



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİNİN İKİNCİ YILINDA  
ANTALYA İLİ KEPEZ VE KONYAALTI İLÇELERİNDE  
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. F. Yeşim KARAKOÇ**

**Antalya, 2014**



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİNİN İKİNCİ YILINDA  
ANTALYA İLİ KEPEZ VE KONYAALTI İLÇELERİNDE  
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. F. Yeşim KARAKOÇ**

**Tez Danışmanı: Doç.Dr. İlker BELEK**

*“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”*

**Antalya, 2014**

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışma s¼recimde desteklerini esirgemeyen, başta tez danıŐmanım Doç.Dr. İlker BELEK olmak üzere, Prof.Dr. Levent DÖNMEZ, Yard.Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY, Öğr.Gör.Dr. Hakan ERENGİN ve Öğr.Gör.Dr. Meltem AKDEMİR'e teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Çizelgeler Dizini	vi
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>2</b>
2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunda Temel Unsurlar ve Etkileri	2
2.1.1. Birinci Basamaktaki Hekim Sayısının Sağlık Göstergelerine Etkileri	2
2.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Taşınması Gereken Özelliklerin Sağlık Göstergelerine Etkileri	3
2.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	5
2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihi	5
2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine geçiş	10
2.2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Temel Uygulama Şekli	11
2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Ücretlendirilmesi ve Negatif Performans Uygulaması	14
2.2.5. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Sözleşmelerinin Sona Erdirilmesi İle İlgili Durumlar	16
2.3. Bazı Ülkelerin Birinci Basamak Yapılanması	17
2.3.1. Fransa	17
2.3.2. İngiltere	18
2.3.3. Almanya	18
2.3.4. İsveç	19
2.3.5. ABD	19
2.3.6. Küba	20
2.4. Birinci Basamak Özelliklerinin Değerlendirilmesi	20
2.4.1. İlk Başvuru Hizmeti ve Değerlendirilmesi	21
2.4.2. Süreklilik ve Değerlendirilmesi	23
2.4.3. Kapsayıcılık ve Değerlendirilmesi	24
2.4.4. Eşgüdüm ve Değerlendirilmesi	24
2.5. Araştırmanın Amacı	25
2.5.1. Kısa Erimli Amaçlar	25
2.5.2. Uzun Erimli Amaçlar	25

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	26
3.2. Araştırmanın Tipi	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarına Yönelik Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.2. Aile Hekimlerine Yönelik Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	31
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	32
3.6. Veri Toplama ve Anket Formu	33
3.6.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarına Hazırlanan Anket ve Uygulama	33
3.6.2. Aile Hekimlerine Hazırlanan Anket ve Uygulama	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	36
3.8. Araştırma Takvimi	38
<b>4. BULGULAR</b>	<b>39</b>
4.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarına Ait Tanımlayıcı Özellikler	40
4.1.1. Araştırmaya Alınan Hanelerin Özellikleri	40
4.1.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Özellikleri	42
4.1.3. Katılımcıların Algılanan Sağlık- Kronik Hastalık ve Sigara Kullanma Durumları	44
4.1.4. Katılımcıların İkamet Ettikleri Bölgeye Göre Bazı Sosyodemografik Özellikleri	44
4.2. Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Hekimliği Öncesindeki Çalışma Özellikleri	46
4.3. Sağlık Hizmeti Kullanımında İlk Başvuru ve Etkilendiği Değişkenler	48
4.3.1. Katılımcıların Herhangi Bir Sağlık Problemi Varlığında İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu	48
4.3.2. Katılımcıların En Son ve Bir Önce Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvurdukları Yer	51
4.3.3. Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kurumlarına Başvuru Durumu ve Aile Hekimlerine Başvuru Oranı	53
4.3.4. Katılımcıların Son Bir Yılda Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Sağlık Hizmeti Kullanmaktan Vazgeçme Durumu	54
4.4. Sağlık Hizmeti Kullanımında Süreklilik ve Etkileyen Değişkenler	55
4.4.1. Katılımcıların Aile Hekimlerini Bilme Durumu	55
4.4.2. Aile Hekimini Bilen Katılımcıların Sağlık Hizmeti Almak İçin Aile Hekimini Kullanmış Olma Durumları	57
4.4.3. Katılımcıların Son İki Başvurusunu Aile Hekimine Yapmış Olma Durumu (OHSS)	58

4.4.4. Katılımcıların Aile Hekiminden Hizmet Alma Özellikleri ve Memnuniyetleri	61
4.4.5. Hekimlere Ait Nüfus, Poliklinik Bilgileri	67
4.5. Sağlık Hizmeti Sunumunun Kapsayıcılığı ve Etkileyen Değişkenler	68
4.5.1. Aile Hekimini Bilen ve Hizmet Almak İçin Başvurmuş Katılımcıların Aile Hekimine En Çok Başvuru Nedenleri	68
4.5.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	69
4.5.3. Ev Ziyaretleri	72
4.5.4. 15-49 Yaş Evli Kadınların Yöntem Kullanma Durumları	74
4.5.5. Sağlık Hizmet Kullanıcılarından Son 2 Yılda Gebeliği Olanların Gebelik Özellikleri ve Bazı Sağlık Hizmetlerini Kullanım Özellikleri	75
4.5.6. Aile Hekimlerinin Gebe İzlemlerinde Yaşadığı Sorunlar	78
4.5.7. Sağlık Hizmet Kullanıcılarından Son 2 Yılda Doğum Yapmış Olanların Bebeklerinin İzlem ve Aşuları	80
4.5.8. Aile Hekimlerinin Bebek/ Çocuk İzleminde Yaşadığı Zorluklar ve Performans Kesintileri	83
4.5.9. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Aile Hekimini Tercih Ettiği Bazı Durumlar için Aile Hekiminin Yaklaşımı	85
4.6. Sağlık Hizmeti Sunumunda Koordinasyon ve Etkileyen Değişkenler	86
4.6.1. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının İlkokul 2. Sınıfa Giden Çocuklarının Okul Aşısı Durumu	86
4.6.2. Aile Hekimlerinin Kendi Nüfusuna ait Bazı Bilgilere Ulaşabilme-Haberdar Olma Durumu	87
4.7. Hekimlerin Aile Hekimliğinde Zorlandığı Yönler ve Aile Hekimi Olmaktan Duyduğu Memnuniyet	88
4.7.1. Hekimlerin Aile Hekimliğinde Zorlandığı Yönler	88
4.7.2. Hekimlerin Aile Hekimi Olmaktan Duyduğu Memnuniyet ve Etkileyen Değişkenler	90
4.8. Hekimlerin Aile Hekimi Olmayı Seçme Nedenleri ve Sistem Hakkındaki Durum ve Düşünceleri	93
4.8.1. Hekimlerin Aile Hekimi Olma Nedeni ve Aile Hekimliği Modeli Hakkında Bazı Değerlendirmeleri	93

4.8.2. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Modelini Birinci Basamak İçin Uygun Bulma Durumu	94
4.8.3. Aile Hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinin Sınıflandırılması İle Görüşleri	94
4.8.4. Aile Hekimlerinin Sisteminin Geleceği Hakkındaki Düşünceleri ve Uygulanan Model Hakkında Belirtmek İstedikleri Diğer Yönler	95
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>97</b>
5.1. Araştırma Yöntemi	97
5.2. Araştırma Bölgesinin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumları	98
5.3. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri, Aile Hekimliğine Geçiş Süreçleri ve Sistem İçinde Karşılaştıkları Zorluklar	100
5.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Taşınması Gereken Temel Özellikleri	104
5.4.1. İlk Başvuru Özelliği	104
5.4.2. Süreklilik Özelliği	113
5.4.3. Kapsayıcılık Özelliği	123
5.4.4. Koordinasyon Özelliği	134
<b>6. SONUÇLAR</b>	<b>138</b>
<b>7. ÖZET</b>	<b>146</b>
<b>8. ABSTRACT</b>	<b>147</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>148</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>163</b>
<b>Ek 1.</b> Etik Kurul onayı ile Antalya Valiliği ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü izin belgeleri	163
<b>Ek 2.</b> Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Anket Formu	166
<b>Ek 3.</b> Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerinde Çalışan Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Anketi	176
<b>Ek 4.</b> Hekimlerin Sistem / Uygulamalar Hakkında Belirtmek İstedikleri Diğer Düşünceler	183

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Aile hekimliği ve sağlık ocağı arasındaki farklılıklar	9
3.1. Konyaaltı-Kepez ilçelerinin bazı ortalama sosyodemografik özelliklerinin Antalya geneli ve Türkiye ile karşılaştırması	27
3.2. Küme başı seçiminin Kepez ilçesi üzerinden bir örnek ile gösterilmesi	31
3.3. Araştırma sürecinde ziyaret edilen hanelerle iletişim durumu	35
3.4. Sağlık hizmeti kullanıcılarına yapılan çalışmanın lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler ve özellikleri	37
3.5. Aile hekimlerine yapılan çalışmanın lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler ve özellikleri	38
3.6. Araştırma takvimi	38
4.1. Katılımcıların hane özellikleri	41
4.2. İkamet edilen bölgeye göre hanede yaşayan kişi sayıları	42
4.3. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri	43
4.4. Katılımcıların algılanan sağlık, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumları	44
4.5. Katılımcıların ikamet ettiği bölgeye göre bazı sosyodemografik özellikleri	45
4.6. Hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri	46
4.7. Hekimlerin meslek hayatı boyunca çalıştığı kurumlar ve süreleri	47
4.8. Hekimlerin aile hekimi olmadan önce en son çalıştığı kurum	48
4.9. Hekimlerin aile hekimliğinden önce en son çalıştığı yer	48
4.10. Katılımcıların sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda tercih ettikleri ilk sağlık kurumu	49
4.11. Aile hekimini tercih nedenleri	49
4.12. Katılımcıların herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	50
4.13. Aile hekiminden hizmet alan katılımcıların herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	51
4.14. Sağlık hizmeti almak için en son başvuru yeri	51



<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
4.15. Sağlık hizmeti almak için bir önce başvurulmuş yer	52
4.16. Katılımcıların en son başvurdukları kurumun aile hekimi olmasını etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	52
4.17. Son bir yılda aile hekimine başvuru durumu	53
4.18. Son bir yılda sağlık kurumlarına başvuru sayıları	53
4.19. Son 1 yıl ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu	54
4.20. Katılımcıların son bir yılda ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	55
4.21. Katılımcıların aile hekimlerini bilme, değiştirme ve hanede yaşayanlarla aynı hekime kayıtlı olma durumları	56
4.22. Katılımcıların aile hekimini bilme durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	57
4.23. Aile hekimini bilen katılımcıların sağlık hizmeti almak için aile hekimini kullanmış olma durumları	57
4.24. Aile hekimini bilen katılımcıların aile hekimine muayene olma durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	58
4.25. Katılımcıların son iki başvuruda aile hekimine başvurma durumu (Olağan hizmet sunucu sürekliliği)	59
4.26. Katılımcıların son iki başvurusunun aile hekimine olmasını (Olağan hizmet sunucu sürekliliğini) etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	59
4.27. Aile hekimini kullanan katılımcıların son iki başvurusunu aile hekimine yapmış olma durumunu (Olağan hizmet sunucu sürekliliğini) etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	60
4.28. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların bazı kullanım özellikleri	62
4.29. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların, aynı aile sağlığı merkezinde başka aile hekiminden hizmet alma ve problem yaşama durumu	63
4.30. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekiminden memnuniyet düzeyleri	63
4.31. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekiminden memnun olma durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	64

<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
4.32. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile sağlığı elemanı ile ilgili düşünceleri	65
4.33. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların daha önce sağlık ocağını kullanma durumu ve aile hekimliği ile kıyaslamaları	65
4.34. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcılara göre sağlık ocağı ile aile hekimliği arasındaki farklılıklar	66
4.35. Hekimlere ait nüfus, poliklinik bilgileri	67
4.36. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimine en çok başvuru nedenleri	68
4.37. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimlerine en çok ilaç yazdırma-tetkik-rapor için başvurma nedenlerini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)	69
4.38. Aile hekiminin koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince verebildiğini düşünme durumu	69
4.39. Aile hekiminin yeterli koruyucu sağlık hizmeti veremediğini düşünme nedenleri ve etki derecesi	70
4.40. Aile hekiminin koruyucu sağlık hizmeti vermede sorun yaşama derecesi	71
4.41. Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimlerinin, sağlığın korunmasıyla ilgili bazı konulara yaklaşımı	72
4.42. Aile hekimine göre aile sağlığı elemanının ev ziyaretlerine çıkma durumu	72
4.43. Aile hekimine göre aile sağlığı elemanı ev ziyaretine çıkmıyor ise nedeni	73
4.44. Sağlık hizmeti kullanıcılarının hanelerine aile hekimi veya aile sağlığı elemanının ev ziyareti durumu	73
4.45. 15-49 yaş evli kadınların yöntem kullanma durumları	74
4.46. Geri çekme yöntemi kullanan kadınların başka bir yöntem kullanması gerektiği hakkında aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından bilgilendirilme durumu	75
4.47. Hap-iğne-kondom kullanan kadınların yöntemi temin ettikleri yer	75
4.48. Katılımcıların son iki yılda gebelik durumu	75

<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
4.49. Son iki yılda gebe kalanların doğurmuş olma durumu	76
4.50. Aile hekimliği döneminde gebe kalmış olanların gebeliğine ait bazı özellikleri	77
4.51. Son iki yılda gebeliği olan katılımcıların lohusalık dönemi bilgileri	78
4.52. Hekimlerin gebe izleminde karşılaştığı sorunlar	79
4.53. Hekimlerin gebe izlemlerinden performans kesintisi olma durumu	79
4.54. Hekimin gebe performans kesintisine itiraz etme durumu ve sonucu	80
4.55. Araştırma bölgesindeki 0-2 yaş bebeklerin izlem ve aşılarının durumu	82
4.56. Hekimlerin bebek/çocuk izleminde yaşadığı zorluklar	83
4.57. Bebek-çocuk performans kesintisi olma durumu	83
4.58. Bebek-çocuk performans kesintisine itiraz etme durumu ve sonucu	83
4.59. Aşı performans kesintisi olma durumu	83
4.60. Aşı performans kesintisine itiraz durumu ve sonucu	85
4.61. Hekimin, aynı aile sağlığı merkezinde çalıştığı bir aile hekiminden kendine kayıt aldırarak isteyen hasta olduğu zamanki yaklaşımı	85
4.62. Hekimin kendisine kayıt aldırarak isteyen hastaların oturduğu bölgeyi dikkate alma durumu	86
4.63. Halen ilkokul 2. sınıfa giden çocukların 1. sınıftaki okul aşı durumu	86
4.64. Aile hekimine kayıtlı kişilerin okul aşı bilgilerinin aile hekimine eksizlik ulaşma durumu	87
4.65. Aile hekimlerinin kendi nüfusunun başka kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk tespit/izlemlerinin kendisine bildirilmesi kuralına uyulması hakkındaki görüşleri	87
4.66. Hekimlerin kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olduğunu düşünme durumu	88
4.67. Hekimlerin kendi nüfusundaki ölüm bilgilerinin hepsine ulaşabildiğini düşünme durumu	88
4.68. Aile hekimliğinde hekimlerin zorlandığı yönler olma durumu	88
4.69. Hekimlerin aile hekimliğinde zorlandığı yönler ve etki derecesi	89

<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
4.70. Aile hekimliğinde zorlanma derecesi	90
4.71. Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet derecesi	90
4.72. Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet	91
4.73. Aile hekimlerinin aile hekimliğinden memnuniyetsizliğine etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları	92
4.74. Hekimlerin aile hekimi olma nedeni, sistem hakkında bazı düşünceleri	93
4.75. Aile hekimliği sistemini birinci basamağa uygun bulma durumu	94
4.76. Aile Sağlığı Merkezleri'nin sınıflandırılması hakkındaki düşünceler	95
4.77. Hekimlerin aile hekimliği sisteminin geleceği hakkındaki düşünceleri	96
4.78. Aile hekimlerinin, sistem ya da uygulamalar hakkında belirtmek istediği başka şeyler olma durumu	96
5.1. Araştırma bölgesine ait bazı özelliklerin TÜİK Antalya verileri ile karşılaştırılması	98
5.2. Yıllara göre birinci basamakta kişi başı ortalama muayene sayısı	107
5.3. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, (%), Tüm Sektörler, Türkiye ve bizim araştırmamız	108
5.4. Yıllar içinde hekim sayıları	110

# 1. GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri, ilk kademedeki tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu tanımlar (1).

Temel Sağlık Hizmetlerinin önemine işaret eden 1978 yılında 134 ülkenin imzaladığı Alma Ata Deklerasyonu ile bu basamağın başvuru için ilk ilişki kurulacak kademe olması nedeniyle, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerin olabildiğince yakınına getirilmesi ve sağlık hizmeti sürekliliğinin sağlanması gerekliliğine dikkat çekilmiştir (2, 3).

Sağlığın sadece biyolojik bir süreç olmayıp, sosyo-kültürel bir olgu oluşu hekimlik mesleğinde kritik bir noktadır (4). Bu olgu her hekim için geçerli olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması noktasında toplum sağlığı açısından, özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde vazgeçilmez olandır. Küresel dünya koşulları ve sağlıkta bütüncül yaklaşımdan aşırı uzmanlaşma ile birlikte gelen uzaklaşma da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine daha da ağırlık kazandırmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri yerine getirebiliyor olması ve sağlık hizmet yapılanmasının da bu durumu desteklemesi halinde, bir toplumda kişilerin sağlık hizmet ihtiyacının %75-85'i birinci basamakta çözülebilir. Bu anlamda birinci basamak güçlü bir sağlık sisteminin temel taşıdır. Ancak politika yapıcılar ve halk, birinci basamağın birey ve toplum sağlığındaki rolünü ve bugünün sağlık düzeyindeki etkisini yeterince bilmemektedir (5). Oysa yapılan birçok çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin yararları kanıtlanmıştır.

Bu çalışmada amaç, Antalya'da iki yıldır uygulanmakta olan aile hekimliği çerçevesinde sunulan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken temel özellikler olarak tanımlanan; ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon özelliklerini yerine getirebilme düzeyinin araştırılmasıdır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunda Temel Unsurlar ve Etkileri**

#### **2.1.1. Birinci Basamaktaki Hekim Sayısının Sağlık Göstergelerine Etkileri**

Etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun sağlanması için birinci basamak hekim sayılarının artırılmasının, sağlık göstergeleri üzerine olumlu yönde etki gösterdiği izlenmektedir.

Amerika'da yapılmış 11 yıllık bir zaman serisi analizinde 10 bin kişiye düşen birinci basamak hekim sayısında bir artışın, bebek ölüm hızını %2,5, düşük doğum ağırlığını %3,5 azalttığı (6); Birleşik Krallık'ta 10 bin kişiye düşen genel pratisyen sayısında %15-20 artış ile akut hastalıklara bağlı hastane yatışlarında 100 binde 14, kronik hastalıklara bağlı hastane yatışlarında 100 binde 11 oranında azalma sağlanabildiği bulunmuştur (7).

İngiltere'de yapılan çalışmalarda da 15-64 yaş tüm ölüm nedenleri için, artmış birinci basamak hekim sayısının azaltıcı etki gösterdiği bulunmuştur. Hatta pratisyen hekim sayılarının, hastane mortalitesini azaltmada bile 100 yatak başına düşen toplam hekim sayısından daha etkili olduğu görülmüştür (7).

Amerika'da 50 eyaleti kapsayan 15 yıllık bir izlem çalışmasında; birinci basamak hekimin nüfusa oranının, izlem sürecinin dört periyodu içinde hem daha düşük maliyet hem de daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu ve tüm nedenlere bağlı mortaliteyi azaltmada anlamlı derecede katkı sağladığı görülmüştür. Bu ilişkinin de birinci basamakta çalışan aile hekimi, genel pediatrist ve genel dahiliye uzmanları içinde aile hekimi lehine şekillendiği görülmüştür. Bu durum, birinci basamak eğitimi almış aile hekimlerinin temel birinci basamak işlevlerini yerine getirebilme becerisinin daha iyi olmasından kaynaklanmaktadır (8).

Çalışmalar birinci basamak hekim sayısındaki artışın, hizmet sunumu yeterliliğin sağlanması üzerine etkileri ile gelir adaletsizliğinin olumsuz etkilerini bile azalttığını göstermektedir. Ancak birinci basamak hekim sayısının fazla oluşu ya da nüfusun tamamının birinci basamak hekime kayıtlı olması, herkesin –

özellikle bazı dezavantajlı grupların- birinci basamak sağlık hizmetine erişebildiği ya da gerekli hizmeti kullanabildiği anlamına gelmez (7).

