ilkelerdir. Bu ilkelerin ikinci basamakta yığılmayı engellemesi, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlaması aile hekimliği uygulamasının gerekçeleri arasında gösterilebilir (Söyleyici, 2010: 41).

Aile hekimliği bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörmektedir. Güvene dayalı iletişim kurmakta, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele almaktadır. Aile hekimliği hasta merkezli olmasının yanı sıra bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri ile birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verilmesi için gerekli eğitimleri almış aile hekimleri tarafından, hastalıklar tedavi edilmekte, toplumsal ve kültürel faktörler de dikkate alınmakta ve bireyler bir aile üyesi gibi değerlendirilmektedir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Diğer bir gerekçesi, aile hekimliği uygulaması ile yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla daha etkili olarak karşılanabilmesidir. Aile hekimleri belirli bir bölgede sağlık hizmeti verdikleri

hastalara yakın oldukları için hastalar aile hekimlerine rahatça ulaşabilmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kolayca faydalanabilmektedirler.

WHO verilerine göre, aile hekimliğine başvuruların % 80 - 90'ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedir. Bu başvuru sırasında hastalıklarının büyük kısmı tedavi edilebilmektedir. Aile hekimleri bir üst sağlık basamağına, sevk ettiği % 5- 10 oranındaki hastalarını da izlemekte ve onların sorumluluğunu taşımaktadır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi aile hekimliğinin hizmet alanı aile üyelerinin tümünü içerecek tarzda olmasının yanı sıra hizmet verdiği bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarını da kapsamaktadır (kapsamlı hizmet ilkesi). Aile hekimliğinde hastalara önerilen tüm tedavi yaklaşımları hastaya özgü olmakta ve bir bütün olarak hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerine yanıt verilmektedir. Aile hekimleri hastalarını aile ve toplumları içinde değerlendirmektedir. Hastalıkların sadece hastayı değil aileyi de etkilediğini dikkate alarak aile yönelimli bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşım içinde hastanın sorunları çözümlenirken hastalığın aile üzerine etkileri ve ailenin hastalık üzerine etkileri dikkate alınarak sorunun çözümlenmesi için tedavinin planlanması aşamasında hastanın ve ailesinin görüşlerinin alınarak ortaklaşa bir tedavi planı hazırlanması hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve tedavinin etkinliğini sağlamaktadır (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Aile hekimleri, kapı tutuculuk (gatekeeper) görevi ile tam anlamıyla bir sevk zinciri uygulamasını gerçekleştirmekte ve bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamaktadır. Sadece sevkten sorumlu olmamakla birlikte, hastaların karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı vermekte, sevkini takip etmektedir. Böylece yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımı sağlanmakta ve gereksiz yığılmalar engellenmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçen illerimizdeki hekim-hasta ilişkilerindeki memnuniyet ve başarılı çalışmalar ışığında 2010 yılı sonunda tüm illerimiz aile hekimliği uygulamasına geçmiş ve uygulama başarı ile sürdürülmektedir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

4.4.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Modelinin İncelenmesi

Bu kısımda Aile Hekimliği Uygulamasının Türkiye'deki durumu ve uygulanabilirliği anlatılmıştır.

4.4.3.1. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Saran' göre (2007) Aile hekimi, bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir.

Ulaşılabilirlik: Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Yaş, cinsiyet, dil, din vb. gibi kişisel özelliklerine bakılmaksızın hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız sağlık hizmetleri sunmaktadır (WONCA, 2002: 33).

Süreklilik: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan başlayarak bu görevi üstlenir. Hamile kadınların antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar doğrudan hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık süreçlerinde hizmetleri sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda ölen,

ölmekte olan, terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunmaktadır (Ünalın, 2004: 65).

Bütüncülük: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Aile hekimleri bakımını üstlendikleri, sağlık hizmeti sundukları insanlarla ilişkileri sadece sağlığın fiziksel unsurları ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri ile de ilgilenirler. Bu nedenle aile hekimleri insanlık adına en önemli ve en temel grup olarak ailelere hitap ederler (Söyleyici, 2010: 41).

Entegre ve Koordine: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediği sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemleri yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir, aile hekimi ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynamaktadır (Ünalın, 2004: 66).

Kişisellik: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Bireyin gereksinimlerine göre sunduğu hizmeti şekillendirir (Ünalın, 2004).

Aile ve Toplumsal Yönelim: Aile hekimi uygulamada uğraştığı hastalıkların birçoğunda başarı sağlamak için Sur ve Köse, hastalığın bireysel, ailevi ve sosyal boyutları bir arada değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Sur ve Köse, 2009: 57).

Gizlilik ve Yakınlık: Aile hekimi ile bakımını üstlendiği kişiler arasında yaşam boyu sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bundan dolayı da aile hekimi için temel etik değer ve kişinin hakkı olan, kişisel gizliliği korunması önemlidir (Ünalın, 2004: 66).

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. Bir hekim bu niteliklerde hizmet sunuyorsa, basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir (Ünalın, 2004: 68).

Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerde, bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir (Söyleyici, 2010:42).

Özgün Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci: Etkili bir iletişim zaman içinde doktor ve hasta arasında bir ilişki kurulmasını sağlar. Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. İletişim becerilerini kullanarak kurulacak olan hasta-hekim ilişkisi ile hastanın gereksinimleri doğrultusunda hizmet sunumunun planlanmasını kolaylaştıracakını ve böylece aile hekimliğinin insancıl ve hasta merkezli olacağı belirtmektedir (Söyleyici, 2010:42).

Sağlık Kaynaklarının Etkili Kullanımı: Dünyanın her tarafında kaynaklar kısıtlı olduğuna göre aile hekimleri bu kaynakları yönlendirmede kilit noktası olarak görülmektedir. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır (Ünalın, 2004: 69).

4.4.3.2. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler (Eyler, 2011:49).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan mevcut hekimlere eğitim verilerek görev verilecektir. İlk olarak eğitimlerde hekimlere yeni görev tanımları ve uygulamaları tanıtılacak, yetki ve sorumlulukları aktarılacak kısa süreli bir uyum eğitimi verilecektir. Uyum eğitimi verilen hekimlere aile hekimliği uygulama imkânının tanınması ve takip eden sürekli yaygın ve kısmen örgün eğitimlerle bu hekimlerin hizmet verirken eğitimlerinin sağlanması, mesleki yeterlilik sınavları ile eğitimlerinin ölçülmesi kalite hedeflerine ulaşmak için gereklidir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

İlk uyum eğitimini aldıktan sonra sertifikalarını almış hekimlerin kalıcı sertifikaları için öngörülen ikinci aşama eğitimlerini de almaları gerekmektedir. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitiminden sonra başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Eğitimlerde ana amaç mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesidir. Bu aşama da verilen eğitimler kısım kısım ve sürekli tarzında olacaktır. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri bu tür eğitimin süreklilik kazanması için büyük katkı sağlayacaktır. Üniversitelerdeki halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev almaları, öğrencilerin ve asistanların sahada eğitimini gerçekleştirecektir. Bu eğitimlerle hekimlerin teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi tamamlayan aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir (Solak, 2010:37).

4.4.3.3. Çalışma Saatleri ve İzinler

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2013) resmi sitesinde Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalışma saatleri şu şekilde belirtilmiştir: "Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar. Haftalık çalışma süresi 40 saattir. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilir. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları depresyon, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler." (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Bakanlıkça görevlendirilen sözleşmeli çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri 30 gündür. Mazeret sebebiyle 5 gün daha izin verilebilir. Bayan personel doğumdan önce sekiz doğumdan sonra sekiz olmak üzere toplam on altı hafta süreyle izin verilir. Çoğul gebelikler de sekiz haftalık izin süresine iki hafta daha eklenir. Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur (Solak, 2010:38).

4.4.3.4. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmak için bireylerin aile hekimine kayıt yaptırmaları gerekmektedir. İlk kayıt için kişilerin hekimlerini il sağlık müdürlüğü belirlemektedir. İlk hekim en az altı ay boyunca değiştirilememektedir. Bireyler bu süre dolduktan sonra buldukları bölgenin özelliğine ve konumunun durumuna en uygun olanına göre hekim tercihi yapabilmektedirler. İkinci kayıt, doğrudan hekimle görüşerek yapılmaktadır. Kişilerin hekimleri değiştiğinde kişilerle ilgili tutulan kayıtlar da devredilmektedir (Solak, 2010:18).