### **2.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Taşınması Gereken Özelliklerin Sağlık Göstergelerine Etkileri**

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ayıran özelliği; bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, sağlığı sosyal bileşenleri ile değerlendiren ve koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren hizmet sunmasıdır. Araştırmalar, bu farklılıkları yerine getirebilmeyi sağlayacak etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için; sağlık hizmeti kullanımında ilk başvuru noktası olması, sürekli ve kapsayıcı hizmet sunması ve hizmet sunumunda koordinasyon sağlanmasını gerekliliğine işaret etmektedir (7, 8).

Erişimin kolay sağlanabilmesi için, insanların yaşadığı ve çalıştığı yere mümkün olduğunca yakın bir yerde sağlık hizmeti verilmesi, sağlık bakımı sürecinin ilk koşuludur (5). Birinci basamak hizmetlerine erişimin geliştirilmesi, ilk başvuru ve sürekliliğin sağlanmasına da katkıda bulunur. Uluslararası çalışmaların sonuçları, sürekli erişimin sağlandığı kapsayıcı birinci basamak sağlık hizmetinin varlığının hem erişkinler hem de bebekler için azalmış mortalite oranı sağladığı yönündedir (6). Üstelik düzenli bakım kaynağının birinci basamak olmasının uzman hekim oluşuna göre daha düşük mortalite, morbidite ve yıllık sağlık maliyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (8, 9, 10).

Birleşik Krallık'ta, birinci basamak sağlık hizmetinin etkinliğini göstermek adına, diyabet için birinci basamak hekimlerine ek eğitim ve destek sağlandığında; sonuçların özellikle hastaların glisemik kontrolü ve ölüm oranı açısından, hastanede uzman bakımından farklı olmadığı ya da daha iyi olduğu bulunmuştur (7).

Birinci basamağa erişim önündeki engellerin kaldırılması ile sürekli ve kapsayıcı hizmet sunumunun sağlanması ile sosyal eşitsizliklerin bazı olumsuz etkileri dahi azaltılabilir (5, 6, 11). Bebek ölümlerini azaltmadaki etkilerinde; gebelikte alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kötü beslenme etkileri gibi ana sağlığı sorunlarıyla başa çıkma uygulamalarının

rolü yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun gelir eşitsizliklerinin olumsuz etkilerini dahi azaltıcı etkisinin, yüksek gelir eşitsizliği yaşanan bölgelerde daha fazla görülen bu gibi olumsuz etkilere yaptığı müdahalelerin de katkısıyla sağlandığı görülmektedir (6).

Sürekli sağlık hizmeti alabilme durumu ve bakım alınan kaynağın türü gelir gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bu aşamada birinci basamak, yoksul nüfus gruplarının daha kolay erişebildiği sağlık kurumu ve ilk temas noktası olma niteliği ile sağlık sisteminin kalanına kolay erişimi de sağlar (7). Düzenli olarak bir hekime başvurabiliyor olmak, herhangi bir sorun için aranan bakımda gecikme ve son bir yılda acile başvurma ihtiyacı yaşanmasında bireylerin sigorta sahibi olmasından daha olumlu yönde etki göstermektedir (12).

Brezilya’da stratejisi birinci basamak ilkelerini (ilk başvuru, etkin-sürekli erişim, kapsayıcılık, koordinasyon, iyi kalitede sağlık hizmeti) yerine getirmek olan ve her ekibin yaklaşık 3500’er kişilik bölgelerden sorumlu olduğu “Family Health Strategy” uygulamalarının hastaneye yatış oranlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada elde edilen sonuçlar dikkat çekicidir. Uygulamayı takip eden dört yıl içinde hastaneye yatış oranının, birinci basamağa ait sağlık sorunlarında %18, birinci basamağa ait olmayan sağlık sorunlarında ise %8 oranında azaldığı saptanmıştır (13).

Birinci basamakta toplum sağlığını geliştirmeye yönelik programlar uygulanarak, önemli sağlık göstergelerinde büyük iyileşmeler sağlanabilir. Bolivya’da bu yönde yapılmış bir çalışma ile 5 yaş altı ölüm oranları azaltılmış; Costa Rica’da birinci basamak reformları ile reformun sürdüğü her 5 yılda bir bebek ölüm hızında %40-75, çocuk ölüm hızında %13, yetişkin ölüm hızında %4 oranında azalma sağlanmıştır (sosyoekonomik göstergeler kontrol edildiğinde) (7).

Birinci basamak özelliklerinin düşük derecede yerine getirilebilmesi ise kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin kapsamı ve sağlık göstergelerinin düzeyi açısından 11 batılı sanayileşmiş ülkenin karşılaştırıldığı bir çalışmada, yaşam beklentisi ve yaşa göre düzeltilmiş ölüm oranlarının, birinci basamak sağlık hizmeti özelliklerinin (ilk başvuru-erişilebilirlik-kapsayıcılık-eşgüdüm) yerine getirilebilme gücü ile uyumlu olduğunu bulunmuştur. Sonuçlar 13 ülkede daha sonra yapılan araştırmalar ile



teyit edilmiştir (7, 8). Aynı yöntemle, Amerika dahil 18 sanayileşmiş ülke için yapılan karşılaştırmalar da kişi başı gelir, alkol-tütün tüketimi, nüfus özellikleri kontrol edildikten sonra, birinci basamak yönelimi güçlü olan ülkelerde tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarının düşük olduğunu göstermiştir (7).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tam uygulanması ile elde edilecek kazanımlarla ilgili çalışmalar, dünyadaki çocuk ölümlerinin %90'ının gerçekleştiği 42 ülkede, çocuk ölümlerinin %63'ünün önlenilebileceği yönündedir (7).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sonuçlarına olumlu etkileri olan temel özelliklerini yeterli derecede yerine getirebilme durumunun, destekleyici hükümet politikaları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (7).

## **2.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

### **2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihi**

Osmanlı döneminde, devlet eliyle yürütülen saraya ve orduya yönelik sağlık hizmetleri ile genelde büyük şehirlerde yer alan serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında alınan hizmetlerden oluşan bir sağlık yapılanması vardı. Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, hayra yönelik olarak kurulan hastane ve şifa evleri ile askeri tabip ve özel nitelikli vakıflarca bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetler olmuştur. 19. yy. sonlarına dek, halka sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır (14).

Türkiye’de kapsamlı birinci basamak sağlık örgütünün kurulmasını öngören ilk sağlık mevzuatı, 1871’de uygulamaya konulan Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi Tüzüğü’dür. Bu mevzuata göre hekimler, haftanın iki günü belediyenin belirlediği bir yerde parasız hasta muayenesi ve talep edenlere parasız aşı yapmakla görevlendirilmişti. Muayene günleri dışında hekimin daimi resmi görev yeri belirtilmemişti. Böylece uzun yıllar –kâğıt üzerinde kalmış olsa bile– kamu tarafından finanse edilmiş, ülkenin bütününe kapsayan bir sağlık örgütlenmesi kurulmuştur (15, 16).

1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş, 1914 yılında Dahiliye Nezareti ile birleşerek “Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti” oluşturulmuştur. Böylece,

yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (14).

Sağlık hizmetinin devletin birinci derece görevlerinden sayılması, 1920'de kabul edilen 3 sayılı yasa ile olmuştur. Cumhuriyet ilanı sonrası ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam dönemi, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verildiği ve bu hizmetlerin doğrudan genel bütçe olanakları ile sağlandığı bir dönemdir. İllerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Diğer yandan, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere başvurulmuştur. Hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir. Üretilen hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir (14).

1946'da Dr. Behçet Uz döneminde hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin örgütlenmesinin kendine yeterli hale getirilmesi hedeflenmiştir (14). Nüfusun %75'ini oluşturan köylerde, yaklaşık 20.000 kişiye bir "sağlık merkezi" kurulması öngörülerek, adında "sağlık" kavramı kullanılan ilk birinci basamak sağlık kuruluşu oluşturulmuş (15) ve bu kuruluşlarda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin beraber verilmesi tasarlanmıştır (14).

Hem Milli Sağlık Planı hem de Plan'ın devamı niteliğindeki 1954 yılındaki Milli Sağlık Programı'nda halkı belli bir ücret karşılığı sigortalamak, finansman için sağlık bankası kurmak hedeflenmiştir (17). 1954'te hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması sonrasında, hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar elde edilirken, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybetmiş, ihmal edilmiştir. Bu yıllarda etkin olmaya başlayan liberal görüş ve politikalarla -tüm alanlarda olduğu gibi- sağlık alanında özel sektörün gelişimi gündeme gelmiştir (14).

5 Ocak 1961 yılında, Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) ile sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi hedeflenmiştir (14). Yasa ile Türkiye sağlık hizmetlerinin 15 yıl içinde sosyalizasyonu öngörülerek, yılda 300 olmak üzere, 5 yılda 1500 sağlık ocağı açılması hedeflenmiş, ancak sadece 561 tanesi hizmete sokulabilmiştir (18). Bu uygulamada ebeler de hizmet ettiği köylerin birinde kurulacak olan sağlık evinde ikamet edecekler ve köy ve evleri gezerek hizmet vereceklerdi. Birinci basamak sağlık hizmeti birimlerine "ev" ve "ocak" adları verilerek, hizmet alan ve verenlerin ilişkisinin bir aile ya da topluluğun üyeleri gibi olması istenmiştir (15). Yasanın daha hazırlanışı sırasında birçok önemli madde kadük olmuş, bazı önemli maddeleri hiç uygulanamamıştır. Zamanla koruyucu ve ekip hizmetine dayalı birinci basamağın önemsendiği yapı zedelenmiştir (19). 224 Sayılı Kanun halkın sağlık hakkını piyasaya terk etmeyen, sosyal devletçi bir düzenlemedir. Bu yaklaşım daha sonra 1982 Anayasası'nın 56. maddesiyle devletin bu görevini kamu ve özel sektörün kurumlarından yararlanarak yerine getirmesi şeklinde bir düzenleme ile farklı bir şekil almış, özel sektör sağlık alanına dâhil edilmiştir (20). Aynı maddede genel sağlık sigortası kurulabileceğine ilişkin bir hüküm de yer almaktadır (17).

224 Sayılı Kanun sonrası, ilk uygulandığı yer olan Muş veya sonraki dönemlerde başka illerde yapılan hizmetlere ilişkin, kıyaslamalı bir Sağlık Bakanlığı verisi bulunmamaktadır. Ancak 224 Sayılı Kanun'un gerekleri ile hareket eden Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri'ndeki değişim açıktır (21). 1982 sonrası dönemde henüz sosyalleştirilemeyen illerde, yasal olarak belirlenmiş tamamlanma sürecinin kısa süre sonra dolacak olması acelesiyle, uygun şartları taşımayan ve tam donatılmayan yerlerin sağlık ocağı ve sağlık evi yapılmasını engelleyen yasa maddesi kaldırılmış ve çoğunlukla apartman daireleri kiralamak suretiyle süreç tamamlanmaya çalışılmıştır. Kişi başı hekim sayılarında da adaletsiz bir dağılım ortaya çıkmıştır. Bu ortam ise, sağlıkta piyasacı yönde yeniden bir yapılandırmayı getirecek olan bir sürecin hızlandırılmasına zemin oluşturmuştur (22).

Günümüzde geçerli olan Sağlıkta Dönüşüm için geliştirilen stratejilerin temeli 1990'daki Sağlık Sektörü Master Plan çalışmalarının ürünüdür. Aynı yıl Dünya Bankası ile Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmış ve Birinci Sağlık Projesi için kredi alınmıştır. Projenin uzun erimli amacı Sağlıkta Dönüşümü ifade etmektedir. Dünya Bankası değerlendirmelerinde Birinci Sağlık Projesi ve 1994'te imzalanan İkinci Sağlık Projesi, öngörülen hedeflere ulaşamaması nedeniyle yetersiz bulunmuştur. Örneğin, dönüşümle ilgili yasa tasarıları hazırlanmış olsa da yasalaştırılamamıştır. 2004 sonrası dönemde, hükümetin tek parti hükümeti oluşunun ve Dünya Bankası ile başka anlaşmalarla da Sağlıkta Dönüşüm'ün desteklenmesiyle proje daha başarılı biçimde uygulanmıştır (23).

Sağlıkta Dönüşüm'ün temel bileşenlerinden biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin dönüştürülmesidir. Sağlık Bakanlığı Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'ne; sağlık meslek birlikleri, akademisyenler, Devlet Planlama Teşkilatı, özel sektör temsilcileri ve sağlık iş kolundaki sendikaları davet edilmiş, tartışmada katılımcılar aile hekimliği ve özelleştirmeye karşı olduklarını ifade etmiştir. İkinci Kongre'de de tüm projelerin yeniden ele alınması gerektiğini ifade eden katılımcılara rağmen (24), 2004'te Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun kabul edilerek 2005'te Düzce'de uygulamaya konulmuştur (20).

Bakanlığın birinci basamak sağlık hizmetlerinin değişimi gerekçeleri, aslında 224 Sayılı Kanun'un uygulanmasındaki eksiklerden/hatalardan kaynaklanmaktaydı. 224 Sayılı Kanun ile belirlenen sınırlara göre (Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri'nin konuşulduğu yıllar için) mevcut sağlık ocağı olması gerekenden %41 eksikti. Bu haliyle bile binaların %36'sı kiralıktı. Kanun'un ilk halinde belirlenen sağlık ocağı açılabilme standartları ise uygulanmıyor; sağlık ocakları yetersiz fiziki olanak ve araç gereçler, motivasyonsuz personel ile hizmet yürütüyordu. Yine yasada yer alan sevk sistemi uygulanmıyordu (24). Hekim dağılımında da ülke genelinde adaletsizlik mevcuttu. Nitekim Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun'un kabul edildiği yıl olan 2004 yılı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre Akdeniz bölgesinde birinci basamakta çalışan hekim başı nüfus 4000 iken, Marmara bölgesinde bu sayı 7800 kişi idi (25). Sağlığa ayrılan finansman ve bunun içindeki koruyucu hizmetlere

ayrılan payın yetersizliği de ayrı bir sorundu. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı yürütme yetkisi kendisinde iken yürürlükte olan yasayı uygulamamasından kaynaklanan sorunları tespit ediyor, ancak çözüm için var olan hazır sistemi güçlendirmek yerine, bu konuda söz sahibi olması gereken kişi-kurumları hiçe sayarak, her şeye sil baştan başlamak istiyordu (24). İki sistem arasındaki farklar Çizelge 2.1’de görülmektedir.

**Çizelge 2.1.** Aile hekimliği ve sağlık ocağı arasındaki farklılıklar.

<b>SAĞLIK OCAĞI</b>	<b>AİLE HEKİMLİĞİ</b>
Ekip hizmeti sunulur. Çalışanlar birbirlerinin eksiklerini kapatır, bilgilerini paylaşırlar.	Ekip çalışması yok edilmekte, hekimlerin kendi ofislerinde hizmet vermesi öngörülmektedir. Hasta sayısı üzerinden ücretlendirilme ile rekabete açık bir hekim tipi oluşturulmaktadır.
Alt yapı açısından eşitlikçidir.	Eşitlik yok, sınıflandırılmıştır (A, B, C, D).
Çalışanların iş güvenliği vardır.	Çalışanlar sözleşmelidir. Sistemin getirdiği piyasacı yaklaşıma uyum sağlamak zorundadırlar.
Sağlık Ocakları ve Sağlık evleri aracılığıyla kır ve kentte yaygın hizmet verilir.	Kırdaki hizmetler, aile hekimlerinin ziyaretlerine bırakılmıştır.
Bölge temelli ve topluma odaklıdır. Toplumu tanıyıp- etkileşerek sağlığı etkileyen bileşenlerin farkına varılır.	Bölge temelli yaklaşım yoktur. İsteyen hastalar başka bölgeden aile hekimine kayıt olabilecek, bu da koruyucu hizmetlerde aksamaya ve salgın gibi durumların geç tespitine yol açabilecektir.
Sahip olunan bölge ziyaretleri ile herkese ulaşılır, yeni taşınanlar tespit edilir.	Kayıtlı olmayanlar hizmet talep etmedikçe farkına varılması güçtür. Kayıtlı olanların ikamet değiştirmesi, kendi talebi olmadıkça güç fark edilir.
Sağlık ocağından herkes hizmet alabilir, ücretsizdir.	Reçeteli hizmette katkı payı alınır. Dolayısıyla yoksulların sağlık hizmeti alımının kötüleşeceği beklenmelidir.

### **2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçiş**

24.11.2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”, 09.12.2004 tarihinde 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmış ve Türkiye birinci basamak yapılanmasında yeni bir döneme girmiştir (26) [Kanunun adı, 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin 58. maddesiyle ilgili maddede geçen “pilot olarak” ibaresi yürürlükten kaldırılarak “Aile Hekimliği Kanunu” şeklinde değiştirilmiştir (27)].

Düzce’de belirlenen 14 birimde, 16 Mayıs 2005 tarihinde prepilot uygulamaya başlanmış, 15 Eylül 2005 tarihinden itibaren de ilin tamamında pilot uygulamaya başlanması kararı alınmıştır (28). Ardından, 2006 yılında sırasıyla Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane’de aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Sistem, 2009 yılı sonunda toplam 35 ilde yürütölürken, 13.12.2010 itibariyle de tüm Türkiye’de aile hekimliğine geçilmiştir (29).

Aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimliği yapacak hekimlere iki aşamalı eğitim tasarlanmıştır. İlk aşama eğitimlerin süresi en çok 10 gün olarak ifade edilirken, ikinci aşama eğitimler uzaktan eğitim şeklinde 12 ay olarak planlanmıştır. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur (1). İkinci aşama eğitimler internet üzerinden gerçekleştirilmekte ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi’nin hazırlamış olduğu uzaktan eğitim teknik altyapısı kullanılmaktadır. Geliştirilen eğitim programında dersler, elektronik öğrenme (e-öğrenme) modüllerinden oluşmaktadır. E-öğrenme modüllerinde ölçme ve değerlendirme için ilerleme (ön test - son test) ve bitirme sınavı uygulanmaktadır. Bitirme sınavı (final sınavı), tüm modüller tamamlandıktan sonra yapılacaktır. Modüllerden %50 üzeri başarı sağlayanlar bir sonraki modüle geçebilmektedir. Bitirme sınavında da 100 üzerinden değerlendirmede 70 ve üzeri puan başarılı sayılacak, başarılı olamayanlara ise bir kereye mahsus olmak üzere bir ay içinde sınav tekrarı yapılacaktır. İkinci aşama eğitimlerini başarıyla tamamlayanlar için özel belge düzenleneceği ibaresi geçmektedir (30).

### 2.2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Temel Uygulama Şekli

Uygulamanın başlangıcında kişilerin aile hekimine ilk kaydı, ilgili müdürlükler tarafından ikamet ettikleri bölge göz önüne alınarak yapılır, sonrasında isteyenler “bölge sınırlaması olmaksızın” istedikleri aile hekimini seçebilirler. Zorunlu haller dışında 3 aydan önce aile hekimi değiştirilemez (1).

Aile Hekimliği Kanunu’nda, her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; en az 1000, en çok 4000'dir (27), şeklinde belirlenmiş olmakla birlikte nüfus 4000 kişiyi aşabilmektedir. Ancak 4.000 'den fazla olması hâlinde, kayıt tarihi esas alınmak üzere bu sayıları aşan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmaz (31). Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir (27).

Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı “aile hekimliği birimi”; bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu “aile sağlığı merkezi” olarak tanımlanır (1).

Aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler aile hekimi olarak görev yapabilir. Aile sağlığı elemanı olarak ise aile hekimi tarafından belirlenen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni çalışabilir. Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için kadrosunun bulunduğu kurumun muvafakati aranır (1). Sözleşmenin süresi 2 mali yıl ile sınırlıdır (31).

Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak, zorunlu haller dışında yılda bir kez olmak üzere, yönetici seçerler. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu kişidir ve müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonu sağlamakla görevlidir. Ancak diğer aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde idari görev ve sorumluluğu yoktur (1).

Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, olağan dışı denetimler hariç, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde belirtilen hükümler çerçevesinde, altı aylık aralıklarla denetlenir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına

aykırı fiillerin tespit edilmesi hâlinde aykırılığın mahiyetine göre sonuçlandırılır (31).

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları; aile sağlığı merkezini yönetmek, çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak, gereken durumda sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak, verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak, kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek, çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak, evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerini yürütmektir (1).

Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esastır. Ancak ihtiyaç ve zaruret halinin tespiti ile (illerin sağlık personeli doluluk oranı, nüfus, coğrafi koşulları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurularak) haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet görevi verilebilir (32).

Aile hekimlerinin, mesai saatleri dışında yerinde ölü muayenesi hizmetlerinde, öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere kamu hastaneleri dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerle icap nöbeti şeklinde görevlendirilmesi yapılır.

Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile adli tabiplik hizmetlerinden mesai saatleri içinde aile hekimleri sorumludur. Mesai saatleri dışında ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan



merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür (1).

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları; kişilerin hayati bulgularını ölçmek-kaydetmek, aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak, yara bakım hizmetlerini yürütmek, tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak, poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve diğer görevlerinde aile hekimine yardımcı olmaktır (1).

Aile hekimliği hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerinin yönetmelikte belirlenen asgari fiziki şartları taşıması, asgari tıbbi cihaz ve malzemelerin faal olarak bulundurulması gerekir. Faal olarak bulundurulması zorunlu tıbbi cihaz malzemelere, 2010 ve 2013 tarihli yönetmeliklerde, yönetmeliğin ilk hali olan uygulama yönetmeliğine ek olarak: EKG cihazı, defibrilatör gibi daha önce sağlık ocaklarında bulunması sağlanmamış cihazların bulundurulması zorunluluğu getirilmiştir (1, 33, 34).

Hizmet, yönetmelikteki asgari fiziki şartları taşıyan, Bakanlık, Halk Sağlığı Kurumu veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan binalarda, bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda verilebilir. Yönetmelikte bu mekanın, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esas olarak belirtilmektedir. Aile sağlığı merkezleri, taşıdığı standart bazı özelliklere göre (bazı fiziki şartlar, esnek mesai uygulaması, teknik donanım, ek personel sayısı gibi) A, B,C, D grubu şeklinde gruplandırılır. Bu gruplama gider olarak alacakları katkı miktarını etkiler (1).

Aile sağlığı merkezlerinin gruplandırılmasında en asgari düzey olan D sınıfı için; bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayın yapılması, tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanının asgari 20 m<sup>2</sup>, birden fazla aile hekimin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde her bir aile hekimi için ek 5 m<sup>2</sup> ilave alan olması, belgelendirmek kaydıyla her aile hekiminin haftalık asgari 10 saat

temizlik personeli çalıştırması, sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmasının sağlanması gereklidir.

Buna karşın, aile sağlığı merkezinin A sınıfı yapılabilmesi için ek olarak; hasta müracaatlarının elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmesi, muayene odasının asgari 14 m<sup>2</sup> olması, en az 10 m<sup>2</sup>'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası", gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m<sup>2</sup> 'lik müstakil bir oda oluşturulması, aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibinin yapılması ve elektronik ortamda kayıtlarının tutulması, müstakil asgari 5 m<sup>2</sup>'lik bir emzirme odası veya bölümünün olması, her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası, belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi başına ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birinin çalıştırılması, belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için ilave haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılması, birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılması, aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunması, engelliler için düzenlenmiş işlevsel tuvalet bulunması gerekmektedir (1).

Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmesi planlanmıştır (27).

#### **2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Ücretlendirilmesi**

Aile hekimine, izin, rapor ve Bakanlık tarafından verilen eğitimlerdeki görevlendirme süreleri hariç olmak üzere, çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır. Bu ödeme de aşağıda belirtilen kriterlere göredir:

1) Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Katsayılar, ödemeye esas olacak pozisyonun entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde olması hâlinde, nüfus ve coğrafi yapısı nedeniyle kayıtlı nüfusun zorunlu olarak düşük olduğu yerlerde farklılık göstermekle birlikte genel olarak aşağıdaki gibidir:

- 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,

- Gebeler için (3) katsayısı,
- 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,
- Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
- Diğer kişiler için (0,79) katsayısı esas alınır.

Katsayılarla o gruptaki kayıtlı kişi sayısının çarpılması ile oluşan puanların toplamı üzerinden, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk (1.000) puana kadar;

- Uzman tabip veya tabip için 2.167 TL,

- Aile hekimliği uzmanları için 3.139 TL, ödeme yapılır. 1.000 puanın üzerindeki puanlar için, söz konusu puanların 1,4418 değişken katsayısı ile çarpımı sonucunda bulunacak tutarda ayrıca ödeme yapılır.

2) Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti: Aile hekiminin hizmet verdiği yerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi esas alınarak yapılan ödemedir.

3) Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi asgarî fizikî ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için, her ay tavan ücretin %50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme yapılır (31).

Her aile hekimine ek olarak, her ay için aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre, tavan ücretin aşağıda belirlenen oranı kadar ödeme yapılır:

- D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %10'u.
- C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %20'si.
- B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %35'i.
- A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %50'si.

4) Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri: Gezici sağlık hizmeti verilen her yüz kişi başına tavan ücretin binde onaltısı oranında yapılan ödemedir.

5) Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri: Müdürlüğün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılan tetkikler için belge karşılığında yapılan ödemedir (31).

Aile hekimine ödenecek ücretten, aşılama (her bir aşı için ayrı ayrı olmak üzere), gebe, bebek-çocuk takibi için hizmeti esas alınarak aşağıda belirtilen başarı oranları ayrı ayrı değerlendirilerek gerekli kesintiler yapılır:

- Aylık başarı oranı, %98 - %97 ise tavan ücretin %2'si,
- Aylık başarı oranı, %96 - %95 ise tavan ücretin %4'ü,
- Aylık başarı oranı, %94 - %90 ise tavan ücretin %6'sı,
- Aylık başarı oranı, %89 - %85 ise tavan ücretin %8'i,
- Aylık başarı oranı, %85'ten daha düşük olanlar için tavan ücretin %10'u şeklinde.

Toplam kesinti miktarı tavan ücretin %20'sini geçemez (31).

### **2.2.5. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Sözleşmelerinin Sona Erdirilmesi ile İlgili Durumlar**

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanının sözleşmesi, kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle (aylık yapılan üçüncü bildirimde) bin kişinin altına düşmesi, mücbir sebepler hariç, özürsüz olarak kesintisiz on gün görev başında bulunulmaması, sağlık sebebiyle bir sözleşme döneminde yüzseksen günü aşan süreyle görevin ifa edilememesi, mesleği ile ilgili alanlarda faaliyet gösteren gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerinin temsilcileri ile etik dışı haksız çıkar ilişkisinde bulunulduğunun tespit edilmesi, menfaat karşılığında gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlendiğinin tespit edilmesi, gözüaltına alınması veya tutuklanması hâlinde görevi başında bulunamama süresinin sekiz haftayı aşması, aile hekimi veya aile sağlığı elemanı sıfatı ve görevi ile bağdaşmayacak nitelik ve derecede yüz kızartıcı ve utanç verici hareketlerde bulunmak gibi durumlarda vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir. Hangi durumlar için tekrar-ne zaman çalışılabilineceği durumu ilgili yönetmelikte belirtilmektedir.

Ayrıca, Ödeme Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Ek -2'de yer alan fiilleri işleyen aile hekimlerinin bir sözleşme dönemi içinde, verilen ihtar puanlarının yüz puana ulaşması hâlinde sözleşme, ilgili vali tarafından sona erdirilir (31).

## 2.3. Bazı Ülkelerin Birinci Basamak Yapılanması

### 2.3.1. Fransa

Fransa'nın ulusal sağlık sigorta sistemi vardır. Çekirdek hizmetler için temel sağlık sigortası kapsamı %99,9 olmakla birlikte neredeyse tüm nüfusun tamamlayıcı özel sağlık sigortası vardır (%96) (35, 36).

Üç aydan fazla süreyle Fransa'da kalan herkesin ulusal sağlık sigortası için kayıt yaptırması gerekmektedir. Bu yapıldıktan sonra, bireysel elektronik ortamda ulusal sigorta haklarını gösteren bir kredi kartına benzer “Carte Vitale” verilir. Carte Vitale, aynı zamanda sağlık uzmanları ve sigorta arasında hızlı bilgi alışverişini sağlar (37).

2004 yılında aile hekimine gönüllü katılıma dayalı isteğe bağlı program başlatılmıştır. Bu uygulama ile hastaların, yasal zorunluluk olmaksızın birinci basamakta çalışan bir hekime kayıt olmaları istenmiş ve birinci basamaktan sevk olmaksızın yapılan doktor ziyaretleri için yüksek katkı payı uygulaması getirilmiştir. Nüfusun %85'inden fazlası birinci basamakta çalışan hekime kayıtlıdır (38).

Fransız sağlık sistemi ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmesine rağmen, tedavi hizmeti kullanım noktasında ücretsiz değildir; hastalar genellikle, kısmen hükümet tarafından iade edilen, bir ön ödeme yaparlar. Carte Vitale sistemi bu geri ödemenin genellikle derhal olduğu anlamına gelir.

Hasta, gönüllü özel sağlık sigortasının bir üyesi ise “Ticket Moderateur” olarak bilinen ulusal sağlık sigortası tarafından kapsanmayan kalan maliyetleri geri ödenebilir. Bir hasta genel pratisyene kayıtlı değilse, sağlık bakım maliyetinin gönüllü özel sağlık sigortası tarafından karşılanması mümkün değildir; yüksek bir eş ödeme yapmakla yükümlüdür. Bu, Fransız vatandaşına bir doktora kayıt olması için güçlü bir teşvik sağlar (37).

Serbest meslek uzmanlarına (çoğunlukla ayakta tedavi) hizmet başı olarak ödeme yapılır ve tarifeler sağlık profesyonelleri ile sigorta yöneticileri ve temsilcileri arasında çok yıllık anlaşmalarda müzakere edilir. Bunlar daha sonra Sağlık Bakanlığı'na onay için gönderilir. Son zamanlarda hekimlerin uygulamalarının kalitesini ve verimliliğini artırmak için mali teşvikler bireysel sözleşmeler yoluyla uygulanmıştır (37).

### **2.3.2. İngiltere**

Ulusal sağlık sistemine sahiptir (NHS) ve bu sistem çekirdek sağlık hizmetlerinin tamamını kapsar (36,39) ve sevk olmadan ikinci basamağa başvuru yapılamaz (40).

1998'den itibaren birinci basamakta çalışan hekimlere performansa dayalı ücretlendirme yapılmış, 2008 itibariyle de genel pratisyenlerin ödemeleri doğrudan birincil bakım işletmeleri (Primary Care Trusts) tarafından yapılmaya başlanmıştır. Burada, kişi başı ve performansa göre ödeme sistemlerinden oluşan karma bir ödeme sistemi vardır (39). Birincil bakım işletmeleri eğer isterlerse genel pratisyenler yerine özel şirketlerle de pazarlık yapma ve genel pratisyen istihdam etme hakkına sahiptir (41).

2010 için genel pratisyen başına ortalama 1567 hasta düşmektedir ve genel pratisyenlerin kapı tutucu işlevi vardır (40).

### **2.3.3. Almanya**

Yasal sağlık sigortası Almanya nüfusunun yaklaşık %85'ini kapsamaktadır (42). Ulusal sigortanın çekirdek sağlık hizmetleri kapsamı %89,1 olup, nüfusun %20,2'si tamamlayıcı sigorta sahibidir (36).

2004'te birinci basamak gönüllü Aile Hekimi modeline geçilmiştir. Ancak bu sisteme kayıt zorunlu tutulmamıştır. 2007'de kamu sigortalılarının 1/5'i bu sisteme kayıt yaptırmıştır (35, 42).

Birinci basamağa kapı tutuculuk rolü verilmemiş olsa da, ilk başvuruyu teşvik etmek için 2013 yılına dek sevk almadan ikinci basamağa gidenlerden katkı payı alınmaktaydı (35).

Aile hekimlerine yapılan ödeme hastalık fonları ve hekimler arasındaki anlaşma ile hizmet başı olarak gerçekleşmektedir. Zamanla sigorta şirketlerinin hekimlere müdahalesi artmış ve aile hekimleri kendilerine başvuran hastanın şikayetlerinin nedenini anlayabilmek için ayrıntılı değil, daha basit ve ucuz tahlillere başvurmaya başlamıştır. Bu durum kimi zaman hekimlerin doğru tanıda bulunmalarını zorlaştırmış, kimi zaman hastayı uzman hekime sevk etmekte de geç kalınmıştır. Benzer nedenlerle, hekimler kendilerine daha çok para kazandıran

özel sağlık sigortasına üye hastalarına öncelik vermeye başladıkça, kamu sigorta şirketlerinin üyeleri randevu almak için daha fazla beklemek zorunda kalmıştır (43).

#### **2.3.4. İsveç**

Tüm vatandaşları kapsayan kamu sağlık finansmanına sahiptir (44). Ulusal sigortanın çekirdek sağlık hizmetleri kapsamı %100'dür (36). 18 yaşından küçük belgesiz göçmenler sübvansiyonlu sağlık haklarına sahipken, belgesiz yetişkinler yalnızca sübvansiyonla edilmeyen acil bakım alma hakkına sahiptir.

İsveç genelinde toplam 21 ilçe konseyi için ulusal bir çerçeve olmasına karşın birinci basamak örgütlenmesi farklılıklar taşımaktadır. Birinci basamağa ilişkin özel uygulamalar giderek artmaktadır; İsveç genelinde kabaca 1/3'ü özel uygulamaları içerirken, bu oran bazı ilçelerde %50'den fazlasını bulmaktadır.

Stockholm dışında birinci basamağa kayıt zorunludur ve resmi olarak kapı tutuculuk işlevi vardır. İlk başvurunun birinci basamağa olmasını teşvik için, sevksiz hastane ya da uzman ziyaretlerinde yüksek katkı payı alınmaktadır.

Hekim ödemeleri riske göre hesaplanmış kişi başı ödeme, muayene başına ödeme, katkı payına benzer bir ödeme ve toplam ödemenin %2-3'ü oranında performansa dayalı ödeme şekillerinden oluşmaktadır. Performansa göre ödeme, koruyucu bakıma ve akılcı ilaç kullanımını teşvik eden uygulamalara bağlanmıştır (44).

#### **2.3.5. ABD**

2010 için vatandaşlarının %56'sı özel sigorta kapsamında, %27'si kamu sigortasına sahip (%14 medicare, yaklaşık %12'si medicaid, yaklaşık %1 askeri sağlık programı), %16'sı ise sigortasızdır. Sigortalı hastalar hekim ödemelerinin bir kısmından doğrudan sorumludur. Hekim ödemeleri kombinasyon şeklinde: Bazı özel sağlık planlarının ödemeleri ve bazı özel planların kişi başı ödeme uygulamaları ile bazı kamu programları tarafından ödenen ücretler.

Bazı yönetilen bakım planları haricinde resmi olmayan kapı tutuculuk fonksiyonu vardır (45).

### **2.3.6. Küba**

Küba'da birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve “consultorios” olarak bilinen küçük mahalle ofisleri ile ofis dışında çalışan hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Her ofis 1500 kişinin -aile olarak- sağlığından sorumludur. Entegre birinci basamak zincirinin ikinci halkası toplum poliklinikleridir (Community polyclinics). Her poliklinik aile hekimi ofislerine sevk için destek sağlar ve liderlik eder. Her poliklinik 20.000-60.000 hastadan yani, 40 ile 60 aile hekimliği bölgesinden sorumludur.

Bireylerin ofis ve ev ziyaretleri bakım sistemine kayıtlı olup, hem birey hem de aile düzeyinde değerlendirilir. Ancak, uygun, etkili, mahalle ölçeğinde müdahale ve çözümlerin tasarımı daha derin analiz ve anlayış gerektirir. Bunun için, aile hekimleri ve hemşireler bir yıllık sağlık durum analizi geliştirir. Bu analiz, sosyo-psikolojik, ekonomik, tarihi, coğrafi, kültürel ve çevresel özelliklerin bireyler, aileleri ve toplum düzeyinde etkisinin araştırılması, sağlık sorunlarının belirlenmesi ve düzeltici faaliyetlerin geliştirilmesi üzerinedir.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları içinde mahalle düzeyinde Toplumsal Cinsiyet ve Kapsamlı Çocuk Sağlığı İçin Gönüllü Sağlık Tugayları oluşturulmuştur. Hemşireler bu çalışmalarda öncelikleri belirler, gönüllülerinin koordinasyonu ve denetiminde rol alır. İşbirliği ile uygulamada olan programın tanıtımı için (örneğin pap-smear) kapı kapı dolaşılır (46).

### **2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı değerlendirilmesi için farklı özelliklerin ölçülmesi gerekir. Literatür çalışmaları, değerlendirmede kullanılması önerilen özellikler açısından tüm özellikleri kapsayan bir anket bulunmadığını göstermektedir (47).

Kanada'da literatür taraması ile birinci basamak ölçme aracı olarak kullanılan 17 adet geçerliliği onaylanmış aracın belirlenerek araçların en çok kapsadığı özelliklerin araştırıldığı bir çalışmada; mevcut araçlar tarafından en çok kapsanan özelliklerin erişilebilirlik, süreklilik, kişiler arası iletişim, hekimin hasta



beklentilerini karşılama ve mahremiyetine özen göstermesi ve klinik bakımın teknik kalitesi olduğu tespit edilmiştir (47).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken temel özellikler için birçok çalışmada kullanılan parametreler benzer olup, değerlendirmede özellikle dört başlık üzerinde durulmaktadır:

- a. İlk başvuru hizmeti (First Contact Care)/erişebilirlik
- b. Süreklilik (Longitudinality)
- c. Kapsayıcılık (Comprehensiveness)
- d. Eşgüdüm (Coordination) (5, 7, 48, 49, 50).

DSÖ'nün 2008 Dünya Sağlık Raporu'nda belirttiği özellikler içinde "ilk başvuru" hariç diğer 3 özellik yer almaktadır. Ancak birinci basamak hizmetinin tanımını bu özelliği vurgulayarak yapmıştır:

"Birinci basamak, tüm yeni ihtiyaçlar ve sorunlar için sisteme giriş sağlayan bir sağlık sistemidir." (48, 51).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken temel özellikler hem birbiriyle, hem de birinci basamak sağlık hizmetinin alt yapı ve insan gücünün yeterliliği ile de ilişkilidir (41).

Bu dört temel işleve ek olarak birinci basamakta aile merkezlik, toplum yönelimi ve kültürel yeterlik olması gerekliliğinden de bahsedilir. Bu gereklilikler sağlık çalışanlarının aile ve toplumu tanınması, iletişim kurması ve böylece sağlığın sosyal bileşenlerinin farkına varmasını sağlar (52). Toplum yöneliminin sağlanabilmesi için de aynı coğrafi bölgede ya da aynı kurum içinde yer alan bir toplum varlığı ile birlikte yukarıda bahsedilen dört temel işlevin yerine getirilmesi (41) ve belki de en önemlisi, hizmet alanların da bu kurumu sürekli sağlık hizmeti aldıkları yer olarak tanınması ve verilen hizmetlerden haberdar olması gereklidir (53).

#### **2.4.1. İlk Başvuru Hizmeti ve Değerlendirilmesi**

İlk başvuru hizmeti, kişinin herhangi bir probleminde, sorununun aciliyetine de bağlı olarak, ihtiyaç duyduğu sağlık bakımına erişebilmesi ve hizmeti kullanmasıdır (47, 53). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak oluşumunda temel amaç da bireylerin bir ilk başvuru

noktasında –birinci basamak sağlık kurumunda- karşılanmalarıdır. Bu şekilde bir sağlık profesyonelinin rehberliği en uygun bakım kaynağının seçimini kolaylaştırır (54). Böylece, doğrudan uzmana başvurulmasının yaratacağı hizmetin eşit olmayan kullanımı ve hizmet maliyetinin gereksiz yere artması da önlenmiş olur (53).

Kişiler ihtiyaç duyduklarında kuruma erişimde problem yaşıyorlarsa ilk başvuru özelliğinin gerçekleşmesi olanaklı değildir. Bu yüzden bazı tanımlarda, “her yeni ihtiyaç için ilk temas erişimi” (7), “ilk temas erişilebilirliği” (47, 55), “ilk temas erişimi ve kullanımı” (49) şeklinde ifadeleştirilmiştir ve değerlendirmelerde de erişilebilirlik özelliği ile bütünleşmiştir.

En kapsamlı ölçüm araçlarından birisi olarak değerlendirilen “Birinci Basamak Değerlendirme Aracı-Yetişkin Sürümü-Anketinde” ilk başvuru hizmetini değerlendirmek için, “Yeni bir sağlık probleminiz olduğunda, başka bir yere gitmeden önce kendi doktorunuza gider misiniz?”, “Ofis açıkken ve siz hasta olduğunuzda, aynı gün orada sizi görmek için biri olur mu?”, “Ofis kapalı olduğunda arayabileceğiniz bir telefon numarası var mı?” gibi sorular kullanılmaktadır (47, 49).