Hekim seçme hakkı ve değiştirme hakkı kişilere hem hekime ulaşma hem de kendini yakın hissettiği bir hekimle çalışma imkânı vermesinden ötürü önemli bir sağlık uygulaması olarak nitelendirilebilir. Fakat bu uygulamanın olumsuz yönleri olduğunu ortaya koyan yazarlar da vardır. Örneğin; Dedeoğlu (2003) doktor seçme ve değiştirme özgürlüğünün hiç bir ülkede tam bir hekim seçme özgürlüğü olmadığını, sağlık hizmetlerinin parayla satın alındığı ABD gibi ülkelerde bile bu özgürlük ancak bol parası olanlar için olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak sağlığın bir insan hakkı ve sağlık hizmetinin de kamu hizmeti olduğu ülkelerde bile insanlar oturdukları bölgedeki hekime gitme zorunluluğunda olduğunu ve hekiminden memnun kalmayan hastaların hekim değiştirebildiğini fakat istediği hekime muayene olma hakkına sahip olmadığını belirtmiştir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

4.4.3.5. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde doktor, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımından sorumlu olan kişidir. Yani aile doktoru, hastanın belirli dalda uzman olan bir hekime başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmetler arasında koordinasyon sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder. Bu da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir bağ ve denge oluşturmakta israfı ve gereksiz kullanımı önlemektedir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile doktoruna geri bildirim aynı form üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi bu işlemlerin en azından bir kısmının dijital kayıt şeklinde yapılmasını sağlayacaktır. Bazı uygulama örneklerinde ikinci - üçüncü basamak hizmet bedellerinin geri ödeme kuruluşlarınca karşılanması, aile hekimine geri bildirim şartına bağlanmaktadır (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Geri bildirim, her türlü hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastanın sağlık düzeyinin daha iyi korunabilmesine imkân tanırken, ikinci basamak hizmetlerinin de kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Aile hekimi ikinci ve üçüncü basamakta verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler. Bu şekilde aile hekimi kendisine bağlı hastanın sağlık düzeyi konusunda bilgi sahibi olmaktadır (Söyleyici, 2010:54).

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

5.1. Kalite Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Bugünün yoğun rekabet ortamında örgütlerin başarıya ulaşabilmeleri ve ürettiklerini satabilmeleri için, müşterilerini tatmin etmeleri gereklidir. Müşterilerini tatmin edebilmeleri için ise, örgütlerin en iyiyi üretmeleri ve müşterilerine en iyiyi sunmaları ihtiyaç haline gelmiştir. En iyiyi üretme çabaları içinde; kaliteli üretim esas alınmalı, müşteri isteklerine mümkün olan en kısa sürede cevap verebilecek şekilde yeterli esnekliğe sahip olunmalı ve çalışanların tam katılımı sağlanmalıdır (Pakdemir, 1995:27-28). Kalite ile ilgili birçok tanım bulunmakla birlikte bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz,

Kalite bir ürün ya da hizmetin belirlenen ve olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özellikler toplamıdır (TS-ISO 9005).

Kalite bir ürün ya da hizmeti en ekonomik bir yoldan ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (06.03.2013,www.egitim5.tripod.com).

Kaliteli mamul ve hizmet her tüketici grubunun amacına bağlı olarak farklı özelliklere sahip olabilir. Bir malın kalitesi kendisinden beklenen fonksiyonları karşılması ile olur. Bu tanıma göre ürün veya hizmetin kalitesini belirleyen iki faktör vardır. Birincisi ürünün ve hizmetin kullanım amacına uyup uymadığı, diğeri ise ürün ve hizmetin fiyatıdır (Özgen, 1997:83).

Kalite kavramı artan rekabet şartlarıyla birlikte gündemi sık sık meşgul eden bir olgu haline gelmiştir. Kalite daha çok yönetsel birimler tarafından ele alınan ve uygulanmaya çalışılan bir konudur. Hâlbuki kalitenin başarısı, üst yönetimin desteği, çalışanların katılımı ve en önemlisi ekip çalışması ile mümkündür. Kalite konusunda yapmış olduğu araştırmasında Alemdar, kalite sürecinde sürekli iyileştirme, sorun analizi ve çözümü, takım çalışmasının sağlanması, ileriye yönelik hedef oluşturma ve bu hedeflere ulaşmak için stratejik hedefler belirleme gibi fonksiyonların ancak çalışan personelin katılımı ile olabileceğini açıklamaktadır. Katılımın yaygın ve yeterli şekilde sağlanamamasının hem iç müşteri, hem de dış müşteri tatminsizliğini ortaya çıkaracağını ifade etmektedir (Alemdar, 1997:195).

Kalite çalışmalarında temel ilgi alanı 1950'lilerden 1980'e kadar "*Ürün Kalitesi*" iken 1980'den itibaren "*Hizmet Kalitesi*" yönünde bir değişim yaşanmıştır (Kömürcü, 2006: 12). 1980'li yıllarda ortaya çıkan Toplam Kalite Yönetimi 1990'lı yıllarda yaygınlaşan bir yönetim yaklaşımı olarak gündeme taşınmıştır. Günümüze ulaşana kadar Toplam Kalite Yönetimi felsefesi, insanlığın yaşadığı değişim ve yeniliklere paralel olarak yeni boyutlar kazanmıştır. Kalite kavramını Bayrak sadece verimlilik, maliyet, hız, karlılık gibi kavramlar bakımından değil, aynı zamanda en alt basamaktaki elemandan, en üst basamaktaki yöneticiye kadar tüm çalışanların yeterlilik ve performans düzeyleri gibi örgüt içi pek çok kriter açısından belirleyici rol oynadığı şeklinde ifade etmektedir (Bayrak, 1998:46). Örgütlerde sürekli iyileştirmenin temel noktası mevcut durumu yetersiz bulma, sorunlara çözüm olabilecek alternatif çözüm yolları kullanma, görülen hataları ayıklamak yerine hatanın kaynağını ortadan kaldırmak ve özellikle insan faktörünü sürekli geliştirmek olarak kabul edilmektedir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 7).

5.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık bakım kalitesine olan ilgi ve bu konuda öne sürülen görüşler, sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahiptir. Eski Mısır, Asur, Çin,

Japonya ve Meksika’da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri vardır. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (Hipokrat Yemini gibi) hizmet sağlayıcılar için bugün dahi referans olmayı sürdürmektedir. M.Ö. 1700 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi, cerrahi yetersizlik için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe koymuştur. 16.yy da İspanyol Juan Duarte, zihinsel özürlüler için bakım standartları oluşturmuştur. 20.yy baslarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Bu gelişmenin ardından hastanelerin daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla karlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri gözlenmiştir (Karadağ, 2007:37).

1952’ de aynı birlik, diğer bazı meslek birlikleri (Amerikan Cerrahlar Birliği (Amerikan College of Surgeons), Amerikan Hastaneler Birliği (Amerikan Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (Amerikan Medikal Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (Amerikan College of Physicians) ile birleşerek sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations –JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD’de kamu fonlarından sağlık hizmeti alanların JCAHO tarafından kabul edilmiş kurumlara başvurmaları zorunludur. Ayrıca kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’da da uygulanmaktadır (Öztürk, 2002:51-52).

1980’lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetimi (TKY) modeli gündeme gelmiştir. 1990’lı yıllarda ise bir yandan TKY felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken diğer yandan uygulamalar hızla yaygınlaşmıştır (Ersoy ve Özgen, 1995:5).

5.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanabilir (Zorlutuna, 1997:85).

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturana bireylerin sağlıklı hallerini sürdürebilmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülebilmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması hizmetin sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır (13.10.2013, www.canaktan.org).

5.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi

Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek, arz etmek, talep etmek ve tükenmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile, bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş statü, ürün vb.nin tümünü belirleyen genel bir kavramdır (Karahana, 2000:11).

Sağlık hizmetleri direkt olarak insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Herhangi bir sanayi kuruluşunda yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara neden olur. Sağlık hizmetlerinde yanlış kararlar ve uygulamalar, insan kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Yapılan hataların geri dönüşü ve telafisi çoğunlukla mümkün değildir (Karahana, 2000:11). Buradan da anlaşılıyor ki sağlık hizmetlerinde kalitenin çok önemli bir yeri bulunmaktadır.

5.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

İnsanların ihtiyaç ve beklentilerinin gün geçtikçe artması üretimde ya da verilen hizmetlerde kalite kavramının sürekli olarak iyileştirilmesine yol açmıştır. Üretilen ürün ya da hizmeti alan kimselerin ihtiyaç ve isteklerinin tam olarak belirlenmesi ve onların standartlar doğrultusunda karşılanması için yapılan çalışmalar sayesinde kalitenin iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Sağlık sektöründe de hizmeti alan hastalar en kısa sürede sağlıklarına kavuşmayı, tanı ve tedavilerin doğru bir şekilde bilimsel ilkeler, gelişen teknoloji ve kaynaklar yoluyla yapılmasını istemektedir. Bu da iyileşme ve geliştirme faaliyetlerinin devamlı olarak sürdürülmesini gerektirmektedir (Koçal ve Bodur, 1994: 34).

Sağlıkta kalite seçim değil, zorunluluktur. Üretim ve hizmet sektörlerinde yapılan hatanın bir şekilde telafisi mümkündür. Örneğin defolu üretilen bir malın yenisi üretilebilir, hatalı bir davranış özür dileyerek düzeltilebilir. Buna karşılık insan sağlığı gibi önemli bir konuda verilen hizmetin sonucu doğrudan insanın yaşam hakkını etkilediği için telafisi mümkün değildir. Sağlıkta kalite zorunluluğunun nedenlerine kısaca göz atarsak:

- En değerli varlık olan insanın, en değerli varlığı, “sağlığı” ile ilgili hizmet alıyor olması,
- Yüz yüze veya bire bir hizmet sunulması,
- Hasta insanların kaygılı ve ön yargılı olmaları,
- En önemlisi telafi edilememesi gibi örneklemeler verilebilir (Tanrıku, 2004: 79).
- Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association’s Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikleri belirtilmiştir. Sözü edilen rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,

- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını aranması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmasına,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireyin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir (Devebakan, 2006:129).