Erişilebilirlik; fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, coğrafi veya mali durumlar gibi birçok durumdan etkilenebilir (5, 48). Kişilerin hizmetleri ve ihtiyaçları tanınması ile tıbbi bakım için karar vermesi, hizmete erişim sürecinde ilk adımdır. Hizmetleri kullanma olasılığı, sağlık hizmetleri sunumu ile bireylerin ihtiyaçları, tutumları, inançları, önceki deneyimleri ve algıları arasındaki dengeye bağlıdır. Ayrıca hizmete erişimde karşılaşılan kullanım ücretleri ve bakım maliyetleri de farklı sosyo-ekonomik grupları farklı şekilde etkileyebilir. Bazı gruplar için erişim sorun olmayabilir, oysa bazıları için caydırıcı olabilir. Etkilenim, maliyetlerin büyüklüğüne, kullanıcının ihtiyacına ve ödeme yeteneğine bağlıdır. Eşit maliyetler mutlaka eşit erişimle sonuçlanmayabilir (56). Birinci basamak kurumlarının kar amaçlı olup olmaması da hizmete erişimi etkileyebilir. Örneğin Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen birinci basamak kurumları karşılaştırıldığında kar amacı gütmeyen kuruma erişimin daha iyi olduğu bulunmuştur (5). Erişimin önündeki engeller

kullanıcılar arasında memnuniyetsizliğe, tedavide gecikmelere ve daha kötü klinik sonuçlara yol açabilir (56).

Erişimi değerlendirmek için kullanıcıya, düzenli doktoru olma, son 12 ay süresince sağlık hizmeti gereksinimi olduğu halde alamama durumu (57) hekime başvuruda katedilen mesafenin uygunluğu ve hizmet almak için bekleme süresi gibi sorular yöneltilebilir (50).

#### **2.4.2. Süreklilik ve Değerlendirilmesi**

Süreklilik, her türlü sağlık ihtiyacına yanıt verecek, düzenli bir sağlık hizmeti kaynağı bulunmasıdır (50). Esas olarak tek bir hekimle olmak üzere, hekim-hasta arasındaki ilişkiyi ifade eder. “Benim hastam”, “benim doktorum” bağımlılığını oluşturur. Bu tanım uzunlamasına ya da boylamsal süreklilik (longitudinal or chronological continuity) olarak da ifade edilir. Sürekliliği sağlayabilmek için erişilebilirliğin sağlanması gerekir (58).

Sürekliliğin değerlendirilmesinde en başta, kişilerin sürekli bakım kaynağı olarak birinci basamak sağlık sistemini kullanıp kullanmadığı araştırılır (53). Bu nedenle, bireyin hizmet alacağı hekimi ve aile sağlığı elemanını tanıma durumları değerlendirilir (59).

Süreklilik genel tanım olarak bir sonraki ziyareti ifade eder (48) ve bu açıdan, belli zaman dilimindeki başvuruların ne kadarının birinci basamağa yapıldığının da sorgulanması gerekir (53). En son ve bir önce başvuru yapılan sağlık kurumu sorularak, ardışık iki başvurunun ne kadarının aile hekimine yapıldığının saptanması ile “olağan hizmet sunucu sürekliliği” değerlendirilebilir (60). Değerlendirmede sürekliliğe dair daha duyarlı bir yöntem olarak sevk edilenlerin de dahil edildiği bakım endeksi sürekliliğinden (The continuity of care index) bahsedilmektedir. Ancak olağan hizmet sunucu sürekliliğinden daha duyarlı sayılabilecek bir yöntem olsa da hesaplanmasında ve yorumda karşılaşılabilecek sıkıntıları vardır. Çalışmalarda bakım endeksi sürekliliği ile yüksek korelasyon göstermesi nedeniyle ölçümde sıklıkla olağan hizmet sunucu sürekliliği tercih edilmektedir (61).

Bireyin hekimini görmeye gittiğinde; hekiminin sorununu anladığını hissettirmesi, bireyi anlayabileceği şekilde bilgilendirmesi, bireye yeterince

zaman ayırması, mevcut durumu hakkında gerekli bazı geçmiş bilgilere sahip olma özellikleri süreklilikle ilgilidir (49). Bu açıdan bakıldığında süreklilik, hizmeti alanlar ve sunanlar tarafından da ortak kabul gören bir sağlık hizmeti ortamı sunulmasını tanımlar (59).

Uygulamada sürekliliğin bireysel boyutu olduğu kadar toplumsal boyutu da önem kazanır. Çünkü süreklilik, tanımlanmış ve kısa sürede değişiklik göstermeyen bir toplumun varlığını gerektirir ki, birinci basamak kurumu, toplumu tanıyarak verdiği hizmeti değerlendirebilsin ve değişen gereksinimleri karşılayabilsin (41).

#### **2.4.3. Kapsayıcılık ve Değerlendirilmesi**

Kapsayıcılık, birinci basamak sağlık hizmetinin; koruyucu hizmetler, sık görülen hastalıkların tanı ve tedavisi, sağlık düzeyinin artırılması, kronik hastalıkların yönetimi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve bazı durumlarda sosyal hizmetlerini de içerecek şekilde uygulanmasını ifade eder (47, 48). Bu denli geniş bir yaklaşımı sunabilmek ise ekip çalışmasını gerektirir (50).

Kapsayıcılık; aşılama hizmeti, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, tarama testleri, birey ya da ailesinde alkol- uyuşturucu problemi sorgulama durumu, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında tavsiyede bulunup bulunmadığı gibi sorular sorularak değerlendirilebilir (49, 50). Tanımlanan hizmet yelpazesi ile ilgili uygulama koşulları, tesis ve ekipman düzeyi ve birinci basamakta hizmet sunanların mesleki becerilerini değerlendirmeye yönelik sorular da sorulabilir (48). Ayrıca zaman zaman süreklilik ve eşgüdüm ile bağlantılı olması nedeniyle sevk oranının değerlendirilmesi yaklaşımı vardır. Bu anlamda hizmet verdiği toplumda ortaya çıkan sorunların %90'ına cevap verebilme kapasitesi değerlendirilir (50).

#### **2.4.4. Eşgüdüm (koordinasyon) ve Değerlendirilmesi**

Eşgüdüm, birinci basamak kurumun, bireyin daha önceki sorunlarından ve aldığı hizmetlerden haberdar olması ve bu bilgiyi mevcut bakım ihtiyaçlarına taşımasıdır (52). Eşgüdümün sağladığı bilgi paylaşımı sayesinde tanı testleri ve hizmet tekrarı da önlenmiş olur (62). Eşgüdüm gerçekleşmediği takdirde ilk

başvuru sadece yönetsel bir fonksiyon olarak kalırken, kapsayıcılık ise zorlaşır (41).

Eşgüdümün gerçekleştirilmesi için başvurular arası bilgi aktarımını sağlayan bir devamlılık gerekir (50). Eşgüdüm, birinci basamakla ikinci basamak, tedavi edici hizmetle koruyucu hizmet arasında bir arayüz oluşturur (48).

Eşgüdümün değerlendirilmesinde bireye başka bir yerden sağlık hizmeti aldığımda hekimin haberi olup olmadığı, sonuçları ile ilgilenip ilgilenmediği yönünde sorular sorulabilir (49). Ayrıca hastaların başvuruları ile ilgili her zaman ulaşılabilir kapsamlı bir kayıt tutulması durumu ve sevk edilen hastalara ilişkin alınan geri bildirim oranı da eşgüdümün değerlendirilmesi için kullanılabilir (50).

## **2.5. Araştırmanın Amacı**

### **2.5.1. Kısa Erimli Amaçlar**

- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun ilk başvuru özelliğini karşılayabilme durumunu saptamak,
- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun süreklilik özelliğini karşılayabilme durumunu saptamak,
- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kapsayıcılık özelliğini karşılayabilme durumunu saptamak,
- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun koordinasyon özelliğini karşılayabilme durumunu saptamak,

### **2.5.2. Uzun Erimli Amaçlar**

- Aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmeti özelliklerini ne kadar karşılayabildiğini saptayarak gerekiyorsa uygulamada yer verilebilecek yaklaşımlar açısından yönetici ve uygulayıcıların dikkatini çekmek.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Antalya Batı Akdeniz Bölgesi'nde, ılıman iklime sahip bir kıyı ilidir. 2012 TÜİK verilerine göre toplam nüfusu 2.092.537 olup; araştırmanın yürütüldüğü Konyaaltı ve Kepez ilçeleri Antalya toplam nüfusunun %27'sini, merkez ilçelerin toplam nüfusunun ise %50,4'ünü oluşturmaktadır (63).

Konyaaltı ilçesinde asıl ekonomik ve ticari faaliyet, turizm sektörü ve bu sektöre bağlı olarak gelişen hizmet sektörüne dayanmaktadır (64). Özellikle kıyı kesimler, otel yerleşiminin yoğun olduğu, yerleşik halkın apartman ve sitelerde ikamet ettiği bölgeler iken; iç kesimlerde az da olsa köy tipi yerleşim ile bahçelerin yer aldığı bölgeler yer almaktadır.

Kepez ilçesi, Antalya'nın nüfusu en fazla olan büyükşehir ilçesidir ve Türkiye'de gecekondulaşmanın en yüksek olduğu ilçedir (65). 1970'li yıllara kadar, kimsenin uzun yolculuğa çıkmadıkça görmediği bir bölge iken, 1970'li yılların ortalarında başlayan göçler ile 1994'te önce belediye kurulmuş, 2008 yılında ise Varsak Belediyesi ile birleştirilerek Kepez ilçesi olmuştur (66). İlçede göç ve işsizlik yüksektir (65). Araştırmada veri toplama aşamasında edinilen izlenim; yaklaşık olarak yarısında bahçeli müstakil evlerin yer aldığı idi. Konyaaltı'na göre daha geniş aile yapısına sahip olup, bu kişiler kimi zaman aynı evde kimi zaman da yan yana evlerde ikamet etmekteydi. Bu tip mahallelerde gezerken komşuları bahçeler ya da evlerde toplanmışken bulmak, sık rastladığımız bir durumdu.

Çizelge 3.1'de Konyaaltı ve Kepez ilçelerinin bazı sosyodemografik özellikleri Antalya geneli ve Türkiye ile karşılaştırmalı olarak verilmiştir (67).

**Çizelge 3.1.** Konyaaltı-Kepez ilçelerinin bazı ortalama sosyodemografik özelliklerinin Antalya geneli ve Türkiye ile karşılaştırması\*.

	Konyaaltı-Kepez	Antalya	Türkiye
<b>15 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı (%)</b>	37,5	38	37,5
<b>15 yaş ve üzeri evli kadınların toplam nüfusa oranı (%)</b>	24,8	24,9	23,8
<b>15 yaş ve üzeri kadınların eğitim düzeyi (Toplam nüfusta) (%)</b>			
OY-OYD**	3,6	4,3	6,6
İlköğretim	19,9	20,1	19,4
Lise	8,3	7,5	6,7
Lise üzeri	4,1	4,0	1,5
Bilinmeyen	1,2	1,3	1,2
<b>15 yaş ve üzeri kadınların eğitim düzeyi (%)</b>			
OY-OYD**	9,8	11,6	17,7
İlköğretim	53,5	53,9	51,9
Lise	22,5	20,2	18
Lise üzeri	11,1	10,6	9,0
Bilinmeyen	3,2	3,6	3,3
<b>Toplam bağımlı nüfus oranı (%)</b>	-	43,0	48,4
<b>İşsizlik oranı (%)</b>	-	11,1	11,9

\* Yüzdeler araştırmacı tarafından hesaplanmıştır, yuvarlamadan dolayı % 100'in üzerinde çıkabilir.

\*\* Okur yazar-okur yazar değil

### 3. 2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Antalya Kepez ve Konyaaltı merkez ilçelerinde nüfusa ağırlıklandırılmış tabakalı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 15 yaş ve üzeri kadınlara ve bu bölgede çalışan aile hekimlerinin tümüne anket yöntemiyle yapılmış kesitsel analitik bir çalışmadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

#### 3.3.1. Evren büyüklüğü

Araştırmanın sağlık hizmeti kullanıcılarını kapsayan bölümünde araştırma evrenini Konyaaltı ve Kepez’de ikamet eden 15 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Evreni belirlemek için İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden Konyaaltı ve Kepez’deki aile hekimlerine kayıtlı 15 yaş ve üzeri kişilerin listesine ulaşılması planlanmış, ancak kayıtlı tüm bireylerin sayısına ulaşılabilmmiştir. Bu şekilde, aile hekimlerine kayıtlı nüfusun kendi bölgelerinde ikamet ettiği varsayılarak, Konyaaltı ve Kepez’de 564.005 kişinin kayıtlı olduğu tespit edilmiştir (TÜİK 2011 verilerine göre 547.081). TÜİK 2011 verilerine göre Konyaaltı ve Kepez nüfusunun %37,5’ünü 15 yaş ve üzeri kadınların oluşturduğu göz önüne alınarak (67) araştırma evreninin 211.502 kişiden oluştuğu öngörülmüştür.

Araştırmanın sağlık hizmeti sunucusuna ait bölümünde ise evreni Konyaaltı ve Kepez’de çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Antalya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden alınan liste ile evrenin tamamı olan Konyaaltı’nda çalışan 31, Kepez’de çalışan 115 aile hekimine ulaşılması hedeflenmiş, örneklem seçilmemiştir.

#### 3.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları için Ulaşılması Gereken Örneklem ve Kümelerin Seçilmesi

##### a. Örneklem seçimi

Örneklem seçimi; nüfusa ağırlıklandırılmış, tabakalı küme örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

Küme hesabı:

$$C = \frac{p \cdot (1-p) \cdot D}{S^2 b}$$

C: küme sayısı

p: prevalans (Türkiye’de kadınların, son 1 yıl içinde birinci basamak sağlık hizmetini kullanma durumu %59 (68)).



b: küme başı dahil edilecek ortalama hane halkı sayısı.

1 kümenin 10 haneden oluşması tasarlanmıştır. Antalya ili ortalama hane halkı büyüklüğü TÜİK nüfus ve konut araştırması 2011’de 3,4 olup bunun da %37,5’i 15 yaş ve üzeri kadın nüfus olduğu için (67) bir kümede (10 hanede) çalışmaya dahil edilecek 13 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır.

S: Standart hata (0,05 alınmıştır).

Roh (rate of homogeneity): Kümeler arası ve küme içi homojenlik belirteçidir.

Roh için genel morbidite araştırmalarında düşük değer, özgül hastalık araştırmalarında ise yüksek değer önerilir (69). Kümeler arası farkın büyük olabileceği düşünülen durumlarda ise (sosyoekonomik değişkenler gibi) genelde 0,3-0,4 değerinde kullanılır (70). Bu çalışmada roh, 0.3 olarak alınmıştır.

D: dizayn etkisi =  $1+(b-1).roh$

$D=1+(13-1).0,3$

$D=4,6$

$C= p.(1-p).D/S^2.b$

$C=0,59 (1-0,59) 4,6 / (0,05)^2 .13=1,113/ 0,0325 =34,25$  küme

Böylece sağlık hizmeti kullanıcıları içinden; 35 kümede, her kümede 10 hane ziyareti ile 13’er kişi olmak üzere;

**35\*13=455 kişi ulaşılması gereken örnek büyüklüğü** olarak hesaplanmıştır.

### **b. Kümelerin seçimi**

Çalışmaya dahil edilecek kümelerin oluşturulması için, aile hekimlerinin bölge nüfusu dikkate alınarak nüfusa ağırlıklandırılmış; %22’sinin Konyaaltı ilçesinden, %78’inin Kepez ilçesinden seçilmesi gerektiği bulunmuştur (Kepez’de aile hekimine kayıtlı nüfus:437.789, Konyaaltı’nda aile hekimine kayıtlı nüfus:126.216). Böylece Konyaaltı ilçesinde 8, Kepez ilçesinde 27 küme araştırmaya alınmıştır.

Küme başlangıç noktalarını belirlemek için, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden alınan Konyaaltı ve Kepez’deki aile hekimlerinin çalıştıkları yer ve nüfus listesinden faydalanılmıştır. Hekimlerin nüfusları müdürlükten alınan

sıra ile kümülatif toplamları alınarak listelenmiş, rasgele sayılar tablosundan belirlenen bir sayı ile o ilçeye ait aile hekimi listesinde denk gelen hekim ilk küme başlangıç noktası olarak belirlenmiştir. İlk küme Konyaaltı ve Kepez için ayrı ayrı belirlenmiş, sonraki kümelerin seçimi için toplam nüfus/ küme sayısı formülüyle örnek aralığı belirlenerek seçilen rasgele sayıya eklene eklene diğer kümelerin seçileceği aile hekimlerinin isimlerine ulaşılmıştır.

Kümelerin başlangıç adreslerine ulaşmak için listeden belirlenen aile hekimi ziyaret edilerek, hekimin kayıtlı hasta listesine ulaşılmış, belirlenen sayıya denk gelen sıradaki hasta adresi küme başlangıç noktası olarak belirlenmiştir (70). Küme başlangıç noktalarının belirlenmesi ile ilgili Kepez ilçesi üzerinden kısa bir örnek, Çizelge 3.2’de verilmiştir.

Kayıtlı hastanın çalışmanın yapıldığı ilçede oturmaması durumunda listedeki bir alt sıradaki hasta adresinin başlangıç noktası olarak alınması tasarlanmıştır. Ancak böyle bir durumla karşılaşılmamıştır.

Alınan adreste 15 yaş ve üzeri kadın olması şeklinde bir ayarlama yapılmamıştır. Anket uygulaması için seçilen adrese gidildiğinde, 15 yaş ve üzeri kadın olmaması veya çalışmaya katılmak istenilmemesi durumunda bir üst kapı numarasından devam edilmiştir.

Hanede kimseye ulaşılamaması durumunda, başka hanelerden o hane için ikamet durumu sorgulanmış eğer ikamet eden varsa, o hane iki kez daha ziyaret edilmiştir. Sonuçta hanede yaşayanlara toplam üç ziyarette de ulaşılamaması halinde bir üst kapı numarasından devam etmek suretiyle yeni bir haneye geçilmiştir.

**Çizelge 3.2.** Küme başı seçiminin Kepez ilçesi üzerinden bir örnek ile gösterilmesi.

Aile hekimi sırası	Aile hekimine kayıtlı nüfus	Kayıtlı nüfusun kümülatif toplamı	Küme başı alınacak kişinin ilçe sırası	Küme başı seçilen kişinin, kaçınıcı aile hekimi listesinde olduğu ve kayıtlı kişi listesinde kaçınıcı sırada olduğu
1	4024	4024	8351 <sup>1</sup>	
2	4111	8135	8351+16214***=24.565 <sup>2</sup>	
3	3061	11196*	24.565+16214***=40.779 <sup>3</sup>	8351-8135=216.kişi (3. Hekimin listesindeki)
4	3111	14307		
5	3482	17789		
6	3997	21786		
7	3926	25712**		24.565 <sup>2</sup> -21786=2779.kişi (7. Hekimin listesindeki)

<sup>1</sup> İlk küme başını belirleyen rasgele sayı

<sup>2</sup> İkinci küme başını belirleyen sayı (ilk küme başını belirleyen rasgele sayı+örnek aralığı)

<sup>3</sup> Üçüncü küme başını belirleyen sayı (ikinci küme başını belirleyen sayı+örnek aralığı)

\* İlk küme başını belirleyen rasgele sayıyı içeren kümülatif toplam

\*\* İkinci küme başını belirleyen sayıyı içeren kümülatif toplam

\*\*\* Örnek aralığı: toplam nüfus/küme sayısı=437.789/27=16214

### 3.4. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

#### a. İlk Başvuru

- Herhangi bir sağlık problemi varlığında aile hekimini tercih etme durumu
- Sağlık hizmeti almak için en son başvurunun aile hekimine yapılması
- Son 1 yıl içinde ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu

#### b. Süreklilik

- Aile hekimini bilme durumu
- Aile hekimini kullanma durumu
- Son iki başvurusunu aile hekimine yapma durumu (olağan hizmet sunucu sürekliliği)
- Aile hekiminden memnun olma durumu
- Hekimlerin aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet

### **c. Kapsayıcılık**

- Aile hekimine en çok başvuru nedenleri

### **d. Koordinasyon**

Koordinasyon özelliği tanımlayıcı bulgular üzerinden değerlendirilmiştir. (Aile hekimlerinin kendi nüfuslarındaki çocukların ilkököl birinci sınıf aşılardan haberdar olma durumu, başka bir kurumda yapılan gebe- bebek-çocuk tespit/izlemlerinin 5 gün içinde bağlı olduğu aile hekimine bildirilmesinin yerine getirilme durumu, aile hekimlerinin kendi nüfuslarındaki doğum ve ölümlerden haberdar olma durumu).