5.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri

Kalite sistemlerinin tarihsel gelişimi, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi olan kalite kontrolü ile başlamıştır. Daha sonra sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapıldığı faaliyetler olan kalite güvencesi ile devam etmiştir. Tarihsel gelişimin son evresi ise, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini ve müşterilerin memnun edilmesini hedefleyen toplam kalite yönetimi ile devam etmiştir (Kovancı, 2004:5).

5.1.5.1. Kalite Kontrol

Uluslararası standartlar organizasyonu (ISO) Kalite Kontrolünü kaliteyi oluşturmak, korumak, geliştirmek ve üretimi müşteriye tatmin edecek en ekonomik seviyede sürdürmek için üretici tarafından uygulanan işlemler dizisidir şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde kalite özelliklerinin ölçülmesi zordur. Bu yüzden başlangıçta daha çok yapı üzerinde durulmuştur. Kalitenin; personel, araç, gereç, malzemeyle, diğer olanaklar ve bunların özellikleri ölçülmeye çalışılmış; böylece kaliteli sağlık bakım hizmeti verilebileceği düşünülmüştür. Ancak; sağlık bakım hizmetlerinin de bir üretim ve dolayısıyla bir süreç olduğu kabul edilmesiyle birlikte, yapısal özelliklerinin yanı sıra hizmetin üretim sürecine ilişkin özellikleri de belirlenmeye başlanmıştır. Yine de bu yaklaşım daha çok çıktılar üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel ya da hastalığa özgü hizmetler ve görevler için nitel ölçütler geliştirilmiştir. Böylece; hastalık oranları, hastalıkların iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlar ölçülerek kalite değerlendirilmeye çalışılmıştır (Sarvan ve Berk, 1995: 6).

5.1.5.2. Kalite Güvence Sistemi

Globalleşen dünyada yoğun rekabet ortamında istikrarlı bir üretim yapabilmek için kalite güvenceli olarak sürekli korunmasının önemi ve bunun büyük çabalarla gerçekleştirilebilecek bir yönetim işi; başka bir deyişle sistem olmanın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu gerçekten yola çıkarak birçok ülkenin bilimsel ve teknik nitelikli araştırmacıları, sistem modelleri üzerinde araştırmalar yapmışlar ve bu çalışmaların sonucunda Kalite Güvence Sistemini geliştirmişlerdir (Kavakoğlu, 1994:54).

Kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde, sorunları bulup çözmeyi içeren bir sistemdir. Sorunlar belirlendikten sonra nedenlerinin araştırılması ve bulunması, birlikte kararlaştırılan önlemlerin uygulamaya konulması ve izlenmesi, belirlenen göstergelerin

standartlara oranlanarak değerlendirilmesi, sistemin esasını oluşturmaktadır. Kalite güvencesi sisteminin ilkelerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Çoruh,1994: 340).

- Kalite Güvencesi sisteminin uygulanması ihtiyacı ve gereğinin, kurumun üst yönetim kurulunca benimsenmesi, sahiplenmesi ve sürekli olarak izlenmesi.
- Kurumda çalışan tüm personelin kalite güvencesi uygulaması hakkında bilgi sahibi olmaları.
- Birimler arasında koordinasyon, işbirliği ve iletişimin geliştirilmesi ve devamlılığın sağlanması.
- Kalite Güvencesi sisteminin devamlı yenilik, yaratıcılık ve uzun bir zaman sürecine odaklanması gereğinin tüm çalışanlarca iyi anlaşılması.
- Takım çalışmalarında Maliyet/Fayda/Etkinlik bazında hareket edilmesi gereğine önem verilmesi.
- Takım çalışmalarında tartışma ve birlikte karar almanın öneminin anlaşılması.
- Yapılacak işlerin plan ve programlarının hazırlanması ve zamanında uygulama becerilerinin geliştirilmesi.
- Saptanan sorunlara birlikte karar verilerek uygulamaya konulan önlemlerin etkinliğini izlemek ve gereken düzeltmeleri yapma disiplini.

Kalite güvencesi, hasta tatmini üzerinde de profesyonel anlamda durmaktadır.

Bilimsel yaklaşım yanında kişilerarası ilişkileri ele almakta ve bakımın sanatsal yönünü de değerlendirmektedir. Hasta tatmininin kalite güvencesi faaliyetlerinde üç önemli rolü bulunmaktadır; kaliteyi onaylayan ve istenilen bir sonuçtur, kalite göstergesidir, yüksek kalite için hedeflenen bir ölçüttür. Hasta tatmin olmadığı süreçte yüksek kaliteden söz edilemez (Yanık, 2000:20).

5.1.5.3. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetiminin tek, her örgüte uyan bir tanımı olmayıp, değişik yazarlarca farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Ülkemizde Toplam Kalite Yönetimi anlayışının yerleşmesinde öncü rolü oynayan KALDER (Kalite Derneği), Toplam Kalite Yönetimini (TKY) şöyle tanımlanmaktadır: Bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların kesin aktif katılımıyla çalışanlar, müşteriler ve toplumun memnun edilerek kârlılığa ulaşılmasıdır (Odabaşı, 2004: 132).

Toplam kalite yönetiminin üretim sektöründe uygulanması, hizmet sektörüne göre daha kolaydır. Sağlık hizmetlerindeki uygulamalar çok daha zor ve uzun bir çalışmayı gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta bakımı en son bilgi, dengeli yüksek standarttaki beceri ile uygulanmalıdır. Sağlık hizmeti bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilmeli hassas ve değişken çevre koşullarına uyum sağlayabilmelidir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti, hastanın tatminini sağlamaya yönelik olmalı ve hasta tatmini ile ilgili çalışanlara ağırlık verilmelidir. Hastanın fiziksel, psikolojik ve tıbbi beklentilerine cevap verebilmeli ve her konuda tatmin olması sağlanmalıdır (Günel, 2007:46).

5.2. Müşteri (Hasta) Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatmini

Genellikle müşteri kavramı, birçok farklı anlamda kullanılmaktadır. “Müşteri, bir işletmenin ürettiği mal/hizmeti satın alan kişidir” denildiğinde, kişi ancak mal ve hizmeti satın alması durumunda müşteri konumuna gelmektedir (Çerçi, 2003:72). Ya da müşteri, mağaza veya işletmeden dümenli alışveriş yapan kişidir denildiğinde, alışveriş yapan kişi ile işletme arasında sürekli bir ilişkinin olması gereğine vurgu yapılır (Faikoğlu, 2004:50). Bir diğer tanımda, müşteri, sunulan hizmetler ya da ürünlerden dolayı örgütün amaçlarına ulaşma becerisini etkileyen kişidir, şeklinde ifade edebiliriz (Demir, 1998’den akt: Tatarlı, 2007:50).

Farklı bakış açılarına göre yapılan bu tanımlamalardan sonra, daha kapsamlı bir müşteri tanımı söyle yapmamız mümkündür: “Müşteri, bir işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden haberi olan, bunları satın alma imkanı bulunan ve satın almış olan herkeştir” (Çerçi,2003’den akt: Tatarlı, 2007:51).

Sağlık yönetiminde son yıllarda birçok kavram değişikliği olmuştur. Oluşan bu kavram değişikliklerinden en çok tepki göreni “müşteri” kavramıdır. Sağlık kuruluşlarına farklı tepkilerle gelen insanlara, müşteri gözüyle bakılmasının, etik açıdan kabul edilebilirliği birçok tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Ancak genel olarak bir hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin isin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı sonucuna varılmıştır (Kardeş, 1995:233).

5.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Tatmini

Modern işletme anlayışı, işletmelerin müşteri yönlü olmasını, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini tatmin etmeyi ön planda tutmasını ve bunun sonucu olarak kara ulaşmayı hedeflemektedir. Müşteri odaklı işletme, müşteri tercihinin, işletmenin kendisine sunduğu hizmet düzeyine bağlı olduğunu bilir. Bu nedenle işletmeler, müşterilerinin kimler olduğunu, duygu, düşünce ve beklentilerinin neler olduğunu bulmak, mevcut ve hedef müşterilerine yönelik sürekli araştırmalarda bulunmak zorundadırlar (Kardeş, 1994:299).

Araştırmalar sonunda elde edilen bilgilerle, faaliyetlerini müşteri beklenti ve isteklerine göre düzenleyen işletmeler, memnun müşteriler yaratarak, pazarın değişen koşullarına uyum sağlayıp, orta ve uzun vadede rekabet üstünlüğü elde edebilirler (Tütüncü, 2001: 22).

Sağlık kurumları hizmet kalitesinin ölçümünde kriterlerin, zaman, doğruluk ve nezaket, sıfır hata, doğru teşhis ve tedavi olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca sağlık kurumları rekabette ‘hasta tatmininin esas alınması gerektiğini bilmelidir (Ecer, 2002’den akt: Karadağ, 2007:58).

Sağlık işletmelerinin temel çıktılarından biride hasta tatminidir. Hasta tatmini, hastanın sağlık hizmetinden beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürünün gerçek performansı arasında algılanan farkın bir sonucu olarak da tanımlanabilir. Tatmin düzeyinin, sağlık hizmetinden beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakılarak belirlenmesinin mümkün olabileceği ortaya atılmıştır. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentileri karşılıyor veya aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşılık, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir. Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan tatmin düzeyi de değişecektir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Ayrıca, bireylerin değer yargıları da zaman

içinde değişmekte olup, değişen değer yargılarının gerisinde kalan hizmetler de tatminsizlik yaratacaktır (Kardeş, 1994:33).