## **3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler**

### **a. Sağlık hizmeti Kullanıcıları için**

- Medeni durum
- Yaş
- Öğrenim durumu
- Gelir
- Çalışma durumu
- Sınıfsal konum
- Kendine ait ev-arazi sahipliği
- Hanede yaşıyan toplam kişi sayısı
- İkamet edilen bölge
- 0-2 yaş çocuk varlığı
- Aile tipi
- Doğum yeri
- Antalya'da yaşanan süre
- En uzun yaşanan yer
- Kronik hastalık varlığı
- Algılanan sağlık
- Aile hekiminden hizmet almak için beklenen süre
- Aile sağlığı merkezine ulaşım durumu

- Aile hekiminin yeterince bilgilendirdiğini düşünme durumu
- Aile hekiminin bilgisine duyulan güven
- Aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulma durumu
- Aile hekiminin yaklaşımını iyi bulma durumu

#### **b. Aile Hekimleri için**

- Yaş
- Cinsiyet
- Çalıştığı bölge
- Hekimin en son çalıştığı yer
- Aile hekimi olma nedeni
- Aile hekimliği modelini birinci basamağa uygun bulma durumu
- Aile hekimliğinde zorlanma durumu
- Koruyucu sağlık hizmeti vermede problem yaşama durumu
- Hekime kayıtlı nüfus

Bağımlı değişkenlerin bazıları bağımsız değişken olarak da kullanılmıştır.

### **3.6. Veri Toplama ve Anket Formu**

Araştırma öncesinde Etik Kurul onayı ile Antalya Valiliği ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek 1). Araştırma giderleri için herhangi bir kurumdan destek alınmamış; aile hekimlerine anket uygulanması çalışması araştırmacının kendisi tarafından; sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik araştırmanın anket uygulaması, giderlerini araştırmacının kendisinin karşıladığı iki anketör yardımıyla, yine araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Uygulama öncesi anketörlere, araştırma konusu hakkında bilgi ve anketin uygulanması hakkında eğitim verilmiştir.

#### **3.6.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarına Hazırlanan Anket ve Uygulama**

Sağlık hizmeti kullanıcılarına uygulanan anket, birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilme yöntemlerinden yola çıkılarak araştırmacı tarafından hazırlanmış (Ek 2), yüz yüze uygulama ile doldurulmuştur. Anketin ilk

hali, sağlık hizmeti almak için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 100 kişilik bir gruba uygulanarak, gereken düzeltmeler yapılmıştır.

Anket, 13 sosyodemografik özellik sorusu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşması gereken özelliklerin değerlendirilebileceği, toplumun sağlık düzeyi göstergelerinin saptanabileceği 50 soru olmak üzere toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Soruların 12 tanesi sadece son 2 yılda gebeliği olanların, 8 tanesi sadece 0-24 ay çocuğu olanların, 3 tanesi ise sadece ilkokul 2'ye giden çocuğu olanların cevaplayacağı sorulardır. Uygulama ncesi "aydınlatılmış onam"ın da okunmasıyla birlikte toplam uygulama süresi 15 dakika ile 25 dakika arasında değişmiştir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarına anket uygulanmasında karşılaşılan en büyük zorluk hanede bulunamayan kişilere tekrarlı ziyaretlere komşuların şüpheli yaklaşması nedeniyle yaşanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek ankete katılan 3 hanede, anketin uygulanması sırasında çalıştığı için evde bulunamayan 3 kişi, mesai saatleri dışında yapılan sonraki ziyarette ankete katılmak istemediklerini belirtmişler ve bu hanelerde tamamlanması gereken anket sayısına ulaşılamamıştır.

Bir hanede hane anketinin tamamlanması için ulaşılması gereken bir kişiye daha sonraki ilk ziyarette ulaşılamamış, ikinci ziyarette ise uzun süre Őehir dışında olacağı öğrenilmiştir. Böylece bu hanede de tamamlanması gereken anket sayısına ulaşılamamıştır.

Ziyaret edilen 3 hane için; bireylerden birisi demanslı, ikisi ise zihinsel engelli olduğu için araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Sonuçta anket uygulanmış 350 hanede anket yapılacağı varsayılan 7 kişi araştırmaya dâhil edilememiştir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik çalışma için toplam 476 hane ziyaret edilmiştir. 9 hanede 15 yaş ve üzeri kadın yaşamıyordu, 80 hanede çalışma reddedildi. Reddedenler için, izleyen hanedeki kadınlara anket uygulandı. 82 hane ikinci kez, 49 hane nc kez ziyaret edildi. 37 hanede sonraki 2 ziyarette de ulaşılamamış, 18'i için konutun yalnızca yaz döneminde kullanıldığı bilgisine ulaşılmıştır (ulaşılamayan hane=37-18=19). Bunlar için de bir sonraki hanede yaşayan kadınlarla grşlmştir. Araştırma kriterlerine uyularak ulaşılan 350

hanede toplam 428 kişiye anket uygulanmıştır. Hane ziyaretlerine ilişkin Çizelge aşağıda görülmektedir.

**Çizelge 3.3.** Araştırma sürecinde ziyaret edilen hanelerle iletişim durumu.

Ziyaret edilen haneler		15 yaş ve üzeri kadın olan, ulaşılan haneler	
Özellik	n	n	%*
Yaz dönemi kullanılan	18	-	-
3 ziyarette de ulaşılamayan	19	-	-
Çalışmaya katılmayı reddeden	80	80	18,6
15 yaş üzeri kadın olmayan	9	-	-
İlk ziyarette ulaşılan	219	350	81,4
İkinci ziyarette ulaşılan	82		
Üçüncü ziyarette ulaşılan	49		
<b>TOPLAM</b>	476	430	100,0

\*Sütun yüzdesi

### 3.6.2. Aile Hekimlerine Hazırlanan Anket ve Uygulama

Aile hekimlerine uygulanan anket, danışman öğretim üyesi yardımıyla araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır. Toplamda 32 sorudan oluşan anket 6 sosyodemografik özellik sorusu ile aile hekimlerinin sisteme bakış açılarını, hizmetin uygulanmasının ve yaşanan sorunları belirlemeye yönelik 26 sorudan oluşmaktadır (Ek 3). Anketler ilk ziyarette aile hekimlerine bırakılmış, sonraki ziyaretlerde ise doldurulan anketler toplanmıştır.

Konyaaltı'nda 31 aile hekimi içinden bir kişi çalışmaya katılmak istemediğini belirtirken, 3 aile hekimine ulaşılamamış, toplam 27 aile hekimine anket uygulanmıştır (%87,1).

Kepez'de 115 aile hekiminden 2'si iş yoğunluğu nedeniyle katılamayacağını belirtmiş, 4 aile hekimine ulaşılamamış, 5 aile hekimi ise tekrarlayan 4 ziyarette anketi dolduramadığı için araştırmaya katılamamıştır (%90,4).

Böylece toplam 146 aile hekiminden 27'si Konyaaltı'nda, 104'ü Kepez'de olmak üzere 131 aile hekimine ulaşılmıştır (%89,7 katılım).

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Verilerin toplanması sonrası SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 18 programı kullanılarak istatistiksel analizler yapılarak, elde edilen p değerleri 0,05'den küçük durumlarda istatistiksel fark anlamlı kabul edilmiştir. Analizlerde ki kare ve lojistik regresyon (Forward Conditional) kullanılmış olup, lojistik regresyona ait değişken türü ve referans gruplar Çizelge 3.4 ve Çizelge 3.5'de sunulmuştur.

Hane reisi sınıfsal konumu için gruplama; tarım, tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştırmayan, tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran, beyaz yakalı olmak üzere 4 ayrı grup ile mavi yakalılarla nitelikli-niteliksiz hizmet emekçilerinden oluşan beşinci bir grup şeklinde oluşturulmuştur. Tarıma ait sınıf yapısında kendine ait bir toprakta üretim yapma esas alınmıştır. Böylece, hemşire, hekim, polis memuru, sekreter gibi beyaz yakalı sınıf konumuna girmeyip kendi işiyle uğraşmayan tüm hane reislerinin sınıfsal konumu mavi yakalı ve hizmet emekçisi sınıfına dâhil edilmiş olmaktadır. Halen işsiz olanların sınıfsal konumu mavi yakalı, hizmet emekçilerine dâhil edilmiştir. Şu an emekli olan hane reislerinin sınıf konumu hane reisinin mesleğine göre oluşturulmuştur. Hane reisi mesleğini “serbest meslek” olarak ifade edenlerin sınıf konumu, yanında işçi çalıştırma durumuna göre tarım dışı kendi hesabına çalışanlara dâhil edilmiştir (71).

Gelir durumunun 1000 TL altında olması “kötü”, 1001 ve üzeri olması ise “iyi” olarak sınıflandırılmıştır

Ev sahipliği sorgulamasında evin kendilerine ait olması durumunda tüm hane halkının ev sahibi olduğu varsayılmıştır.

Algılanan sağlık durumunu çok iyi- iyi olarak niteleyenlerin algılanan sağlığı “iyi”, orta-kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin algılanan sağlığı “kötü” olarak değerlendirilmiştir.

Aile hekiminin yaklaşımının çok iyi- iyi bulunması “yaklaşımın iyi bulunması”, orta-kötü-çok kötü bulunması ise “yaklaşımın kötü bulunması” olarak gruplandırılmıştır. Benzer şekilde aile sağlığı elemanının yaklaşımının çok iyi- iyi bulunması “yaklaşımın iyi bulunması”, orta-kötü-çok kötü bulunması ile aile sağlığı elemanının aile hekimini bilen ve kullanan katılımcılar tarafından tanınmıyor oluşu ise “yaklaşımın kötü bulunması” olarak gruplandırılmıştır. Aile



hekiminden çok memnun-memnun olduğunu belirtenler “aile hekiminden memnun” olarak değerlendirilirken memnuniyet düzeyini kararsız-memnun değil-hiç memnun değil olarak ifade edenler ise“aile hekiminden memnun değil” şeklinde değerlendirilmiştir.

**Çizelge 3.4.** Sağlık hizmeti kullanıcılarına yapılan çalışmanın lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler ve özellikleri.

<b>Değişkenler</b>	<b>Değişken türü</b>	<b>Referans grup*</b>
Bölge	Dikotom	Konyaaltı
Medeni durum	Dikotom	Bekar
Çalışma durumu	Dikotom	Çalışan
Gelir durumu	Dikotom	İyi
0-2 yaş çocuk sahibi olma	Dikotom	Hayır
Aile tipi	Dikotom	Çekirdek
Antalya’da yaşanan süre	Dikotom	5 yıldan az
Ev-arazi sahibi olma	Dikotom	Evet
Kronik hastalığı olma	Dikotom	Yok
Algılanan sağlık durumu	Dikotom	İyi
Son 1 yılda ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu	Dikotom	Hayır
Aile sağlığı merkezine ulaşım durumu	Dikotom	Yürüyerek rahat
Aile hekiminin yaklaşımı	Dikotom	Kötü
Aile sağlığı elemanının yaklaşımı	Dikotom	Kötü
Aile hekiminden memnun olma	Dikotom	Memnun değil
Aile hekiminin yeterince bilgilendirdiğini düşünme	Dikotom	Hayır
Aile hekiminin bilgisine güven duyma	Dikotom	Hayır
Hane reisinin sınıfsal konumu	Nominal	Beyaz yakalı
Doğum yeri	Nominal	Köy
En uzun yaşanan yer	Nominal	Köy
Yaş grupları	Ordinal	50 yaş ve üzeri
Eğitim durumu	Ordinal	Üniversite-yüksek lisans-doktora
Aile sağlığı merkezinde bekleme süresi	Ordinal	Kararsız-çok fazla bekleyen
Hanede yaşayan kişi sayısı	Ordinal	5 kişiden fazla

\*Bazı analizlerde farklı referans grup kullanılmış, ilgili çizelgede kullanılan referans grup belirtilmiştir.

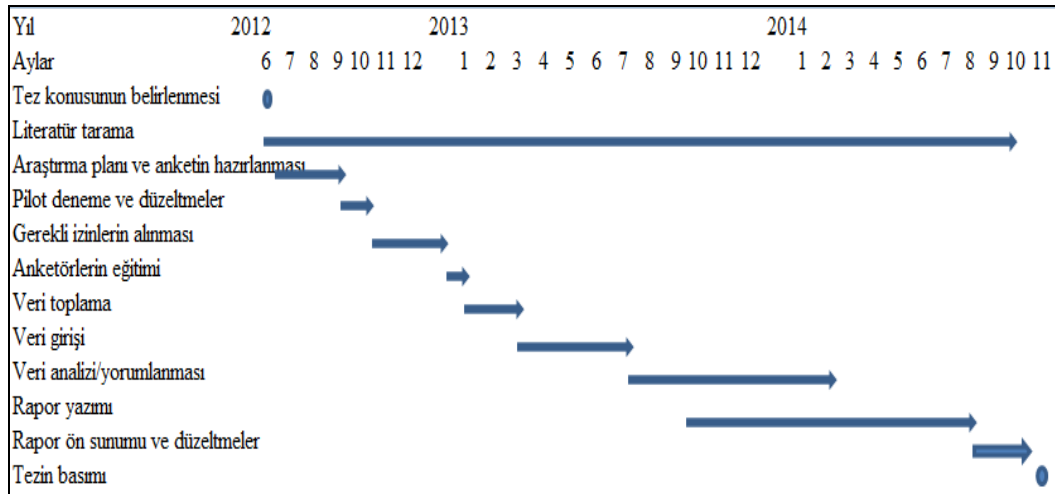
**Çizelge 3.5.** Aile hekimlerine yapılan çalışmanın lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler ve özellikleri.

Değişkenler	Değişken türü	Referans grup
Cinsiyet	Dikotom	Kadın
Bölge	Dikotom	Kepez
En son çalışılan yer	Dikotom	Sağlık ocağı dışındaki yerler
Aile hekimliğini seçme nedeni	Dikotom	İsteyerek geçenler
Aile hekimliğinde zorlanma durumu	Dikotom	Zorlanma yok-az
Aile hekimliğini birinci basamağa uygun bulma durumu	Dikotom	Uygun bulanlar
Koruyucu sağlık hizmeti vermede problem yaşama derecesi	Dikotom	Problem yaşamayan-problem yaşama derecesi düşük olan
Nüfus	Dikotom	4000'den az
Yaş	Ordinal	50 yaş ve üzeri

### 3.8. Araştırma Takvimi

Tez konusu 4 Haziran 2012 tarihinde belirlenmiş, araştırma planı ve anket hazırlanarak 27 Eylül 2012'de tez ön sunumu yapılarak araştırma tasarımı ile ilgili görüşler alınmıştır. Anketin denenmesi ve teze ilgili görüşler sonrası gerekli düzeltmeler yapılmış, gerekli izinler tamamlanmış ve 2013 Ocak –Şubat-Mart aylarında (44 gün) veri toplama işlemi tamamlanmıştır. Araştırma aşamaları ve süresi Çizelge 3.6'da sunulmuştur.

**Çizelge 3.6.** Araştırma takvimi.



## 4. BULGULAR

Bulguların sunumu dört alt başlıkta yapılmıştır:

1. Sağlık hizmeti kullanıcılarına ve ikamet ettikleri bölgeye ait sosyodemografik özellikleri tanımlayan marjinal tablolar.
2. Sağlık hizmet sunucusu olan aile hekimlerine ait tanımlayıcı tablolar.
3. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda dört ana özellik olarak tanımlanan; ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon özelliklerinin değerlendirildiği tanımlayıcı ve analitik bulguları içeren tablolar.

Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken temel özellikler olarak tanımlanan dört özelliğin de birbiri ile bağlantılı oluşu nedeniyle bazı değerlendirmelerin bulgularda sunumu için başlıklara dağılımında çakışma olmasını önlemek ve konu bütünlüğünü bozmamak adına tek bir başlık altında verilmiş ya da ayrı bir başlık olarak sunulmuştur.

İlk başvuruyla ilgili değerlendirilen konular olan aile hekiminden hizmet almada bekleme süresi ve aile sağlığı merkezine ulaşım durumuna ilişkin bulguların sunumu konu bütünlüğü açısından süreklilik başlığı altında aile hekiminden hizmet alanların bazı kullanım özellikleri başlığı altında verilmiştir.

Süreklilik özelliğini etkileyebilecek; hekimlerin aile hekimliğinde zorlandıkları yönler ve aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet ile aile hekimi olmayı seçme nedenleri ve sistem hakkındaki durum ve düşünceleri ayrı başlıklar altında sunulmuştur. Yine konu bütünlüğü açısından aile hekimlerinin izlem ve aşılama ile ilgili sorun ve performans kesintileri ile koruyucu sağlık hizmeti sunmada yaşadıkları sorunlar ise kapsayıcılık başlığı altında verilmiştir.

4. Aile hekimlerinin aile hekimliği modeline geçiş süreci, karşılaştıkları problemler, memnuniyetlerini tanımlayan marjinal tablolarla, memnuniyeti etkileyen değişkenlerin araştırıldığı analitik tablolar.

## 4.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarına ait Tanımlayıcı Özellikler

### 4.1.1. Araştırmaya Alınan Hanelerin Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan 350 haneden çalışmaya katılan 15 yaş ve üzeri 428 kadın katılımcının %78'i Kepez ilçesinde, %22'si Konyaaltı ilçesinde ikamet etmektedir.

Hane reisinin yapmakta olduğu işe göre oluşturulan sınıfsal konuma göre %52,8 ile mavi yakalı ve hizmet emekçilerinin en büyük grubu oluşturduğu görülmektedir. Bunu %21,3 ile beyaz yakalılar, %11,0 ile tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştırmayanlar, %10,5 ile tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıranlar takip etmektedir. Tarım sektöründe çalışanlar ise %4,4 ile en küçük yüzdeye sahip sınıfsal konumu oluşturmaktadır.

Katılımcıların %63,3'ü ev-arazi sahibi iken, %36,7'sinin ev ya da arazisi bulunmamaktadır.

Aylık toplam hane gelirine bakıldığında katılımcıların %4,4'ü 500TL altında, %42,3'ü 501-1000TL arası, %17,1'i 1001-1500TL arası, %9,8'i 1501-2000TL arası, %26,4'ü ise 2001 ve üzeri aylık toplam hane gelirine sahip olduğunu belirtmektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin %20,1'inin hanesinde 5 ya da daha fazla kişi yaşarken, %79,9'unun hanesinde yaşayan kişi sayısı 4 veya daha azdır. %87,4'ü çekirdek aile tipindeyken %12,6'sı geniş aile tipindedir (Çizelge 4.1.).

**Çizelge 4.1.** Katılımcıların hane özellikleri.

Özellik	n	%
<b>İkamet edilen bölge</b>		
Kepez	334	78,0
Konyaaltı	94	22,0
<b>Sınıfsal konum</b>		
Tarım	19	4,4
Kendi hesabına çalışan <sup>1</sup>	47	11,0
Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran <sup>1</sup>	45	10,5
Mavi yakalı ve hizmet emekçisi	226	52,8
Beyaz yakalı	91	21,3
<b>Ev –arazi sahipliği</b>		
Evet	271	63,3
Hayır	157	36,7
<b>Aylık toplam hane geliri</b>		
500 ve altı	19	4,4
501-1000	181	42,3
1001-1500	73	17,1
1501-2000	42	9,8
2001 ve üzeri	113	26,4
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>		
1-4 kişi	342	79,9
5 ve daha fazla	86	20,1
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	374	87,4
Geniş aile	54	12,6
<b>TOPLAM</b>	<b>428</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>Tarım dışı \*Sütun yüzdesi

Çizelge 4.2’de araştırma bölgesindeki hane sayıları ile hanede yaşayan kişi sayıları görülmektedir. Bu tablodan, 15 yaş ve üzeri 428 kadına ulaşılan 350 hanede toplam 1226 kişinin yaşadığı hesaplanmaktadır.

Araştırma bölgesinde ortalama hane halkı sayısı 3,5’tur ( $1226/350=3,5$ ). 15 yaş ve üzeri kadın nüfusun toplam nüfusa oranı %35,5’tur ( $428+7*100/1226=35,5$ ) (ziyaret edilen hanelerde olup araştırmaya dahil edilememe nedenleri gereç yöntemde anlatılan 7 kişi dahil edildiğinde).

**Çizelge 4.2.** İkamet edilen bölgeye göre hanede yaşayan kişi sayıları.

Hanede yaşayan kişi sayıları	Konyaaltı		Kepez		Toplam hane	
	n	%	n	%	n (hanedeki kişi sayısı)	%
1 kişi yaşayan hane	2	2,5	6	2,2	8 hane (8*1=8 kişi)	2,3
2 kişi yaşayan hane	21	26,3	48	17,8	69 hane (69*2=138 kişi)	19,7
3 kişi yaşayan hane	21	26,3	79	29,3	100 hane (100*3=300 kişi)	28,5
4 kişi yaşayan hane	33	41,2	88	32,6	121 hane (121*4=484 kişi)	34,6
5 kişi yaşayan hane	2	2,5	28	10,4	30 hane (30*5=150 kişi)	8,6
6 kişi yaşayan hane	1	1,2	13	4,8	14 hane (14*6=84 kişi)	4,0
7 kişi yaşayan hane	0	0,0	7	2,5	7 hane (7*7=49 kişi)	2,0
13 kişi yaşayan hane	0	0,0	1	0,4	1 hane (1*13=13 kişi)	0,3
<b>Toplam hane</b>	80	100,0	270	100,0	350 hane (1226 kişi)	100,0

#### 4.1.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Özellikleri

Araştırmaya katılan kişilerin %19,4’ü 15-24 yaş, %22,4’ü 25-34 yaş, %34,4’ü 35-49 yaş aralığında, %23,8’i ise 50 yaş ve üzerindeki grupta yer almakta olup; %77,1’i evli, %14,5’i bekar, %8,4’ü ise dul ya da boşanmıştır.

Bitirilen okula göre eğitim durumları %8,4 oranında okuryazar olmayan, %5,4 ilkokul mezuniyeti olmaksızın sadece okuryazar olan, %33,9 ilkokul mezunu, %16,4 ortaokul mezunu, %22,4 lise mezunudur. Lisans, doktora yapanlar ile yüksekokul ve üniversite mezunu olanlar ise %13,6 oranındadır.

Katılımcıların %20,1’i halen çalışıyor iken, %3’ü emekli olmuş, %76,9’u ise çalışmamaktadır. %80,8’i çocuk sahibi iken, %19,2’sinin çocuğu yoktur. En büyük yüzde ile %42,8’i il doğumlu olup, %69,4’ü en uzun yaşadığı yeri il

merkezi olarak belirtmektedir. Katılımcıların %82,7'si Antalya'da 5 yıldan uzun süredir yaşamaktadır (Çizelge 4.3).

**Çizelge 4.3.** Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş grupları</b>		
15-24yaş	83	19,4
25-34yaş	96	22,4
35-49yaş	147	34,4
50yaş ve üzeri	102	23,8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	330	77,1
Bekar	62	14,5
Dul /boşanmış	36	8,4
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur yazar olmayan	36	8,4
Okur yazar	23	5,4
İlkokul mezunu	145	33,9
Ortaokul mezunu	70	16,3
Lise mezunu	96	22,4
Yüksekokul mezunu	17	4,0
Üniversite/lisans/doktora	41	9,6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	86	20,1
Emekli	13	3,0
Çalışmıyor	329	76,9
<b>Sahip olunan çocuk sayısı</b>		
Yok	82	19,2
1,00	85	19,9
2,00	161	37,6
3,00	48	11,2
4,00	35	8,2
5,00 ve üzeri	17	3,9
<b>Doğum yeri</b>		
İl	183	42,8
İlçe	156	36,4
Köy	89	20,8
<b>En uzun yaşanılan yer</b>		
En uzun ilde yaşamış	297	69,4
En uzun ilçede yaşamış	86	20,1
En uzun köyde yaşamış	45	10,5
<b>Antalya'da yaşanılan süre</b>		
6 aydan az	6	1,4
6 ay-1yıl	9	2,1
1-5 yıl	59	13,8
5 yıldan uzun	354	82,7
<b>TOPLAM</b>	<b>428</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.3. Katılımcıların Algılanan Sağlık-Kronik Hastalık ve Sigara Kullanma Durumları

Katılımcılar algılanan sağlık durumlarını; %5,4 çok iyi, %45,3 iyi, %49,3'ü kötü (%35,5 orta, %10,5 kötü ve %3,3 çok kötü) olarak tanımlamıştır ve %30,1'inin herhangi bir kronik hastalığı vardır. Aile hekimini kullanmış olanlarda sigara kullanma durumu %13,0'dır (Çizelge 4.4).

**Çizelge 4.4.** Katılımcıların algılanan sağlık, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumları.

Özellik	n	%
<b>Algılanan sağlık durumu (n=428)</b>		
Çok iyi	23	5,4
İyi	194	45,3
Orta	152	35,5
Kötü	45	10,5
Çok kötü	14	3,3
<b>Kronik hastalık varlığı (n=428)</b>		
Kronik hastalığı olan	129	30,1
Kronik hastalığı olmayan	299	69,9
<b>Sigara kullanma durumu (n=307)</b>		
Sigara kullanmayan	267	87,0
Sigara kullanan	40	13,0

#### 4.1.4. Katılımcıların İkamet Ettikleri Bölgeye Göre Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 4.5'te araştırmanın yapıldığı merkez ilçeler olan Konyaaltı ve Kepez'deki katılımcıların bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Konyaaltı'nda yaşayanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda lise ve üzeri eğitilmiş olup, çalışan-emekli konumundadır. Bu bölgede kendi hesabına çalışanların ve beyaz yakalılarının oranı da Kepez'e göre daha yüksek düzeydedir. Kepez'de yaşayanların ise daha yüksek oranda 5 yıldan uzun süre Antalya'da



yaşadığı görülmektedir. En uzun yaşanılan yer ile kendine ait ev- arazi sahibi olmak açısından her iki bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Çizelge 4.5.** Katılımcıların ikamet ettiği bölgeye göre bazı sosyodemografik özellikleri.

Özellik	İkamet edilen bölge				Ki-kare/p
	Kepez		Konyaaltı		
	n	%*	n	%*	
<b>Eğitim durumu</b>					
Yok	55	16,5	4	4,3	<b>ki-kare=42,47</b> <b>**p&lt;0,001</b>
İlkokul	125	37,4	20	21,3	
Ortaokul	56	16,8	14	14,9	
Lise**	69	20,6	27	28,7	
Üniversite-lisans-doktora**	29	8,7	29	30,8	
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışan-emekli	64	19,2	35	37,2	<b>ki-kare=13,47</b> <b>p&lt;0,001</b>
Çalışmayan	270	80,8	59	62,8	
<b>Hane reisinin sınıfsal konumu</b>					
Tarım	15	4,5	4	4,3	<b>ki-kare=52,20</b> <b>***p&lt;0,001</b>
Kendi hesabına çalışan <sup>1***</sup>	31	9,3	16	17,0	
Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran <sup>1***</sup>	34	10,1	11	11,7	
Mavi yakalı ve hizmet emekçisi	204	61,1	22	23,4	
Beyaz yakalı***	50	15,0	41	43,6	
<b>Antalya'da yaşanılan süre</b>					
5 yıldan az	50	15,0	24	25,5	<b>ki-kare=5,01</b> <b>p&lt;0,05</b>
5 yıldan çok	284	85,0	70	74,5	
<b>En uzun yaşanılan yer</b>					
İl	235	70,4	62	66,0	<b>ki-kare=2,46</b> <b>p&gt;0,05</b>
İlçe	68	20,3	18	19,1	
Köy	31	9,3	14	14,9	
<b>Kendine ait ev- arazi varlığı</b>					
Var	208	62,3	63	67,0	<b>ki-kare=0,71</b> <b>p&gt;0,05</b>
Yok	126	37,7	31	33,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1</sup>Tarım dışı \*Sütun yüzdesi

#### 4.2. Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Hekimliği Öncesindeki Çalışma Özellikleri

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşları en az 33, en çok 59 olmak üzere %55,4'ü 45-49 yaş aralığında yer almaktadır. %32,8'i kadın, %67,2'si erkek hekimdir. Meslekteki yılları en az 9, en çok 33 olmak üzere %70,2'sinin 21 yıl ve üzerindedir. %79,4'ü Kepez'de, %20,6'sı Konyaaltı'nda çalışmaktadır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri.

Özellik	n	%
<b>Yaş grupları (n=130)</b>		
33-44 yaş	35	26,9
45-49 yaş	72	55,4
50+ yaş	23	17,7
<b>Cinsiyet (n=131)</b>		
Erkek	88	67,2
Kadın	43	32,8
<b>Meslekteki yıl (n=131)</b>		
20 yıl ve daha az	39	29,8
21 yıl ve üzeri	92	70,2
<b>Çalıştığı bölge (n=131)</b>		
Konyaaltı	27	20,6
Kepez	104	79,4

Hekimlerin daha önce çalışmış oldukları kurumlara ve sürelerine bakıldığında, %90,3'ünün ortalama 13,18±6,97 yıl olmak üzere sağlık ocağı deneyiminin olduğu görülmektedir. Hekimlerin sağlık ocağından sonra en fazla %67,7 ile kamu hastane acili, %32,3 ile işyeri ya da kurum hekimliği, %29,8 ile diğer olarak sınıflanan yerlerde ve %25,8 ile hastane ya da sağlık müdürlüğünde yönetici konumunda çalıştıkları görülmektedir (Çizelge 4.7).

**Çizelge 4.7.** Hekimlerin meslek hayatı boyunca çalıştığı kurumlar ve süreleri.

Özellik (n=124)*	n	%	Çalışılan yıl		
			En az	En çok	Ortalama±SS
Kamu hastane- acilde çalışılan yıl	84	67,7	0,20	22,00	6,94±6,43
Özel hastane poliklinik/acilde çalışılan yıl	26	21,0	0,70	15,00	5,51±4,59
İşyeri/kurum hekimliğinde çalışılan yıl	40	32,3	1,00	17,00	6,28±4,64
Başka branşta uzman olarak çalışılan yıl	3	2,4	4,00	8,00	5,67±2,08
Başka branşta asistan olarak çalışılan yıl	6	4,8	2,00	4,00	3,33±0,82
Sağlık ocağında çalışılan yıl	112	90,3	1,00	30,00	13,18±6,97
Hastane/sağlık müdürlüğü yönetici olarak çalışılan yıl	32	25,8	1,00	19,00	5,52±4,50
Diğer yerlerde çalışılan yıl	37	29,8	1,00	20,00	4,89±5,08

\*Birden fazla kurumda çalışanlar olabilir

Hekimlerin daha önce hangi kurumlarda kaç yıl çalıştığı değerlendirilirken - birden fazla yerde çalışma durumu göz önünde bulundurularak- belirttikleri yıl, meslekteki toplam yıla uymayan 6 kişinin verisi katılmamıştır.

Hekimlerin en son çalıştıkları kurumlara bakıldığında %59,2'sinin sağlık ocağında, %17,6'sının kamu hastanesi acilinde, %11,2'sinin diğer yerlerde, %9,6'sının ise hastane ya da sağlık müdürlüğünde yönetici konumunda çalışmış oldukları görülmektedir (Çizelge 4.8). En son çalışılan yerin konumu ise %65,9'unda il merkezi olup, %22,5'inin ilçe, %11,6'sının köy/kasabadır (Çizelge 4.9).

**Çizelge 4.8.** Hekimlerin aile hekimi olmadan önce en son çalıştığı kurum.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
En son hastane acilde çalışan	22	17,6
En son işyeri/kurum hekimliğinde çalışan	2	1,6
En son başka bir branşta uzman	3	0,8
En son sağlık ocağında çalışan	74	59,2
En son hastane/sağlık müdürlüğünde yönetici olarak	12	9,6
En son diğer yerlerde çalışan	12	11,2
<b>TOPLAM</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Çizelge 4.9.** Hekimlerin aile hekimliğinden önce en son çalıştığı yer.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
En son il merkezinde çalışan	85	65,9
En son ilçede çalışan	29	22,5
En son köyde çalışan	15	11,6
<b>TOPLAM</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

### **4.3. Sağlık Hizmeti Kullanımında İlk Başvuru ve Etkilendiği Değişkenler**

#### **4.3.1. Katılımcıların Herhangi Bir Sağlık Problemi Varlığında İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu**

Katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında tercih ettikleri ilk sağlık kurumu %39,0 ile en yüksek oranda aile hekimidir. Bunu %30,3 ile devlet hastanesi, %20,7 ile özel hastaneler, %8,5 ile üniversite hastanesi takip etmektedir (Çizelge 4.10).

**Çizelge 4.10.** Katılımcıların sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda tercih ettikleri ilk sağlık kurumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aile hekimini tercih eden	160	39,0
Devlet hastanesini tercih eden	124	30,3
Özel hastane tercih eden	85	20,7
Üniversite hastanesini tercih eden	35	8,5
Özel muayenehane tercih eden	4	1,0
Diğer yerleri tercih eden	2	0,5
<b>TOPLAM</b>	<b>410</b>	<b>100,0</b>

Aile hekimini tercih nedeni %63,1 düzeyi ile en yüksek oranda “yakın olması”dır. Takip eden diğer nedenler sırasıyla %10 ilk gidilmesi gereken yer olduğu için, %8,7 memnun olduğu için, %8,7 işini daha kolay-hızlı halledebildiği için, %7,5’i ise maddi olarak daha uygun bulunduğu için şeklindedir (Çizelge 4.11).

**Çizelge 4.11.** Aile hekimini tercih nedenleri (n=160).

<b>Tercih nedeni</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Yakın olduğu için	101	63,1
İlk başvuru yeri olduğu için	16	10,0
Memnun kaldığım için	14	8,7
İşimi daha kolay-çabuk halledebildiğim için (randevusuz-sıra yok)	14	8,7
Maddi olarak daha uygun	12	7,5
İlgi-yaklaşım iyi	12	7,5
Bizi bilen kendi hekimim olduğu için	9	5,6
Basit işlemlerde, ilaç yazdırmak için tercih ediyoruz	7	4,4
Nedeni yok	5	3,1
Kontrol-izlem için kullanıyoruz	4	2,5

\*Birden fazla tercih nedeni belirtilebilir

Katılımcıların herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmesini etkileyen sosyodemografik değişkenlerin lojistik regresyon analizinde, herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmenin, geliri kötü olanlarda 2,36 kat, Antalya’da 5 yıldan fazla yaşayanlarda 2,04 kat, lise üzerinde eğitimi olanlara göre ilkokul mezunlarında 3,0 kat, ortaokul mezunlarında 3,7 kat, lise mezunlarında 3,45 kat fazla olduğu; hanede yaşayan kişi sayısının 5 ve daha fazla olmasına göre 1-2 kişi olması durumunda ise daha az olduğu (OR=0,44) görülmektedir (Çizelge 4.12). Aile hekiminden hizmet almış olanların temel sosyoekonomik özellikler yanı sıra bazı kullanım özelliklerini de içeren lojistik regresyon analizinde ise herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmenin, geliri kötü olanlarda 2,65 kat, aile hekiminin yaklaşımını iyi bulanlarda 3,3 kat daha fazla olduğu; kronik hastalığı olanlarda ise tercih düzeyinin azaldığı görülmektedir (OR:0,58) (Çizelge 4.13.).

**Çizelge 4.12.** Katılımcıların herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

<b>Değişkenler</b>	<b>B±SH</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>
<b>Eğitim durumu</b>				
Lise üzeri eğitim		0,023	1	
Yok	0,61±0,52	0,237	1,85	0,67-5,09
İlkokul	1,10±0,45	0,014	3,00	1,25-7,21
Ortaokul	1,31±0,47	0,006	3,70	1,46-9,32
Lise	1,24±0,45	0,006	3,45	1,42-8,37
<b>Gelir</b>				
Geliri iyi olan			1	
Geliri kötü olan	0,86±0,24	0,000	2,36	1,48-3,74
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>				
5 kişiden fazla		0,044	1	
1-2 kişi	-0,83±0,35	0,019	0,43	0,22-0,87
3-4 kişi	-0,16±0,28	0,570	0,85	0,50-1,47
<b>Antalya’da yaşanılan süre</b>				
5 yıldan az yaşayan			1	
5 yıldan fazla yaşayan	0,71±0,31	0,021	2,04	1,12-3,71
<b>KATSAYI</b>	-2,22±0,53	0,000	0,11	
2 Log likelihood: 503,823      R <sup>2</sup> =0,140				

**Çizelge 4.13.** Aile hekiminden hizmet alan katılımcıların herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunda aile hekimini tercih etmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

<b>Değişkenler</b>	<b>B±SH</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>
<b>Gelir</b>				
Geliri iyi olan			1	
Geliri kötü olan	0,98±0,25	0,000	2,65	1,63-4,31
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				
Kronik hastalığı olmayan			1	
Kronik hastalığı olan	-0,55±0,27	0,042	0,58	0,34-0,98
<b>Aile hekiminin yaklaşımı</b>				
Kötü bulan			1	
İyi bulan	1,20±0,44	0,007	3,32	1,39-7,90
<b>KATSAYI</b>	-1,43±0,45	0,001	0,24	
2 Log likelihood: 382,658      R <sup>2</sup> =0,114				

#### 4.3.2. Katılımcıların En Son ve Bir Önce Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvurdukları Yer

Çalışmaya katılanların %38,6'sı sağlık hizmeti almak için en son başvurdukları yerin aile hekimi olduğunu belirtmektedir (Çizelge 4.14). Bir önceki başvuru yerin aile hekimi olması oranı ise %32,2'dir (Çizelge 4.15).

**Çizelge 4.14.** Sağlık hizmeti almak için en son başvuru yer.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
En son başvurusu aile hekimine olan	165	38,6
En son başvurusu devlet hastanesine olan	115	26,9
En son başvurusu üniversite hastanesine olan	33	7,7
En son başvurusu özel hastane/poliklinik olan	101	23,6
En son başvurusu özel muayenehane olan	1	0,2
En son başvurusunu hatırlamayan	13	3,0
<b>TOPLAM</b>	428	100,0

**Çizelge 4.15.** Sağlık hizmeti almak için bir önce başvuru alan yer.

Özellik	n	%
Bir önce başvurusu aile hekimine olan	138	32,2
Bir önce başvurusu devlet hastanesi olan	132	30,8
Bir önce başvurusu üniversite hastanesi olan	44	10,3
Bir önce başvurusu özel hastane/poliklinik olan	82	19,2
Bir önce başvurusu özel muayenehane olan	3	0,7
Bir önce başvurusu sağlık ocağına olan	1	0,2
Bir önce başvurusu hatırlamayan	25	5,9
Cevapsız	3	0,7
<b>TOPLAM</b>	428	100,0

En son sağlık hizmeti almak için başvuru alan yer gelir düzeyi kötü olanların 1,89 kat, son bir yılda ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti almaktan vazgeçmiş olanların ise 1,67 kat daha fazla aile hekimine olmuştur (Çizelge 4.16.).

**Çizelge 4.16.** Katılımcıların en son başvurdukları kurumun aile hekimi olmasını etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Gelir</b>				
Geliri iyi olan			1	
Geliri kötü olan	0,64±0,21	0,002	1,89	1,26-2,83
<b>Son 1 yılda ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme</b>				
Vazgeçmeyen			1	
Vazgeçen	0,52±0,25	0,036	1,67	1,03-2,71
<b>KATSAYI</b>	-0,89±0,15	0,000	0,41	
2 Log likelihood: 553,585 R <sup>2</sup> =0,053				



### 4.3.3. Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kurumlarına Başvuru Durumu ve Aile Hekimlerine Başvuru Oranı

Son bir yılda aile hekiminden hizmet alma durumu sorgulandığında katılımcıların %34,1'inin aile hekiminden hizmet almadığı görülmektedir (Çizelge 4.17.).

Çizelge 4.17. Son bir yılda aile hekimine başvuru durumu.

Özellik	n	%
Son bir yılda aile hekimine başvurusu olmayanlar	146	34,1
Son bir yılda aile hekimine başvurusu olanlar	282	65,9
<b>TOPLAM</b>	428	100,0

Katılımcıların son bir yılda sağlık hizmeti başvurularının %41,2'si aile hekimine, %58,8'i ise diğer kurumlara olmuştur. Kişi başı ortalama başvuru toplamda 7,13 olup aile hekimine ise 2,94'tür (Çizelge 4.18.).

Çizelge 4.18. Son bir yılda sağlık kurumlarına başvuru sayıları.

Başvurulan kurum	Kuruma başvuran kişi sayısı	Kuruma başvuru sayısı	Kuruma yapılan kişi başı başvuru ortalaması**	Kuruma yapılan başvurunun toplam başvurudaki oranı (%)
Aile hekimi	290	1256	2,94	41,2
Devlet hastanesi	220	878	2,06	58,8
Özel hastane*	167	613	1,45	
Üniversite hastanesi	74	277	0,65	
Özel muayenehane	11	22	0,05	
<b>TOPLAM</b>		3046	7,13	100,0

\*Başvuran ancak sayı belirtmeyen 4 kişinin başvuru sayısı hariç

\*\*Kuruma yapılan başvuru sayısı/soruyu cevaplayan kişi sayısı (n=427)

#### 4.3.4. Katılımcıların Son Bir Yılda Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Sağlık Hizmeti Kullanmaktan Vazgeçme Durumu

Çalışmaya katılanların %21'i son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğini belirtmiştir (Çizelge 4.19.).