Hasta tatmini, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir (Williams, 1994'den akt: Günel,2007:49).

5.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Beklentileri

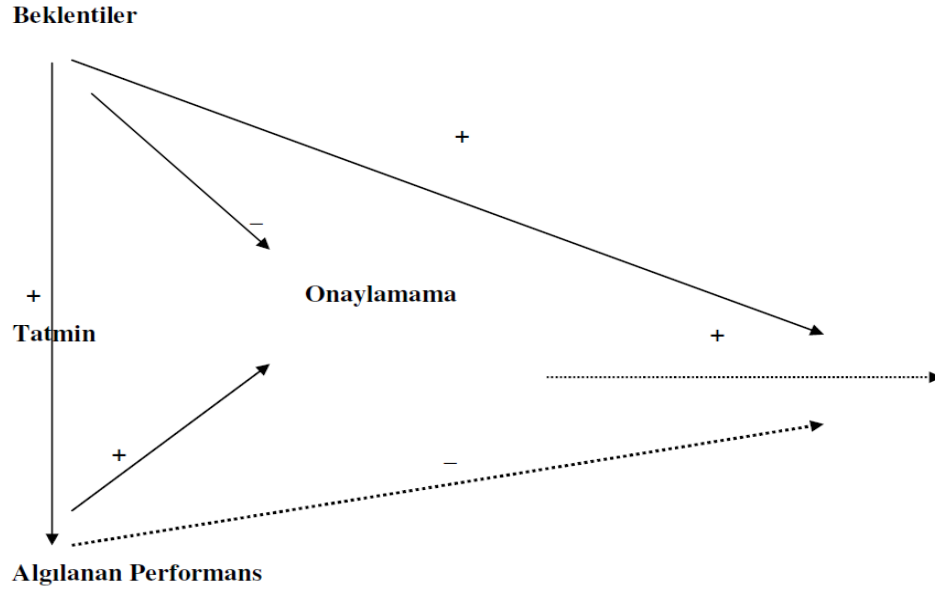
Beklentiler, müşterinin (hastanın) kullanacağı ürün performansına yönelik tatmin ve inançlardır. Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterinin (hastanın) bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir tarihte tercih etmesi konusundaki İnançlarıdır (Devebakan, 2006:123).

Genel olarak, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini etkileyen faktörleri şöyle özetleyebiliriz (Vincent, 1991, Aktaran: Günel, 2007:51-52);

- Hastaların Tıbbi ihtiyaçları; sağlık sorunlarını yavaşlatma, tedavi olma ya da belirli bir hastalığın ilerlemesini önleme ihtiyaçları hastaların beklentilerinin belirlenmesinde önemlidir.
- Mevcut ve diğer sağlık örgütlerinden edinilen tecrübeler; hastaların sağlık bakım hizmeti ile geçmişteki karşılaşmalarından elde ettikleri deneyimlerdir.
- Teknoloji ve çevre bilgisi; hastaların sosyo-kültürel durumlarına göre, mevcut hizmet çeşitlerini, hizmet faaliyetlerinin risklerini ve hizmetlerin teknolojik düzeyini bildikleri belirtilmektedir. Ayrıca hastaların yakınları, arkadaşları ve ziyaretçileri gibi diğer kişilerin tecrübelerinden elde ettikleri bilgileri önemlidir.
- Rekabetçilerin tavsiyeleri; diğer sağlık bakım örgütlerinin tavsiyelerini ya da tavsiye vaatlerini bilmek hasta beklentileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.
- Müşteri tatmininin oluşumu hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştiğini görmekteyiz. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması, Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki), Benzeşim, Benzeşim – Karşıtlık, Denkserlik, Atfetme, Kıyaslama Düzeyi ve Uyumlaştırma kuramlarıdır. Ancak bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'dır (Devebakan, 2006:124).

Richard Oliver'in beklentinin onaylanmaması kuramına göre, müşteriler satın alma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girmektedirler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satın alma eylemine beklentileriyle girmekte ve satın alma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Sekil-5.1.'de görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere

neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir (Devebakan, 2006:124).



Şekil 5.1: Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci (Devebakan, 2006 :125)

5.2.3. Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatmininin Önemi

Hasta tatmini, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott sağlık kuruluşlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar; (Leebov ve Scott, 1994, Aktaran, Karadağ 2007:44).

İnsancıl nedenler: Hastaların temel haklarının basında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de, hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir.

Ekonomik Nedenler: Hastalar, hizmetin alıcısı durumundadırlar. Hastalar, içinde buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde arttırmaktadır.

Pazarlama: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar.

Etkililik: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar.

Hasta tatmini, sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır. Ayrıca hasta tatmini sağlık hizmetlerinin yapısı ve süreci hakkında bilgi verir. Hizmetten memnun olan dış müşteriler sağlık kuruluşunun kalitesinin dışarıya olumlu şekilde yansıtılmasında büyük görev alırlar.

5.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Hasta tatmini çok göreceli bir kavramdır ve deneyimlerden, yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve verilen hizmetten beklentilerden etkilenmektedir (Akgün, 1999: 49).

Hasta tatminini iki faktör ile belirlenebilmektedir. Birinci faktör, beklentilerdir. Hasta/başvuranların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikler, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Karadağ, 2007:58).

İkinci faktör ise, hasta/başvuranın aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar hasta/başvuranın aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü de hasta/başvuranın özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:298).

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum ve yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyo-kültürel (sosyal sınıf, kültür ve aile ilişkileri) ögenin hasta tatminini etkilediği görülmektedir (Engiz, 1997:61-87).

Bireyin/hastanın tatminin etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde de gruplandırılabilir (Karadağ,2007: 58).

5.2.4.1.Hastaya İlişkin Faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yası, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta tatminini etkileyebilmektedir (Forbes ve Brown, 1995, Aktaran: Karadağ 2007:59).

5.2.4.2.Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta tatmini üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta tatminini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Yılmaz, 2001:72).

5.2.4.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları, bireylerin ilgilendikleri ve önem verdikleri tatmin boyutlarından birisidir. Bakımsız bir hastane, düzensiz ve yetersiz hasta odaları, rahatsızlık verici ortam, hastaların şikayet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercihlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam, hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır (Yanık, 2000:72).

Fiziksel ve çevresel koşullar; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, çarşaf, tuvalet, banyo, dış görünüm ve benzeri özellikleri kapsamaktadır. Hastanede aranılan yerin rahatça bulunabilmesi bile, hasta için, memnuniyetini değerlendirmede önemli bir faktördür.

Yapılan bir araştırmada, yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlemesine yönelik yaşadığı rahatsızlıklarının başında; yetersiz temizlik gelmektedir. Hasta dolaplarının yetersiz olması, gürültünün fazla olması, geceleri lambaların sürekli yanması, yatakların rahat olmaması ve ortamın çok sıcak yada çok soğuk olması gibi rahatsızlıklar izlemektedir (Artut, 1995:21). Ayrıca bir kuruma çeşitli amaçlarla gelen kişiler kurum hakkındaki görüşlerini ilk olarak insan ilişkilerine verilen öneme, kurumun temizlik ve düzenine dayandırır (Şafak ve Diğerleri, 2002:53).

5.2.5. Hasta Tatmini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Rekabet gücünü artırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede tatmin kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar.

Hizmet kalitesini yükseltmek için tatmin ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmektedir (Leebov,1994'den akt: Günal, 2007,63):

- Genel müşteri tatmininin ölçülmesi,
- Önemli hizmet özelliklerini müşterinin algılamasının ölçümü,
- Hizmet süreçlerindeki anahtar unsurların performansının ölçülmesi

Hasta tatmini ölçümlerinin;

- Amaçlara uygun hazırlanmış olması
- Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması
- Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması
- Sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması dikkat edilecek temel

kriterlerdir (Engiz,2007: 71).

Diğer araştırma konularında olduğu gibi, hasta tatmini konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında da direkt ve indirekt yöntemler kullanılabilir. Direkt yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. İndirekt yöntemler ise, tatmin düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikâyet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Direkt ve indirekt yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları vardır (Söyleyici, 2010: 82).

Direkt Yöntemlerin avantajları; soru ve yanıtların, amaca yönelik olmasını sağlaması, sorunlara ve iyileştirmeye açık konulara yönlendirme yapması, hastanın duygu ve düşüncelerinin doğrudan öğrenilmesini sağlamasıdır.

Endirekt Yöntemlerin avantajları, müdahale olmadığı için, rahatsız edici olmaması, yönlendirilmemiş veriler sağlaması, objektif göstergelerin kullanılmasını sağlaması olarak özetlenebilir (Kısa, 2002: 278).

Hasta tatmininin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem, anket yöntemidir. Anket uygulamasıyla gerçekleştirilen hasta tatmini araştırmaları, diğer tekniklere göre daha fazla tercih edilen endirekt araştırmalardır (Söyleyici, 2010: 83).

Anketler, daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsamaları nedeniyle sağlık sektöründe de en yaygın kullanılan yöntemdir. Herhangi bir konuda düzenlenecek anketin bazı temel özellikleri taşıması gerekecektir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenen konuların gruplandırılması anket hazırlanırken dikkat edilecek hususlardır (Söyleyici, 2010:83).

Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi toplamak mümkündür. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olması gereklidir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda bir kaç uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta tatminini etkileyen temel hizmet boyutları belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmelidir (Kısa, 2002:310).

Hasta tatmininin ölçümü için tasarlanacak bir anket üç temel alanda ortaya çıkacak kriterleri incelemeyi hedefleyecektir. Bu temel alanlar; i) kuruluşumuzun fizik, teknolojik ve insan gücü altyapısı (altyapısal), ii) kuruluşça gerçekleştirilen hizmetlerin üretim ve sunuluş süreçleri (süreçsel), iii) kuruluşça verilen hizmetlerin nimeti ve külfeti (çıkıtısal) (<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> 21.10.2011).

Ham veri tek başına hiçbir şey ifade edemeyeceğinden hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve tatmini hakkında toplanan verilerin dikkatlice değerlendirmeye tabi tutulmaları gerekmektedir. Bu değerlendirme, mevcut performans hakkında bilgi verirken, gelişim için karşılaşılan fırsatları ve farklı fırsatlar arasından önceliklerin sıralanmasında ve gelişimin sağlanabilmesi için ana problemlerin belirlenmesinde yardımcı olabilecektir (Söyleyici, 2010:83).

6. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ KONUSUNDA GAZİANTEP'İN NURDAĞI İLÇESİNDE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

6.1. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar da, hizmet alımı için başvuranlar da genel olarak memnuniyetsizdir. Toplumda kendilerine atfedilmiş olan değer, uzmanlaşmaya özendirme politikaları, motivasyon eksikliği, düşük ücretle çalışma durumu, sağlık ocaklarının olumsuz fizik koşulları gibi faktörler birinci basamak doktorlarının; bekleme süresi uzunluğu, yeterli ilgi ve iletişimin yokluğu gibi faktörler de başvuranların memnuniyetsizlik nedenlerinden bazılarıdır.

Türkiye’de daha öncede aile hekimliği uygulaması denenmiş fakat yürütülemediği. Aile hekimliğinin her yönüyle mükemmel işleme için gereken alt yapı çalışmalarının hazır olması gerekir. Örneğin yeterli ve sürekli bir hasta kaydı, işleyen ve taviz verilmeyen bir sevk zinciri, birinci basamağa başvuranlara sunulacak sağlık hizmetinin çağdaş teknoloji ve uygulamalarla desteklenmiş olması, uygulamanın tüm ilde başlatılarak vatandaşlar arasında uygulama farklılıklarının ortadan kaldırılması gibi koşullar, bu uygulamanın başarısı için olmazsa olmaz koşullardır.

Gündeme geldiği her dönemde aile hekimliği sistemi büyük tartışmalara neden olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm projesi kapsamında 15.09.2005 tarihinde pilot olarak Düzce ilinde başlatılan bu uygulamanın 2006 yılında 9 ilde başlamış ve 2007 yılında ise tüm Türkiye çapında uygulanması planlanmaktadır.

6.2. Araştırmanın Amacı

Aile Hekimliği Uygulaması sağlık sektörüne önemli ivmeler kazandırmıştır. Bu çalışmamızda araştırma alanı olarak Gaziantep ili Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi seçilmiş ve sağlık sektöründeki bu değişimin Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi hastalarının hasta sağlığı üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

6.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın yöntemi, araştırmanın nasıl bir yol izlenerek gerçekleştirilebileceğini açıklayan kavramsal çerçeve, frekanslar, kapsam ve sınırlılıklar, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının, Gaziantep ilinde Nurdağı Aile Sağlığı merkezlerine başvuran hastalar üzerindeki etkilerini inceleyen bu araştırma tanımlayıcı tipte bir alan araştırmasıdır.

6.4. Evren ve Örneklem

Aile Hekimliği Uygulamasının, hasta sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesine yönelik bu araştırma için aile hekimliği uygulamasına geçmiş olan Gaziantep ili seçilmiştir. Gaziantep ilinde aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Gaziantep ilindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde bu araştırmayı yürütmek maliyet ve zaman yönünden zor olduğu için sınırlılıklara gidilmiş ve uygulama alanı olarak Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi seçilmiştir.

6.5. Veri Toplama ve Değerlendirme

Konuyla ilgili ayrıntılı literatür taraması yapılmıştır. Böylelikle ulaşılabilen bilgilerden, araştırmanın amacı doğrultusunda yararlanılmış ve anketteki sorular oluşturulmuştur.

Örnekleme giren hastalara uygulanmak amacıyla, 24 sorudan oluşan anket hazırlanmıştır. Öncelikle, hazırlanan anketin düzeni, ifadesi, dili, konulan soruların amaca uygun ve yeterli olma durumu hakkında uzmanların görüşleri alınmış; böylelikle geliştirilen anket ön denemeden geçirilmiştir. Bu deneme uygulaması sonucunda soruların anlaşılıp anlaşılmadığı, seçeneklerin uygun ve yeterli olup olmadığı vb. gibi yönlerden gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Hazırlanan anketin geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılarak ankete son şekil verilmiş ve uygulanmıştır. Ayrıca hastaların kayıtlı olduğu Aile hekimlerinin özelliklerinin hasta memnuniyetinde etkili olup olmadığını ölçmek amacıyla, demografik bilgileri içeren bir form oluşturulmuş, belirlenen ASM'lerinde görev yapan aile hekimi tarafından bu formun doldurulması sağlanmıştır.

Araştırma kapsamına giren hastalar anket formunu yanıtlarken herhangi bir sorunla karşılaşmamaları için araştırmacı bizzat hastaların yanında bulunmuş ve gerekli olan açıklamaları yapmıştır. Anket formunun yanıtlanma süresi yaklaşık 15 dk'dır.

6.6. Verilerin Analizi ve Hipotezler

Anket uygulaması yoluyla elde edilen veriler ise, bilgisayarda her ankete bir sıra numarası verilerek SPSS programı ile değerlendirilmiştir.

6.7. Araştırma Bulguları

Tablo 6.1. Araştırmaya Katılanların Yaş ile İlgili Bulguları

	Yaşınız?	
	Frequency	ValidPercent
16-25	66	23,2
26-35	97	34,0
36-45	96	33,7
46-55	18	6,3
55+	8	2,8
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo-1 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların % 34 'ü 26-35 yaş aralığında bulunurken %33,7 'si 36-45, %23,2 si 16-25, %6,3 'ü 46-55 ve %2,8 'i 55 ve üzeri yaş aralığındadır.

Tablo 6.2. Araştırmaya Katılanların Cinsiyet ile İlgili Bulguları

	Cinsiyetiniz?	
	Frequency	ValidPercent
kadın	147	51,6
erkek	138	48,4
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların cinsiyet gruplarına göre dağılımları Tablo-2 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %51,6 'sı kadın, %48,4'ü erkek 'tir.

Tablo 6.3. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına İlişkin Bulgular

	Medeni Durumunuz?	
	Frequency	ValidPercent
evli	79	27,7
bekar	206	72,3
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların medeni durum gruplarına göre dağılımları Tablo-3 'te incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %72,3 'ü evli, %27,7'si bekâr'dır.

Tablo 6.4. Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına İlişkin Bulgular

	Öğrenim Durumunuz?	
	Frequency	ValidPercent
okuryazar değil	7	2,5
okuryazar	17	6,0
ilköğretim	65	22,8
lise	161	56,5
lisans	35	12,3
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların öğrenim gruplarına göre dağılımları Tablo-4'te incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %56,5'i lise, %22,8'i ilköğretim, %12,3'ü lisans, %6,0'sı okuryazar ve %2,5'i okur yazar değildir.

Tabo 6.5. Aile Hekiminizi kendiniz mi seçtiniz?

	Frequency	ValidPercent
evet	179	62,8
hayır	106	37,2
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekim tercih dağılımları Tablo-5 'te incelenmiştir. Araştırmaya atılanların %62,8'i Aile hekimini kendini seçmiş, %37,2'si kendine seçmemiştir.

Tablo 6.6. Aile Hekiminiz ve yardımcı sağlık personelini size karşı ilgili ve güler yüzlü buluyor musunuz?

	Frequency	ValidPercent
evet	259	90,9
hayır	26	9,1
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimi ve yardımcı sağlık personelinin ilgisi ve güler yüzlü olma dağılımı Tablo-6'da incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %90,9 'u ilgili ve güler yüzlü olduğunu belirtirken %9,1'i ilgili ve güler yüzlü bulmamıştır.

Tablo 6.7. Aile Hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık, ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz?

	Frequency	ValidPercent
evet	225	78,9
hayır	60	21,1
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminin çalışma odasının fiziki açıdan yeterli olup olmadığı dağılımı Tablo-7 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %78,9'u yeterli bulurken %21,1'i yeterli olmadığını belirtmektedir.

Tablo 6.8. Aile Hekiminiz muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	270	94,7
hayır	15	5,3
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminin muayene sırasındaki mahremiyetinize özen gösteriyor mu? dağılımı Tablo-8’de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %94,7’si mahremiyete özen gösterildiğini belirtirken %5,3’ü özen gösterilmediğini belirtmiştir.

Tablo 6.9. Aile Hekiminiz tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	239	83,9
hayır	46	16,1
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların aile hekiminiz tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlıyor mu? Değerlendirmesi tablo-9 da incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %83,9’u uygun laboratuvar koşulları sağlıyor, %16,1 ‘i de uygun laboratuvar koşulları sağlamıyor olarak belirtmiştir.