**Çizelge 4.19.** Son 1 yıl ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu.

Özellik	n	%
Sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmek zorunda kalanlar	90	21,0
Sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmek zorunda kalmayanlar	338	79,0
<b>TOPLAM</b>	428	100,0

Lojistik regresyon analizine göre hane reisi sınıfsal konumu beyaz yakalı olanlara göre sınıfsal konumu mavi yakalı/ hizmet emekçisi olanlar 5,94, tarım olanlar 9,86 kat daha fazla oranda sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmiştir. Sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumunu kendi ev- arazisi olmamak 1,75, kronik hastalığı olmak 2,26, algılanan sağlığı kötü olmak ise 2,92 kat artırmaktadır (Çizelge 4.20.).

**Çizelge 4.20.** Katılımcıların son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmesini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Hane reisinin sınıfsal konumu</b>				
Beyaz yakalı		0,002	1	
Tarım	2,29±0,69	0,001	9,86	2,56-38,03
Kendi hesabına çalışan <sup>1</sup>	1,15±0,63	0,071	3,15	0,91-10,95
Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran <sup>1</sup>	1,24±0,64	0,052	3,46	0,10-12,05
Mavi yakalı/hizmet emekçisi	1,78±0,49	0,000	5,94	2,26-15,62
<b>Kendine ait ev- arazi varlığı</b>				
Kendine ait ev- arazisi olan			1	
Kendine ait ev- arazi olmayan	0,56±0,26	0,035	1,75	1,04-2,93
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				
Kronik hastalığı olmayan			1	
Kronik hastalığı olan	0,81±0,27	0,002	2,26	1,33-3,82
<b>Algılanan sağlık durumu</b>				
Algılanan sağlığı iyi olan			1	
Algılanan sağlığı kötü olan	1,07±0,27	0,000	2,92	1,71-4,98
<b>KATSAYI</b>	-3,91±0,52	0,000	0,02	
2 Log likelihood: 379,060 R <sup>2</sup> =0,207				

<sup>1</sup>Tarım dışı

#### 4.4. Sağlık Hizmeti Kullanımında Süreklilik ve Etkileyen Değişkenler

##### 4.4.1. Katılımcıların Aile Hekimlerini Bilme Durumu

Çalışmaya katılanların %85,7'si (367 kişi) aile hekimini bilmektedir. Aile hekimleri, hekimini bilmeyen 61 kişinin %67,2'si ile herhangi bir temasa geçmemiştir. Aile hekimini bilenlerin %93,7'si hanede yaşayan bireylerin aynı aile hekimine kayıtlı olduğunu belirtirken, 23 kişi (%6,3) hanede farklı aile hekimine kayıtlı kişi bulunduğunu belirtmiştir (aynı hekime kayıtlı olup

olmadığını bilmeyen 2 kişi vardır ve yüzdeye katılmamıştır). 12 kişinin hanesinde işine yakın bir aile hekimine kayıt aldırma, 5 kişinin hanesinde haneye sonradan eklenmiş kişi, 4 kişinin hanesinde aynı aile sağlığı merkezinde farklı hekimleri tercih etme, 2 kişinin hanesinde ise uygulamanın başlangıcında farklı aile hekimine kayıt çıkması söz konusudur (Çizelge 4.21.).

**Çizelge 4.21.** Katılımcıların aile hekimlerini bilme, değiştirme ve hanede yaşayanlarla aynı hekime kayıtlı olma durumları.

Özellik	n	%
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=428)</b>		
Aile hekimini bilenler	367	85,7
Aile hekimini bilmeyenler	61	14,3
<b>Aile hekimini bilmeyenlere aile hekiminin ulaşma durumu (n=61)</b>		
Aile hekiminin temas kurduğu kişiler	4	6,6
Aile hekiminin temas kurmadığı kişiler	41	67,2
Cevapsız	16	26,2
<b>Aile hekimini bilenlerin, hanede yaşayanlarla aynı aile hekimine kayıtlı olma durumu (n=365)</b>		
Aynı aile hekimine kayıtlı olanlar	342	93,7
Aynı aile hekimine kayıtlı olmayanlar	23	6,3
<b>Aile hekimini bilenlerin, aile hekimini değiştirme durumu (n=366)</b>		
Aile hekimini değiştirenler	47	12,8
Aile hekimini değiştirmeyenler	286	78,2
Aile hekimini değiştirmeyi düşünenler	33	9,0

Lojistik regresyon analizine göre aile hekimini bilme oranı evli olanlarda 2,73 kat, Kepez’de yaşayanlarda 6,66 kat yüksektir (Çizelge 4.22).

**Çizelge 4.22.** Katılımcıların aile hekimini bilme durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Bölge</b>				
Konyaaltı			1	
Kepez	1,90±0,31	0,000	6,66	3,65-12,14
<b>Medeni durum</b>				
Bekar			1	
Evli	1,00±0,32	0,002	2,73	1,45-5,12
<b>KATSAYI</b>	-0,27±0,33	0,416	0,77	
2 Log likelihood: 382,658      R <sup>2</sup> =0,114				

#### 4.4.2. Aile Hekimini Bilen Katılımcıların Sağlık Hizmeti Almak İçin Aile Hekimini Kullanmış Olma Durumları

Aile hekimini bilen 367 katılımcının %83,9’u (308 kişi) muayene ya da kontrol amaçlı aile hekimine başvurmuştur (Çizelge 4.23). Tüm nüfus üzerinden bakıldığında kendi aile hekimine muayene olma oranı %72,0’dır.

**Çizelge 4.23.** Aile hekimini bilen katılımcıların sağlık hizmeti almak için aile hekimini kullanmış olma durumları.

Özellik	n	%
Aile hekimini bilen, hiç kullanmamış olan	59	16,1
Aile hekimini bilen, kullanan	308	83,9
<b>TOPLAM</b>	367	100,0

Aile hekimini bilen katılımcıların sağlık hizmeti almak için aile hekimini kullanmış olma durumunu etkileyen sosyodemografik özelliklerin lojistik regresyon analizinde geriye kalan tek değişken sınıfsal konum olmuştur. Tarımda

yer alan grubun hepsinin aile hekimini kullandığı, kullanmayan grupta “0” kişi yer aldığı için analiz dışı bırakılmıştır. Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştırmayanlar beyaz yakalılara göre 5,85, mavi yakalı ve hizmet emekçisi olanların ise yine beyaz yakalılara göre 3,23 kat fazla oranla aile hekimini kullanmışlardır (Çizelge 4.24.).

**Çizelge 4.24.** Aile hekimini bilen katılımcıların aile hekimine muayene olma durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Hane reisi sınıfsal konumu</b>				
Beyaz yakalı		0,001	1	
Tarım*				
Kendi hesabına çalışan <sup>1</sup>	1,77±0,65	0,006	5,85	1,64-20,84
Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran <sup>1</sup>	0,65±0,49	0,184	1,91	0,73-4,98
Mavi yakalı/ hizmet emekçisi	1,17±0,33	0,000	3,23	1,70-6,13
<b>KATSAYI</b>	0,77±0,25	0,002	2,17	
2 Log likelihood: 302,436      R <sup>2</sup> =0,075				

\* Aile hekimine muayene olmama durumu “0” olduğu için analiz dışı bırakılmıştır.

<sup>1</sup>Tarım dışı

#### 4.4.3. Katılımcıların Son İki Başvurusunu Aile Hekimine Yapmış Olma Durumu (Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği)

Kendi aile hekimini bilmeyen bir kişi ile bilen fakat muayene olmadığını belirten üç kişi son iki başvurusunu aile hekimi şeklinde belirtmiştir. Bu başvuruların başka bir aile hekimine yapıldığı düşünülerek, son iki ardışık başvurunun aile hekimine yapılması şeklinde değerlendirilen olağan hizmet sunucu sürekliliği değerlendirilirken bu dört başvuru analize katılmamıştır. Bu durumda katılımcıların tamamı için olağan hizmet sunucu sürekliliği %17,6 olup, daha önce aile hekiminden hizmet almak için başvuranlarda ise %21,4’tür (Çizelge 4.25.).

**Çizelge 4.25.** Katılımcıların son iki başvuruda aile hekimine başvurma durumu (Olağan hizmet sunucu sürekliliği).

Özellik	n	%
<b>Aile hekimini bilen ve kullananların olağan hizmet sunucu sürekliliği (n=308)</b>		
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olan	75	21,4
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olmayan	233	75,6
<b>Tüm katılımcıların olağan hizmet sunucu sürekliliği (n=428)</b>		
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olan	75	17,6
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olmayan	350	82,4

Lojistik regresyon analizine göre katılımcıların olağan hizmet sunucu sürekliliği 15-24 yaşa göre 25-34 yaş aralığında olanlarda daha az iken (OR=0,37), geliri kötü olanlarda 2,82 kat, Antalya’da 5 yıldan daha çok yaşayanlarda 2,51 kat, kronik hastalığı olmayanlarda 2,63 kat, son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerde ise 2,35 kat daha fazladır (Çizelge 4.26).

**Çizelge 4.26.** Katılımcıların son iki başvurusunun aile hekimine olmasını (Olağan hizmet sunucu sürekliliğini) etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Yaş grupları</b>				
15-24 yaş			1	
25-34 yaş	-0,98±0,46	0,031	0,37	0,15-0,92
35-49 yaş	-0,60±0,41	0,150	0,55	0,24-1,24
50yaş üzeri)	0,13±0,48	0,791	1,14	0,44-2,93
<b>Gelir</b>				
Geliri iyi olan			1	
Geliri kötü olan	1,04±0,31	0,001	2,82	1,52-5,23
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				
Kronik hastalığı olan			1	
Kronik hastalığı olmayan	0,97±0,39	0,013	2,63	1,22-5,64
<b>Son 1 yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme</b>				
Vazgeçmeyen			1	
Vazgeçen	0,85±0,31	0,006	2,35	1,27-4,35
<b>KATSAYI</b>	-4,00±0,86	0,000	0,02	
-2 Log likelihood: 338,703      R <sup>2</sup> =0,208				

Aile hekiminden hizmet almış olanların temel sosyoekonomik özellikler yanı sıra bazı kullanım özelliklerini de içeren lojistik regresyon analizinde olağan hizmet sunucu sürekliliğinin aile hekiminden memnun olanlarda 15,34 kat, geliri kötü olanlarda 2,33 kat, Antalya’da 5 yıldan daha çok yaşayanlarda 2,79 kat, kronik hastalığı olmayanlarda 2,71 kat, son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerde ise 2,63 kat daha fazla olduğu görülmektedir. 25-34 yaş ve 35-49 yaş aralığındakilerin ise 15-24 yaş aralığındaki katılımcılara göre olağan hizmet sunucu sürekliliği daha azdır (25-34 yaş OR=0,30- 35-49 yaş OR=0,40) (Çizelge 4.27.).

**Çizelge 4.27.** Aile hekimini kullanan katılımcıların son iki başvurusunu aile hekimine yapmış olma durumunu (Olağan hizmet sunucu sürekliliğini) etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Yaş grupları</b>				
15-24 yaş		0,026	1	
25-34 yaş	-1,21±0,50	0,015	0,30	0,11-0,79
35-49 yaş	-,93±0,46	0,045	0,40	0,16-0,98
50yaş üzeri)	-,14±0,55	0,793	0,87	0,29-2,54
<b>Gelir</b>				
Geliri iyi olan			1	
Geliri kötü olan	0,85±0,34	0,012	2,33	1,21-4,50
<b>Antalya’da yaşanılan süre</b>				
5 yıldan az yaşayan			1	
5 yıldan fazla yaşayan	1,03±0,50	0,042	2,79	1,04-7,51
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				
Kronik hastalığı olan			1	
Kronik hastalığı olmayan	1,00±0,43	0,019	2,71	1,18-6,25
<b>Son 1 yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme</b>				
Vazgeçmeyen			1	
Vazgeçen	0,97±0,34	0,004	2,63	1,35-5,10
<b>Aile hekiminden memnuniyet</b>				
Memnun olmayan			1	
Memnun olan	2,73±1,06	0,010	15,34	1,91-123,46
<b>KATSAYI</b>	-5,96±1,41	0,000	0,00	
-2 Log likelihood: 275,669 R <sup>2</sup> =0,287				



#### **4.4.4. Katılımcıların Aile Hekiminden Hizmet Alma Özellikleri ve Hizmetten Memnuniyetleri**

Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların kullanım özelliklerine bakıldığında; %68,5'inin son 3 ay içinde, %14,9'unun 3-6 ay içinde başvurusunun olduğu, %8,5'inin ise en son 1 yıldan uzun süre önce başvurmuş olduğu görülmektedir (Çizelge 4.28.). Aile hekimini bilmeyen ve hiç muayene olmamışlar da eklendiğinde katılımcıların tümü içinde son 1 yılda aile hekimine başvurmayan yüzdesi %34,1 olmaktadır.

Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların %70,1'inin hizmet almak için fazla beklemediğini, %24,7'sinin biraz fazla beklediğini, %4,9'unun ise çok fazla beklediğini düşündüğü görülmektedir. Aile sağlığı merkezine ulaşım durumunu %71,1'i yürüyerek rahat, %6,5'i yürüyerek uzun, %22,1'i ancak araçla gidilebilecek mesafe olarak tanımlamıştır (Çizelge 4.28.).

Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların kendi aile hekimi ile ilgili değerlendirmelerinde; %89,3'ü aile hekiminin yaklaşımını çok iyi-iyi olarak tanımlamakta, %84,4'ü yeterince bilgilendirdiğini düşünmekte, %85,7'si bilgisine güven duymaktadır (Çizelge 4.28.).

**Çizelge 4.28.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların bazı kullanım özellikleri.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aile hekimine en son başvurma zamanı</b>		
Son 3 ay içinde başvuran	211	68,5
3-6 ay içinde başvuran	46	14,9
6 ay-1 yıl içinde başvuran	25	8,1
1 yıldan uzun süre önce başvuran	26	8,5
<b>Son bir yılda kendi aile hekimine başvuru sayısı</b>		
Son bir yılda başvurusu olmayan	26	8,4
1-2 kez başvuran	104	33,8
3-4 kez başvuran	87	28,3
5-20 kez başvuran	91	29,5
<b>Aile hekimliğinde hizmet almak için bekleme süresi</b>		
Bekleme süresini fazla bulmayan	216	70,1
Bekleme süresini biraz fazla bulan	76	24,7
Bekleme süresini çok fazla bulan	15	4,9
Kararsız	1	0,3
<b>Aile sağlığı merkezine ulaşım durumu</b>		
Yürüyerek rahat ulaşan	219	71,1
Yürüyerek uzun sürede ulaşan	20	6,5
Ancak araçla gidilebilir mesafede olan	68	22,1
Yerini bilmeyen	1	0,3
<b>Aile hekiminin yaklaşımını iyi bulma durumu</b>		
Çok iyi	110	35,7
İyi	165	53,6
Orta	29	9,4
Kötü	4	1,3
<b>Aile hekiminin yeterince bilgilendirdiğini düşünme durumu</b>		
Yeterince bilgilendirdiğini düşünen	260	84,4
Yeterince bilgilendirmediğini düşünen	25	8,1
Kararsız	23	7,5
<b>Aile hekiminin bilgisine güven duyma</b>		
Bilgisine güven duyan	264	85,7
Bilgisine güven duymayan	17	5,5
Kararsız	27	8,8
<b>TOPLAM</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

Kendi hekimleri olmadığında başka aile hekiminden hizmet alma durumu için %57,7'si böyle bir durumla karşılaşmadığını belirtmiş, %36'sı böyle bir durum söz konusu olduğunda işlerini her zamanki gibi hallettiğini, %5,2'si ise problem yaşadığını belirtmiştir (Çizelge 4.29.).

**Çizelge 4.29.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların, aynı aile sağlığı merkezinde başka aile hekiminden hizmet alma ve problem yaşama durumu.

Özellik	n	%
Başka bir aile hekiminden hizmet alması gerekmeyen	177	57,5
Aile hekimi tek çalışan	4	1,3
Başka bir aile hekiminden hizmet alması gerektiğinde problem yaşayan	16	5,2
Başka bir aile hekiminden hizmet alması gerektiğinde problem yaşamayan	111	36,0
<b>TOPLAM</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların %91,2'si aile hekiminden memnun, %8,8'i memnun değildir (Çizelge 4.30.).

**Çizelge 4.30.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekiminden memnuniyet düzeyleri.

Özellik	n	%
<b>Aile hekiminden memnun olanlar*</b>	<b>281</b>	<b>91,2</b>
Çok memnun	78	25,3
Memnun	203	65,9
<b>Aile hekiminden memnun olmayanlar**</b>	<b>27</b>	<b>8,8</b>
Kararsızım	15	4,9
Memnun değil	11	3,6
Hiç memnun değil	1	0,3
<b>TOPLAM</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

\*Memnuniyeti en fazla etkileyen yaklaşımlar: %52,0 ilgili olması, %32,0 güler yüzlü, samimi, iletişimini iyi olması, %20,7 dinlemesi veya bilgilendirmesi nedeniyle (nedenler birden fazla seçenekle belirtilmiştir).

\*\*Memnuniyetsizliği en fazla etkileyen yaklaşımlar: %37,0 ilgisiz olması, %11,1 bilgilendirmemesi, %3,7 iletişiminin iyi olmaması.

Aile hekiminden hizmet almış olanların temel sosyoekonomik özellikler yanı sıra bazı kullanım özelliklerini de içeren lojistik regresyon analizinde aile hekiminden memnun olma düzeyini, aile hekiminin yeterli bilgi verdiğini düşünmek 31,85 kat, aile hekiminin bilgisine güven duymak 9,29 kat, aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulmak 4,65 kat artırmaktadır. Antalya’da yaşama süresi 5 yıldan fazla olanlarda (OR:0,036) ve hanede yaşayan kişi sayısının 5’ten fazla olmasına göre 3-4 kişi olması durumunda memnuniyet daha azdır (OR:0,09) (Çizelge 4.31.).

**Çizelge 4.31.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekiminden memnun olma durumunu etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B± SH	p	OR	%95 GA
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>				
5 ve daha fazla			1	
1-2 kişi	-0,02±1,18	0,986	0,98	0,10-9,82
3-4 kişi	-2,39±1,02	0,019	0,09	0,01-0,68
<b>Antalya’da yaşanılan süre</b>				
5 yıldan az			1	
5 yıldan fazla	-3,33±1,21	0,006	0,04	0,00-0,38
<b>Aile sağlığı elemanının yaklaşımı</b>				
Kötü bulan			1	
İyi bulan	1,54±0,70	0,028	4,65	1,18-18,28
<b>Aile hekiminin bilgisine güven duyma</b>				
Bilgisine güven duymayan			1	
Bilgisine güven duyan	2,23±0,68	0,001	9,29	2,46-35,05
<b>Aile hekiminin yeterince bilgilendirdiğini düşünme</b>				
Yeterince bilgilendirmediğini düşünen			1	
Yeterince bilgilendirdiğini düşünen	3,46±0,72	0,000	31,85	7,81-129,89
<b>KATSAYI</b>	2,90±1,34	0,031	18,10	
-2 Log likelihood: 74,832      R <sup>2</sup> =0,660				

Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile sağlığı elemanının yaklaşımını %73,1’i iyi, %26,9’u kötü bulmaktadır. %20,8’inin ise aile sağlığı elemanını tanımadığı görülmektedir (Çizelge 4.32.).

**Çizelge 4.32.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile sağlığı elemanı ile ilgili düşünceleri.

Özellik	n	%
<b>Aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulan</b>	<b>225</b>	<b>73,1</b>
Çok iyi	86	27,9
İyi	139	45,2
<b>Aile sağlığı elemanının yaklaşımını kötü bulan</b>	<b>83</b>	<b>26,9</b>
Orta	16	5,2
Kötü	2	0,6
Çok kötü	1	0,3
Tanımıyor*	64	20,8
<b>TOPLAM</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

\*Anketin asıl halinde bulunmayan bu şık, anketleri sahada ilk uygulamaya başlayan araştırmacının gerekliliğini fark etmesi ile eklenerek uygulamaya devam edilmiştir.

Aile hekimine muayene olmuş kişilerin %92,9'u önceden sağlık ocağını kullanan kişilerdir ve bunların %39,9'u aile hekimliği ile sağlık ocağı arasında fark olmadığını, %47,9'u fark olduğunu belirtmektedir (137 kişi) (Çizelge 4.33).

**Çizelge 4.33.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların daha önce sağlık ocağını kullanma durumu ve aile hekimliği ile kıyaslamaları.