Tablo 6.10. Aile Hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	255	89,5
hayır	30	10,5
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu? Değerlendirmesi tablo-10 ‘da incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %89,5’i yeterince vakit ayırıyor, %10,5’i yeterince vakit ayırmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.11. Aile Hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz?

	Frequency	ValidPercent
evet	238	83,5
hayır	47	16,5
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz? Değerlendirmesine Tablo:11’de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %83,5 ‘i herkesin eşit şekilde yararlandığını, %16,5’i herkesin eşit şekilde yararlanmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.12. Aile Hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	253	88,8
hayır	32	11,2
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminizin bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu? Değerlendirmesi Tablo-12 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %88,8 ‘i çocuk izlemin yapıyor, %11,2 ‘si bebek ve çocuk izlemi yapmadığını düşündüğü görülmektedir.

Tablo 6.13. Aile Hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	197	69,1
hayır	88	30,9
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu? Değerlendirmesi Tablo-13 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %69,1 i ev ziyareti yapıyor, %30,9’u ev ziyareti yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.14. Aile Hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişimde kolaylık sağladı mı?

	Frequency	ValidPercent
evet	243	85,3
hayır	42	14,7
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine kolaylık sağladı mı? Değerlendirmesi Tablo-14 te incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %85,3 ü kolaylık sağladığını, %14,7 si kolaylık sağlamadığını belirtmiştir.

Tablo 6.15. Aile Hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz?

	Frequency	ValidPercent
evet	219	76,8
hayır	66	23,2
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminizin köylerde yaptığı mobil poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz? Değerlendirmesi Tablo-15 te incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %76,8 i faydalı buluyorum, %23,2 si faydalı bulmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.16. Aile Hekiminiz, şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	218	76,5
hayır	67	23,5
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu? Değerlendirmesi Tablo 16 da incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %76,5 i bilgilendiriyor, %23,5 i bilgilendirmediğini belirtmiştir.

Tablo 6.17. Aile Hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	243	85,3
hayır	42	14,7
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu? Değerlendirmesi Tablo 17 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %85,3 ü danışmanlık hizmeti verdiğini, &14,7 si danışmanlık hizmeti vermediğini belirtmiştir.

Tablo 6.18. Aile Hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	204	71,6
hayır	81	28,4
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu? Değerlendirmesi Tablo-18 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %71,6 sı ev ziyaretlerin yapıyor, %28,4 ü ev ziyaretleri yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.19. Aile Hekiminiz hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	248	87,0
hayır	37	13,0
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu? Değerlendirmesi Tablo-19 da incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %87,0 si yeterince bilgilendirildiğini, %13,0 ü yeterince bilgilendirilmediğini belirtmiştir.

Tablo 6.20. Aile Hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemi olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	254	89,1
hayır	31	10,9
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekiminiz çocuk sağlığı açısından önemli olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu? Değerlendirmesi tablo-20 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %89,1 i yeterince yerine getirdiğini, %10,9 u yeterince yerine getirmediğini belirtmiştir.

Tablo 6.21. Aile Hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

	Frequency	ValidPercent
iyi	191	67,0
kötü	18	6,3
orta	76	26,7
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz sorusunun değerlendirmesi tablo-21 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %67,0 si aile hekimli hizmetini beğenirken %26,7 si orta derecede değerlendirmiş ve %6,3 ü kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 6.22. Sizce Aile Hekimliği uygulaması devam etmeli mi?

	Frequency	ValidPercent
evet	251	88,1
hayır	34	11,9
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimliği uygulamasının devam etmeli mi? Değerlendirmesi Tablo-22 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %88,1 i devam etmesi gerektiğini %11,9 u gerek olmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.23. Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu?

	Frequency	ValidPercent
evet	242	84,9
hayır	43	15,1
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu? Değerlendirmesi Tablo-23 de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %84,9 u sağlık hizmetinde iyileşme olduğunu, %15,1 i sağlık hizmetinde iyileşme olmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.24. Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?

	Frequency	ValidPercent
1-2 kez	67	23,5
2-3 kez	68	23,9
3-4 kez	100	35,1
4 +	50	17,5
Total	285	100,0

Araştırmaya katılanların Son bir yıl içerisinde aile hekiminize kaç kez başvurduunuz? Değerlendirmesi tablo-24 te incelenmiştir. Araştırmaya katılanların %35,1 i 3-4 kez, %23,9 u 2-3 kez, %23,5 i 1-2 kez ve %17,5 i 4 den fazla uğradığını belirtmiştir.

İncelenen sorular ile cinsiyet ve medeni durumlara göre verilen cevaplarda farklılığın olup olmadığı t testi ile analiz edilmiş ve sonuçlar iki ayrı tablo olarak verilmiştir.

	N	Ortalama	St. Sapma	p	t
Aile Hekiminizi kendiniz mi seçtiniz?					
kadın	147	1,4014	,49185	0,290	1,059
erkek	138	1,3406	,47563		
Aile Hekiminiz ve yardımcı sağlık personelinin size karşı ilgili ve güler yüzlü buluyor musunuz?					
kadın	147	1,0748	,26402	,02178	-0,991
erkek	138	1,1087	,31239		
Aile Hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz?					
kadın	147	1,2313	,42310	,03490	0,886
erkek	138	1,1884	,39246		
Aile Hekiminiz muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu?					
kadın	147	1,0544	,22762	,01877	0,139
erkek	138	1,0507	,22023		
Aile Hekiminiz tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu?					
kadın	147	1,1293	,33663	,02776	-1,524
erkek	138	1,1957	,39815		

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI... Yasemin KANTARCI

Aile Hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu?					
kadın	147	1,0884	,28490	,02350	-0,954
erkek	138	1,1232	,32985		
Aile Hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz?					
kadın	147	1,1701	,37698	,03109	0,241
erkek	138	1,1594	,36740		
Aile Hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu?					
kadın	147	1,1020	,30374	,02505	0,260
erkek	138	1,1232	,32985		
Aile Hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu?					
kadın	147	1,2517	,43547	,03592	0,000
erkek	138	1,3696	,48445		
Aile Hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişmede kolaylık sağladı mı?					
kadın	147	1,1429	,35112	,02896	0,659
erkek	138	1,1522	,36050		
Aile Hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz?					
kadın	147	1,2109	,40933	,03376	0,089
erkek	138	1,2536	,43667		
Aile Hekiminiz, şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu?					
kadın	147	1,1973	,39931	,03293	0,002
erkek	138	1,2754	,44832		
Aile Hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu?					
kadın	147	1,1293	,33663	,02776	0,076
erkek	138	1,1667	,37404		
Aile Hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu?					
kadın	147	1,2653	,44301	,03654	-0,728
erkek	138	1,3043	,46181		
Aile Hekiminiz hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu?					
kadın	147	1,1020	,30374	,02505	-0,1440
erkek	138	1,1594	,36740		
Aile Hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemi olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu?					
kadın	147	1,0816	,27474	,02266	-1,520
erkek	138	1,1377	,34582		
Aile Hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?					
kadın	147	1,6463	,90511	,07465	0,984
erkek	138	1,5435	,85538		
Sizce Aile Hekimliği uygulaması devam etmeli mi?					
kadın	147	1,1020	,30374	,02505	-0,926
erkek	138	1,1377	,34582		
Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu?					
kadın	147	1,1361	,34402	,02837	-0,720
erkek	138	1,1667	,37404		

Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?					
kadın	147	2,4490	,99439	,08202	0,142
erkek	138	2,4855	1,08228		

Aile hekiminiz ve yardımcı sağlık personelinin size karşı ilgili ve güler yüzlü buluyor musunuz sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin memnuniyet durumlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde kadınların yeterli bulmaları erkeklere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminizi muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde kadınların mahremiyete özen gösteriliyor görüşü erkeklere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,005$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin koşulları uygun bulmaları kadınlara göre yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,005$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin yeterli bulmaları kadınlara göre yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde kadınların eşit olduğunu düşünmeleri erkeklere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin izlem yapıyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin ev ziyareti yapıyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişmede kolaylık sağlıyor mu sorusu ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin kolaylık sağlıyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz sorusu ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin faydalı bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin bilgilendiriyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin, danışmanlık hizmeti veriyor bulmaları kadınlar göre daha yüksek olduğu yapılan t testi ile tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî anlamlar fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin yapıyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu tapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin bilgilendiriyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemli olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin getiriyor bulmaları kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Sizce aile hekimliği uygulaması devam etmeli mi sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin devam etmeli görüşü kadınlara göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu sorusuyla cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin iyileşme oldu görüşü kadınlar göre daha yüksek olduğu yapılan t testi ile tespit edilmiştir.

Ayrıca, “aile hekimini kendiniz mi seçtiniz”, “Aile Hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?” ve “Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?” soruları ile cinsiyet arasında istatistikî açıdan anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

T-Test

	Ortalama	Standart sapma	P	t
Aile Hekiminizi kendiniz mi seçtiniz?				
Evli	1,3107	0,46390	0,01	-3,517
Bekâr	1,5316	0,50219		
Aile Hekiminiz ve yardımcı sağlık personelinizi size karşı ilgili ve güleryüzlü buluyor musunuz?				
Evli	1,0631	0,24375	,0169	-2,687
Bekâr	1,1646	0,37315		
Aile Hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık, ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz?				
Evli	1,1796	0,38480	,02681	-2,076
Bekar	1,2911	0,45719		
Aile Hekiminiz muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu?				
Evli	1,0243	0,15427	,01075	-3,525
Bekâr	1,1266	0,33463		

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI... Yasemin KANTARCI

Aile Hekiminiz tahlil,tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu?				
Evli	1,1359	0,34354	,02394	-1,893
Bekâr	1,2278	0,42212		
Aile Hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu?				
Evli	1,0680	0,25229	,01758	-3,367
Bekâr	1,2025	0,40445		
Aile Hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz?				
Evli	1,1311	0,33830	,02357	-2,505
Bekâr	1,2532	0,43760		
Aile Hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu?				
Evli	1,0485	0,21544	,01501	-5,801
Bekâr	1,2785	,45112		
Aile Hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu?				
Evli	1,2427	,42977	,02994	-3,992
Bekâr	1,4810	,50283		
Aile Hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişimde kolaylık sağladı mı?				
Evli	1,1019	,30331	,02113	-3,558
Bekâr	1,2658	,44459		
Aile Hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz?				
Evli	1,1699	,37646	,02623	-4,087
Bekâr	1,3924	,49141		
Aile Hekiminiz, şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu?				
Evli	1,1748	,38068	,02652	-3,971
Bekâr	1,3924	,49141		
Aile Hekiminiz sağlıklı ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu?				
Evli	1,1117	,31570	,02200	-2,774
Bekâr	1,2405	,43012		
Aile Hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu?				
Evli	1,2330	,42378	,02953	-3,137
Bekâr	1,4177	,49634		
Aile Hekiminiz hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu?				
Evli	1,0874	,28308	,01972	-3,504
Bekâr	1,2405	,43012		
Aile Hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemi olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu?				
Evli	1,0631	,24375	,01698	-4,101
Bekâr	1,2278	,42212		
Aile Hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?				
Evli	1,5922	,88826	,06189	-0,131
Bekâr	1,6076	,86850		

Sizce Aile Hekimliği uygulaması devam etmeli mi?				
Evli	1,0874	,28308	,01972	-2,710
Bekâr	1,2025	,40445		
Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu?				
Evli	1,1408	,34864	,02429	-0,767
Bekâr	1,1772	,38429		
Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?				
Evli	2,5146	1,00597	,07009	1,261
Bekâr	2,3418	1,10808		

Aile hekiminiz ve yardımcı sağlık personelini size karşı ilgili ve güler yüzlü buluyor musunuz sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların memnuniyet durumlarının evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin çalışma odası size göre ısı, ışık ve fiziki açıdan yeterli buluyor musunuz sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların yeterli bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminizi muayene sırasında mahremiyetinize özen gösteriyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların mahremiyete özen gösteriliyor görüşü evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin tahlil ve tetkik istemleri için uygun laboratuvar koşullarını sağlayabiliyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,005$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların koşulları uygun bulmaları evlilere göre yüksek olduğu yapılan t testi sonucunda tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz muayene sırasında size yeterince vakit ayırıyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,005$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların yeterli bulmaları evlilere göre yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyor musunuz soru ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların eşit olduğunu düşünmeleri evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz bebek ve çocuk izlemi yapıyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların izlem yapıyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz ev ziyareti yapıyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların ev ziyareti yapıyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekimliğine geçiş süreci sağlık hizmetlerine erişmede kolaylık sağlıyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların kolaylık sağlıyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin köylerde yaptığı mobil(gezici) poliklinik hizmetini faydalı buluyor musunuz sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık

saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların faydalı bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz şişmanlık, sigara kullanımının önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik konularda sizi bilgilendiriyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların bilgilendiriyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz sağlıkla ilgili her konuda istediğiniz zaman size danışmanlık hizmeti veriyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların, danışmanlık hizmeti veriyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi ile tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz varsa yaşlı ve engelli hastalarınıza yönelik ev ziyaretleri yapıyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların yapıyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminizin hastalığınız ve korunma yöntemleri konusunda sizi yeterince bilgilendiriyor mu sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların bilgilendiriyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekiminiz, çocuk sağlığı açısından önemli olan aşılama hizmetlerini yerine getiriyor mu sorusu ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların getiriyor bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların değerlendirmeleri olumlu bulmaları evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Sizce aile hekimliği uygulaması devam etmeli mi sorusu ile medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların devam etmeli görüşü evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi sonucu tespit edilmiştir.

Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu sorusuyla medeni durum arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bekârların iyileşme oldu görüşü evlilere göre daha yüksek olduğu yapılan t testi ile tespit edilmiştir.

Ayrıca, “Son bir yıl içerisinde Aile Hekiminize kaç kez başvurduunuz?” soruları ile medeni durum arasında istatistikî açıdan anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

7. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık arama davranışıyla ilgili olarak yapılan araştırmalar, insanların çok az bir kısmının koruyucu önlemlere uyararak yaşadığını göstermiş ve sağlık hizmeti almama nedeni olarak; sosyal güvencesizlik, ekonomik yetersizlikler, toplumsal dışlanma ve cinsiyete bağlı erişim engelleri sıralanmıştır. Toplumumuzdaki kültürel birikim, kişiler, aileler, sosyal gruplar ve yaşanan coğrafi yer bağlamında farklılık göstermektedir. Bu farklılık, insanların sağlık hizmetlerine erişememesine, dışlanmasına ve bazı dezavantajlı grupların (örneğin sosyal güvencesi olmayanların, kadınların, özellikle kırsal kesimde yaşayan engellilerin, yaşlıların vb) ihmal edilmesine neden olmaktadır.

Bu bağlamda bir uygulama modeli olarak aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Çünkü sosyal refah devleti, liberal devletin geleneksel adalet, asayiş ve savunma hizmetlerinin dışına çıkarak eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım gibi, toplumun tüm kesimlerinin refahını ilgilendiren kamusal hizmetleri de üstlenmişken Sağlıkta Dönüşüm Programı Aile Hekimliği uygulaması ile bu ödevi yerine getirmeye çalışmaktadır. Aile Hekimliği uygulaması; bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının kır-kent ayırımının azaltılmasını; çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden, ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını; sağlık altyapı ve çevre hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine ulaştırılmasını hedeflemektedir.

Aile hekimliği bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır. İlgili kuruluşlarda sağlık hizmeti görevini aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları yerine getirmektedir. Aile hekimliği uygulamasıyla kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunulmakta ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutulmaktadır. Kişilerin yaşamsal bulgularını alma, ilaçları uygulama, yara bakımı, tıbbi alet cihaz bulundurma, laboratuvar tetkiklerini yapma, poliklinik hizmetlerine sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlama, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri sunumu, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verme, evde hasta bakımı verilmesi gibi hizmetler yerine getirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, bireylerdeki farkındalık durumu önemli bir unsurdur. Sorunun farkında olan kişi hizmeti talep eder ve hizmetten faydalanır. Fakat farkındalığın ve talebin az olduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin talep edilmese dahi bireyi koruma adına, tüm bireylere sunulması ve bu hizmetlere farkındalığın artırılması gerekir. Bu nedenle aile hekimliği uygulamasında mevcut yürütülmekte olan programlar farkındalık yaratmayı hedefleyen programlardır.

Çalışmada sağlık hizmetinin sunumuna olumlu katkısı olduğu düşünülen aile hekimliği uygulaması anket yöntemi kullanılarak hasta sağlığı etkileri açısından değerlendirilmiş ve aile hekimliği hizmetinden faydalanan toplam 285 bireyle anket çalışması yapılmıştır.

Çok disiplinli çalışmaya ihtiyaç duyulan bu alanda, aile hekiminin yanına aldığı bir aile sağlığı elemanı ile aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir.

Bu doktorlar kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Değerlendirmede hasta ile iletişim önemli rol oynar. Hastanın doktorunu kendi seçmesine izin veren uygulama biçiminde iletişimin kalitesi artmış olacak bu durum hasta memnuniyetini artıracaktır. Çalışmaya katılanların% 62,8 i aile hekimini kendisi seçmiştir.

Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Hasta ve çalışan personel arasındaki iletişim, fiziki mekânın yeterliliği, muayene sırasında gizliliği sağlayan tedbirlerin alınmış olması gibi faktörler memnuniyeti artırıcı faktörlerdir.

Memnuniyeti sağlamada aile hekiminin ve hekim dışı personelin ilgili ve güler yüzlü olması sağlık hizmet sunumunu iyileştiren nedenlerden biridir. Araştırmaya katılanların % 90,9 u aile hekimliği personellerinin ilgili ve güler yüzlü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %78,9 u fiziki mekânı ısı, ışık ve aydınlatma açısından yeterli bulmuştur.%94,7 si mahremiyetine özen gösterildiğini belirtmiştir.

Aile hekimleri tanı işlemlerini değerlendirirken tahlil isteyen tanı hizmetleri için uygun laboratuvar koşullarının sağlanmasından sorumludur. Bu durum ikinci basamakta yığılmayı engellenmiş olacak ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır. Katılımcıların % 83,9 u kendilerine uygun laboratuvar koşullarını sağlandığını belirtmiştir.

Bağışıklama ve salgın yönetimi gibi topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilirliği yapılan çalışmayla ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasıyla kayıt altında olan ve olmayan nüfusa aşılama ve takip hizmeti verilmekte olup ve esas uygulayıcısı olan hekim dışı sağlık personeli bu hizmetlere ayıracak zamanı bulabilecektir. Ekipman, hem aşılama güvenliği, hem de ailelerle iletişim ve eğitim açısından uygun olmakta, rutin aşılar o merkeze başvuran dışındaki insanlara da aşılama hizmeti verilmektedir. Katılımcıların %89,1 i aşılama hizmetlerinin yerine getirildiğini ve %88,8 i bebek ve çocuk izlemlerinin yapıldığını belirtmiştir. Bu Yöntemle Bulaşıcı hastalıklar yakalanınca değil, salgın gerçekleşmeden önlenmiş olacaktır.

Aile hekimliği hizmeti yalnız tedavi edici olmayıp koruyucu hizmetler yönelik bilgi ve danışmanlık vb.. hizmetler içerdiğinden kronik hastalıklara karşı önleyici olabilecektir. Kronik hastalıklar, pahalı hizmet gerektiren hastalık gruplarındandır. Aile hekimliği uygulamasıyla başlatılan koruyucu hekimlik uygulaması ile bireylerin sağlığının iyileştirilmesi yanında sigorta sistemine de yansımaları olumlu olacaktır. Araştırmaya katılanların %76.5i koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilgilendirildiğini belirtmiştir. Araştırmaya göre aile hekimliği uygulamasıyla danışmanlık hizmeti verdiğini söyleyen katılımcıların oranı %85,3 tür.

Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek, Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak aile hekimlerinin görevleri arasındadır. Evde takibi zorunlu olan özürü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilebilmektedir.

Bireylerin ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının temel amacı bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıkların risk faktörleriyle mücadele etmeyi öncelikle bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmektir. Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetlerinin entegre yürütülmesi anlamına gelen entegre sağlık modeli, aile hekimliğidir.

Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelir. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi

Birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesiyle aile hekimliği uygulaması, kişiyeye yönelik koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakta, sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmakta, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermekte, Periyodik sağlık muayenesi yapmakta, Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamakta ya da bu hizmetleri vermekte, Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemeler yaparak hasta sağlığı üzerinde etkileri bulunmaktadır

KAYNAKLAR

- AK, B., 1990. "Hastane yöneticiliği", Ankara, Özkan Matbaacılık.
- AKDAĞ R., 2012. Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu.
- _____, 2004. "Aile Hekimliği Türkiye Modeli", Editor: Sabahattin Aydın, Mavi Ofset Yayıncılık, Ankara.
- AKDUR, R., 2000. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması" (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- AKSAKOĞLU, G., 2007. Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ödeme Modelleri: Ülke Örnekleri İskandinavya Örnekleri V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- ALGIN, K., ŞAHİN, Ş. ve TOP, M., 2004. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), ss.250–274.
- ARTUT, Ş., 1995. "Yaşlı hastaların Hastanenin Fiziksel Çevre Düzenlemesine Yönelik Yaşadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi". IV.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Bildiri Özet Kitapçığı.H.Ü. Hemşirelik Y.O. M.R.S.Salonları. Ankara.15-17 Kasım.
- ASLAN, Ş.,SEZGİN, M. ve HAŞILOĞLU, Ş., 2008. Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti Ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE). Sayı. 20.
- AVŞAR, N., 2010. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul
- ÇALIS, S., 2006. "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- ÇORUH, M., 1999. Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı. Hekimden Hekime Dergisi. Ek-Kas-Aralık-99.
- DEDEOĞLU, N., 2003. Özgürlük bol parası olan için var. Türkiye Tabipler Birliği. Tıp Dünyası Dergisi. Sayı: 108. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD108/19.php>. (Erişim: 10.06.2013).
- DEVEBAKAN, N., 2006. "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 1(8). İzmir.
- DİKİCİ, M. F. ve diğ., 2007. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Tıbbi Eğitim Dergisi. Sayı: 27, ss. 412-418.
- DİNÇ, G., 2007. "Birinci Basamak Sağlık Örgütlenme ve Finansman Sistemleri: Farklı Yaklaşımlar, V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Manisa.
- ECER, F., ve diğ., 2002. "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma" Standard Dergisi, Ankara, 490s.
- ENGİZ, O., 1997. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", Hastane Yöneticiliği. Ed: Hayran, O; Sur, H. Nobel Tıp Kitabevleri. www.merih.net/mi/woguzen21.htm. (20.03.20013).
- EREN, N. ve ÖZTEK, Z., 1993. "Sağlık Ocağı Yönetimi 6. Baskı", Palme Yayınları, Ankara

- ERSOY, K. ve ÖZGEN, H., 1995. "Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite", Sağlık Bakanlığı.
- ESATOĞLU, AE., ve ERSOY, K., 1997. Hasta tatminin ölçülmesi, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 120s.
- ESATOĞLU, E. A., 1997. Hastanelerde Hasta Tatminin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- FİŞEK, N., 1985. "Halk Sağlığına Giriş", Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırma Vakfı Yayınları, Ankara.
- FORBES, L.M., ve BROWN, N.H., 1995 "Developing a instrument for measuring patient satisfaction", AORN Journal, 61 (4), ss.737-743.
- GÜNAL, M., 2007. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini", Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- KARABULUT, B. A., 2013. Sağlıkta Kalite Yönetimi. http://www.malatyaguncel.com/author_article_print.php?id=921. Erişim: 10.06.2013.
- KARADAĞ, Z., 2007. Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- KARAHAN, K., 2000. Hizmet Pazarlaması, Beta Basım, İstanbul, 150s.
- KARDEŞ, S., 1994. "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın.
- KAVUNCUBASI, S., 2000. "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi",: Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KILIÇ B., 2007. Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri). V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- KILIÇ, S., 2006. Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- KISA, A., 2002. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- KORUKLUOĞLU, S., 2004. Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na Sunulan Bildiri, Afyon: 23-26 Nisan .
- KOVANCI, A., 2004. "Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?", İstanbul.
- KURTULMUS, S. 1998., "Sağlık Ekonomisi ve Hastane yönetimi" Değişim Dinamikleri Yayını. İstanbul.
- KURU, Y., 2010. "Alternatif Aile Hekimliği", Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul.
- LEEBOV, W. ve SCOTT, G., 1994. "Service Quality Improvement. "The Customer Satisfaction Strategy for Health Care". American Hospital Publishing, Inc.
- ODABAŞI, Y., 2004. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir.
- ÖZDEMİR, O., OCAKTAN E., ve AKDUR R., 2003. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(4), ss.207-216.
- ÖZTEK ., 1992. "Temel Sağlık Hizmetleri", Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara.

- ÖZTÜRK, M. M., 2002. “ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma” İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- ÖZTÜRK, S.A., 2005. Hizmet Pazarlaması, Ekin Kitabevi, Bursa, 5.baskı, 80s.
- PAYCI, Ö.S. ve ÜNLÜOĞLU, Ş.(b.t.).Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, 12.04.2010, <http://www.ailehekimirehberi.com/aile-dunyaaile.html>
- PEKCAN H. ve UĞURLUOĞLU Ö., 2001. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği, Yeni Türkiye, Yıl 7, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran, 841s.
- PEKDEMİR, İ.,1995. “Değişen Yönetim Anlayışı, En İyiyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi, 22(6), İstanbul.
- SARAN, U., 2007. Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt: 1, Sayı: 4, ss. 10-15.
- SARVAN, F., BERK, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2)
- SERİN, İ., 2001. Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- SOLAK, F., 2010. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Kütahya.
- SÖYLEYİCİ, T., 2010. Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Denizli.
- SUR, H., 1998. Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayın, İstanbul, s. 229-270
- ŞAFAK, Ş., YERTUTAN, C., ERKAL, S. ve ÇOPUR, Z., 2002. ”Hastane Yönetiminde Ev İdaresinin önemi”. 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı.16-18 Ekim.Eskişehir.
- TANRIKULU, S., 2004. “Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur”, Standard ve Ekonomik Teknik Dergis, 43(505), İstanbul.
- TAŞKIRAN MOHAMMAD, T., 2007. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, GÜ,SBE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2007.
- ÜNALAN, P., 2004. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Baskı, ss. 11-17
- WONCA , 2008. “ Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı”, Wonca World familydoctors. Caring for people EUROPE, ss:2- 37.
- YANIK, A., 2000. ”Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma”. Doktora Tezi. İstanbul.
- YILMAZ, M., 2001. “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçümü Hasta Memnuniyeti” C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2).
- ZORLUTUNA Y., 1997. “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler , 6. Ulusal Kalite Kongresi.

Internet Kaynakları

<http://www.ahuzem.gov.tr>
<http://www.ailehekimleri.net/index.php?option>
<http://www.ailehekimligi.karabükSağlık.gov.tr/index2.php>
<http://www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr/nedir.html>
<http://www.ailehekimirehberi.com>
<http://www.aile.gov.tr/images/sura/aile1.pdf>
<http://www.beyazonluk.com>
<http://bsm.gov.tr/ailehekimligi/tanimi.htm>
<http://www.doktorumonline.net/mid/articles/id/doktornedir.html>
<http://www.duzcetabip.org.tr>
<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/default.asp?mains>
<http://www.halksagligi.med.ege.edu.tr>
<http://www.hastane.com.edu.tr/universunum/erciyessunum.doc>
<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3370.doc>