Özellik	n	%
<b>Daha önce sağlık ocağını kullanma durumu(n=308)</b>		
Daha önce sağlık ocağını kullanan	286	92,9
Daha önce sağlık ocağını kullanmayan	22	7,1
<b>Sağlık ocağı ile aile hekimliği arasında farklılık var mı (n=286)</b>		
Sağlık ocağı ile aile hekimliği arasında fark yok	114	39,9
Kararsız	35	12,2
Sağlık ocağı ile aile hekimliği arasında fark var	137	47,9

Fark var diyenlerin %8,7'si sağlık ocağı, %91,3'ü ise aile hekimliği lehine olumlu ifadelerde bulunmuştur. Aile hekimliğinin sağlık ocağı ile farkı hakkındaki bu ifadelerden %33,6 oranı ile "aile hekimliğinde tanıdık-sabit bir

hekimin olmasının iyi olduğu” en yüksek orana sahiptir. Bunu %32,1 ile aile hekimliğinde ilginin daha fazla olduğu, %19,0 ile fazla beklenmeden işlerin kolay-hızlı halledilebildiği, %15,3 ile aile hekimliğinin sağlık ocağından daha iyi olduğu ifadeleri takip etmektedir. %5,8 oranında binanın konum- fiziki yapı ve temizliği ile ilgili olumlu ifadeler yer alırken, %16,1 oranında değişik yönlerden aile hekimliğinin farklı olumlu bulunan yönlerini belirten ifadeler yer almaktadır (Çizelge 4.34.).

**Çizelge 4.34.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcılara göre sağlık ocağı ile aile hekimliği arasındaki farklılıklar.

<b>Sağlık ocağı ile aile hekimliği arasındaki farklılıklar</b>		
<b>Aile hekimliğini daha iyi bulanların ifadeleri</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Aile hekimliğinde seni tanıyan sabit doktorun olması iyi	46	<b>33,6</b>
Aile hekimliğinde ilgi daha fazla	44	<b>32,1</b>
Aile hekimliğinde fazla beklenmiyor-işini daha hızlı-kolay halledebiliyorsun	26	<b>19,0</b>
Aile hekimliği daha iyi	21	<b>15,3</b>
Aile hekimliğinde muayene daha iyi	9	<b>6,6</b>
Aile hekimliği daha düzenli-temiz	5	<b>3,6</b>
Aile hekimliğinde yaklaşım daha güzel	3	<b>2,2</b>
Aile hekimliğinde özel gibi önceliklisin	2	<b>1,5</b>
Aile hekimi daha ayrıntılı soruyor	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde derdini daha rahat anlatabiliyorsun	1	<b>0,7</b>
Aile hekimi daha iyi bilgilendiriyor	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde kontroller daha iyi	1	<b>0,7</b>
Aile hekimi ile telefonla bile görüşebiliyorsun	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde çocuk izlemleri daha iyi	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde ebe ile iletişimimiz daha iyi	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde doktorum iyi	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde ulaşım daha kolay	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde yeri-binası daha güzel	2	<b>1,5</b>
<b>Sağlık ocağını daha iyi bulanların ifadeleri</b>		
Sağlık ocağı daha iyiydi	4	<b>3,0</b>
Sağlık ocağında daha az sıra bekliyorduk	1	<b>0,7</b>
Ulaşım açısından sağlık ocağı daha iyiydi	1	<b>0,7</b>
Sağlık ocağında hekim seçebiliyorduk	2	<b>1,5</b>
Aile hekimliğinde daha fazla sıra var	1	<b>0,7</b>
Aile hekimliğinde ev ziyareti az-yok	2	<b>1,5</b>
Aile hekimliğinde sadece ilaç yazıyorlar	1	<b>0,7</b>

\*Birden fazla ifade kullanılabilir.

#### 4.4.5. Hekimlere Ait Nüfus, Poliklinik Bilgileri

Konyaaltı ve Kepez’de çalışmakta olan aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı en az 2111, en çok 4628 olmak üzere ortalama  $3875,50 \pm 446,05$  kişidir. Hekimlerin %48,8’inin 4001 ve üzerinde hastası bulunmaktadır. Gebe sayısı en az 4, en çok 74 (ortalama  $35,10 \pm 12,28$ ), bebek sayısı en az 1 en çok 123 (ortalama  $65,82 \pm 20,15$ ), çocuk sayısı ise en az 8, en çok 608 (ortalama  $277,01 \pm 80,81$ ) şeklindedir. Gebe, bebek ve çocukta en az sayı, aynı hekime ait olup sanayi bölgesinde çalışan hekime ait olduğu düşünülmektedir.

Günlük ortalama poliklinik sayıları 30 ile 100, reçete tekrarı yüzdeleri ise tahminen 4-90 arasında değişmektedir. Hekimlerden, kaydını başka hekime aldırın kişi sayısı ise 1 ile 3000 arasında değişmektedir (Çizelge 4.35.).

Çizelge 4.35. Hekimlere ait nüfus, poliklinik bilgileri.

Özellik	n	En az	En çok	Ort±SS
Hekime bağlı nüfus	121	2111	4628	$3875,50 \pm 446,05$
Gebe sayısı	124	4	74	$35,10 \pm 12,28$
Bebek sayısı	124	1	123	$65,82 \pm 20,15$
Çocuk sayısı	123	8	608	$277,01 \pm 80,81$
Günlük ortalama polikliniks sayısı	124	30	100	$61,38 \pm 15,40$
Günlük ortalama reçete tekrarı yüzdesi	120	4	90	$29,14 \pm 15,69$
Başka hekime kayıt aldırın toplam kişi sayısı	111	1	3000	$836,05 \pm 656,36$

#### 4.5. Sağlık Hizmeti Sunumunun Kapsayıcılığı ve Etkileyen Değişkenler

##### 4.5.1. Aile Hekimini Bilen ve Hizmet Almak İçin Başvurmuş Katılımcıların Aile Hekimine En Çok Başvuru Nedenleri

Katılımcıların aile hekimine en çok başvurmalarını sağlayan neden, %40,4 muayene olmak için, %32,9 ilaç yazdırmak için, %16,3 ile bebek- çocuk izlem ve aşıları içindir (Çizelge 4.36.).

**Çizelge 4.36.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimine en çok başvuru nedenleri.

Özellik	n	%
En çok muayene olmak için başvuran	124	40,4
En çok ilaç yazdırmak için başvuran	101	32,9
En çok bebek-çocuk izlemi/aşısı için başvuran	50	16,3
En çok doğum kontrolü hizmetleri için başvuran	10	3,2
En çok tetkik için başvuran	15	4,9
En çok sağlık raporu için başvuran	7	2,3
<b>TOPLAM</b>	<b>307</b>	<b>100,0</b>

Analizlerde muayene, doğum kontrolü hizmetleri (%3,3) ve bebek çocuk izlemi için başvuru bir grup olarak; ilaç yazdırma, tetkik (%4,9) ve diğer (%2,3) şeklinde belirtilen sağlık raporu almak için yapılan başvurular da başka bir grup olarak değerlendirilmiştir.

İlaç ve tetkik için başvurma oranı kronik hastalığı olanlarda 3,89 kat fazladır. Bu oran 0-2 yaş çocuğu olanlarda (OR=0,17) ve 50 yaş ve üzerine göre 15-24 yaşta (OR=0,25), 25-34 yaşta (OR=0,19), 35-49 yaşta (OR=0,31) anlamlı derecede daha azdır (Çizelge 4.37).



**Çizelge 4.37.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimlerine en çok ilaç yazdırma-tetkik-rapor için başvurma nedenlerini etkileyen değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Değişkenler	B±SH	p	OR	%95 GA
<b>Yaş grupları</b>				
50 yaş ve üzeri		0,002	1	
15-24 yaş	-1,39±0,48	0,004	0,25	0,10-0,64
25-34 yaş	-1,65±0,47	0,000	0,19	0,08-0,48
35-49 yaş	-1,18±0,36	0,001	0,31	0,15-0,62
<b>0-2 yaş çocuğu olma durumu</b>				
0-2 yaş çocuğu yok			1	
0-2 yaş çocuğu var	-1,74±0,76	0,022	0,17	0,04-0,78
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				
Kronik hastalığı olmayan			1	
Kronik hastalığı olan	1,36±0,32	0,000	3,89	2,06-7,35
<b>KATSAYI</b>	0,30±0,35	0,389	1,35	
-2 Log likelihood: 320,241      R <sup>2</sup> =0,354				

#### 4.5.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aile hekimlerinin %55,4'ü yeterli koruyucu sağlık hizmeti verebildiğini, %44,6'sı koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince veremediğini belirtmektedir (Çizelge 4.38.).

**Çizelge 4.38.** Aile hekiminin koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince verebildiğini düşünme durumu.

Özellik	n	%
Yeterince koruyucu sağlık hizmeti verebildiğini düşünen	72	55,4
Yeterince koruyucu sağlık hizmeti veremediğini düşünen	58	44,6
<b>TOPLAM</b>	130	100,0

Koruyucu sağlık hizmetini yeterince veremediğini belirtenlerden, bunun nedeni olabilecek parametreleri derecelendirerek işaretlenmesi istenmiştir. Çizelge 4.39’da bu parametrelerin koruyucu sağlık hizmeti verememekteki etki yüzdesi ve etki derecesi görülmektedir. Parametrelerin yeterli koruyucu sağlık hizmeti verememeye etki yüzdesi, yeterli koruyucu sağlık hizmeti verdiğini belirtenlerin derecelendirmesi “0” alınarak toplam yüzdeden hesaplanmıştır. Buna göre hekimlerin %40,8’i tedavi edici hizmetlere ağrılık vermek zorunda kaldığı için, %40,8’i ev ziyaretlerine vakit kalmadığı için, %32,3’ personel yetersizliği nedeniyle, %30,8’i hasta uyumsuzluğu nedeniyle koruyucu sağlık hizmeti vermekte sorun yaşamaktadır. %3,8 oranında bu konuda diğer başlığında belirtilen problemler şu şekildedir: Görev dışı işler (derecesi 10), koruyucu sağlık hizmet bütünlüğü ortadan kalktığı için (derecesi 5), performans, lüzumsuz tekrarlanan kayıtlar (derecesi 2), aile sağlığı merkezinden ayrılmanın zor oluşu (derecesi 10), Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden kaynaklanan malzeme eksikliği (derecesi 10) (izelge 4.39.).

Yeterli koruyucu sağlık hizmeti verememeye etki derecesi ortalaması en yüksek parametreler, 7,64 ile ev ziyaretlerine vakit kalmaması ve 7,62 ile tedavi edici hizmetlere ağrılık vermek zorunda kalınmasıdır (izelge 4.39.).

**Çizelge 4.39.** Aile hekiminin yeterli koruyucu sağlık hizmeti veremediğini düşünme nedenleri ve etki derecesi.

Yeterli koruyucu sağlık hizmeti verememe nedeni*(n=130)	n	%	Etki derecesi		Ort±SS
			En az	En ok	
Tedavi edici hizmetlere ağrılık vermeye mecbur kalmak	53	40,8	1	10	7,62±3,26
Ev ziyaretlerine vakit kalmaması	53	40,8	1	10	7,64±3,25
Personel yetersizliği	42	32,3	1	10	7,00±3,41
Hasta uyumsuzluğu	40	30,8	1	10	6,00±3,08
Diğer	5	3,8	2	10	7,40±3,71

\*Birden fazla neden belirtilebilir.

Çizelge 4.40’da, Çizelge 4.39’da koruyucu sağlık hizmeti verebilme durumunu etkileyen 4 parametre için sorun yaşamayanların değerleri “0” alınarak (diğer seçeneği dışındaki parametreler) toplam puan (en az 0, en çok 40) hesaplanarak oluşturulmuş “hekimlerin koruyucu sağlık hizmeti vermede sorun yaşama derecesi” görülmektedir. Buna göre hekimlerin %23,8’i koruyucu sağlık hizmeti vermede fazla ve çok fazla sorun yaşamaktadır.

**Çizelge 4.40.** Aile hekiminin koruyucu sağlık hizmeti vermede sorun yaşama derecesi.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Koruyucu sağlık hizmeti vermede sorun yaşamayan-az sorun yaşayan</b>	<b>99</b>	<b>76,2</b>
Sorun yok	72	55,4
Çok az sorun (1-8 puan)	11	8,5
Az sorun (9-16 puan)	6	4,6
Orta derece sorun (17-25 puan)	10	7,7
<b>Koruyucu sağlık hizmeti vermede fazla sorun yaşayan</b>	<b>31</b>	<b>23,8</b>
Fazla sorun (26-34 puan)	19	14,6
Çok fazla sorun (35-40 puan)	12	9,2
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Çizelge 4.41’de aile hekimini bilen hizmet almış katılımcılardan elde edilen, bütüncül yaklaşım sağlanabilmesi adına hekimlerin/aile sağlığı elemanlarının sağlığın korunmasıyla ilişkili bazı yaklaşımları görülmektedir. Buna göre katılımcıların %23,4’ü aile hekiminin kendisinin mesleğini bilmediğini, sigara kullananların %55,0’ı aile hekiminin sigaranın zararları ve bırakması hakkında bilgilendirmediğini, 15-49 yaş kadınların ise %38,8’i doğum kontrolü hakkında bilgilendirmediğini belirtmiştir (Çizelge 4.41.). Doğum kontrolü hakkında bilgilendirilmeyenlerin oranı sadece evli kadınlar üzerinden değerlendirildiğinde ise %38,6’dır.

**Çizelge 4.41.** Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların aile hekimlerinin, sağlığın korunmasıyla ilgili bazı konulara yaklaşımı.

Özellik	n	%
<b>Aile hekiminin, katılımcının mesleğini bilme durumu (n=308)</b>		
Mesleğini biliyor	216	70,1
Mesleğini bilmiyor	72	23,4
Kararsız	20	6,5
<b>Aile hekiminin, sigara içenleri bilgilendirme durumu (n=40)</b>		
Sigaranın zararları ve bırakması konusunda bilgilendirilen	13	32,5
Sigaranın zararları ve bırakması konusunda bilgilendirilmeyen	22	55,0
Kararsız	5	12,5
<b>15-49 yaş kadınların, doğum kontrolü hakkında bilgilendirilme durumu (n=304)</b>		
Doğum kontrolü hakkında bilgilendirilenler	186	61,2
Doğum kontrolü hakkında bilgilendirilmeyenler	118	38,8

#### 4.5.3. Ev Ziyaretleri

Aile hekimleri, beraber çalıştığı aile sağlığı elemanlarının %11,4'ü ev ziyaretine gerektiği kadar çıktığını belirtmektedir. %35,9'u fırsat buldukça ama yetersiz ev ziyareti yaparken, %52,7'si ev ziyaretine hiç çıkmamaktadır (Çizelge 4.42.).

**Çizelge 4.42.** Aile hekimine göre aile sağlığı elemanının ev ziyaretlerine çıkma durumu.

Ev ziyaretlerine çıkma durumu	n	%
Gerektiği kadar çıkan	15	11,4
Fırsat buldukça, ancak yetersiz çıkan	47	35,9
Hiç çıkmayan	69	52,7
<b>TOPLAM</b>	131	100,0

Ev ziyaretine hiç çıkmayan 69 aile hekimine bunun nedeni sorulmuş, yetersiz çıktığını belirtenler içinden de bu soruyu yanıtlayanlar olmuştur (17 kişi). Ev ziyaretine çıkmama nedeni soruyu cevaplayan toplam 86 kişi üzerinden değerlendirilmiştir. Buna göre %70,9'u telefonla tüm izlemleri aile sağlığı merkezine davet ettiğini, gelmeyen ve ulaşamadıklarına ev ziyareti yaptığını, %29,1'i vakit olmadığını, %24,4'ü telefonla tüm izlemleri aile sağlığı merkezine davet ettiğini ve hepsisinin bu davetle aile sağlığı merkezine geldiğini, %8,1'i ise böyle bir şeye gerek olmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.43.).

**Çizelge 4.43.** Aile hekimine göre aile sağlığı elemanı ev ziyaretine çıkmıyor ise nedeni (n=86)\*.

Ev ziyaretine çıkmama nedeni	n	%
Ev ziyaretlerinin gereksiz olduğu için yapmayan	7	8,1
Telefonla izlemlere davet edilme ile izlemlerin tamamının aile sağlığı merkezine gelmesi nedeniyle	21	24,4
Telefonla izlemlere davet edilme, gelmeyen ve ulaşamayanlara ev ziyareti yapılması	61	70,9
Ev ziyaretlerine vakit kalmaması nedeniyle yapmayan	25	29,1

\* birden fazla seçenek işaretlenebilir

Sağlık hizmeti kullanıcılarının %93,4'ünün hanesine aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından ev ziyareti yapılmadığı görülmektedir (Çizelge 4.44.).

**Çizelge 4.44.** Sağlık hizmeti kullanıcılarının hanelerine aile hekimi veya aile sağlığı elemanının ev ziyareti durumu.

Hanelerine aile hekimi/ aile sağlığı elemanı ziyareti durumu	n	%
Ev ziyareti yapılan hane	23	6,6
Ev ziyareti yapılmayan hane	326	93,4
<b>TOPLAM</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.4. 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumları

Araştırmaya katılan kadınlardan 15-49 yaş aralığında ve evli olan kişi sayısı 254'dür (%59,3). Bunların %68,9'u herhangi bir yöntem kullanmakta olup, %31,1'i ise kullanmamaktadır. Kullanmayan 79 kişinin 11'i gebe, 13'ü gebelik istemi, 12'si menapoz, 1'i cerrahi menapoz, 1'i de infertil olup, kullanması gerekmeyen kişiler (toplam 38 kişi) olarak gruplandırılmıştır.

Kullanması gerekmeyenler dışlandığında, araştırmaya katılanların %19,0'ı herhangi bir yöntem kullanmazken, %69,9'u etkin, %11,1'i etkin olmayan yöntem kullanmaktadır (Çizelge 4.45.).

**Çizelge 4.45.** 15-49 yaş evli kadınların yöntem kullanma durumları (n=254).

Özellik	n	%*	%**
<b>Herhangi bir yöntem kullanan</b>	<b>175</b>	<b>68,9</b>	
<b>Etkin değil</b>	<b>24</b>	<b>9,4</b>	<b>11,1</b>
Geri çekme			
<b>Etkin</b>	<b>151</b>		<b>69,9</b>
Hap/iğne	18	7,1	
Spiral	42	16,5	
Tüp ligasyonu/vazektomi	23	9,1	
Kondom	68	26,8	
<b>Yöntem kullanmayan</b>	<b>79</b>	<b>31,1</b>	
Kullanması gereken	41	16,1	<b>19,0</b>
Kullanması gerekmeyen <sup>1</sup>	38	15,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*Doğum kontrolü yöntemi kullanma oranı

\*\* Doğum kontrolü yöntemi ihtiyacı olanlar içinde yöntem kullanım oranı

<sup>1</sup>11 gebe,13 gebelik istemi, 12 menapoz, 1 cerrahi menapoz, 1 infertil

Doğum kontrolü yöntemi olarak etkin bir yöntem olmayan geri çekme yöntemi kullanan bireylerin %41,7'si başka bir yöntem kullanması gerekliliği hakkında bilgilendirilmemiştir (Çizelge 4.46.).

**Çizelge 4.46.** Geri çekme yöntemi kullanan kadınların başka bir yöntem kullanması gerektiği hakkında aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından bilgilendirilme durumu.

Özellik	n	%
Bilgilendirilen	14	58,3
Bilgilendirilmeyen	10	41,7
<b>TOPLAM</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Hap-iğne-kondom kullanan kadınların bu yöntemleri %50 oranında eczaneden, %39,6 oranında aile hekiminden, %8,1 oranında da marketten temin ettiği görülmektedir (Çizelge 4.47.).

**Çizelge 4.47.** Hap-iğne-kondom kullanan kadınların yöntemi temin ettikleri yer.

Yöntemin temin edildiği yer	n	%
Eczane	43	50,0
Aile hekimi	34	39,6
Özel poliklinik/hastane	2	2,3
Market	7	8,1
<b>TOPLAM</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

#### **4.5.5. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarından Son İki Yılda Gebeliği Olanların Gebelik Özellikleri ve Bazı Sağlık Hizmetlerini Kullanım Özellikleri**

Çalışmaya katılanların %12,6'sının (54 kişi) son 2 yıl içinde gebeliği olmuştur (Çizelge 4.48). Gebeliği düşük ya da kürtajla sonlananların gebeliği olmadığı varsayılmıştır.

**Çizelge 4.48.** Katılımcıların son iki yılda gebelik durumu.

Özellik	n	%
Son iki yılda gebeliği olan	54	12,6
Son iki yılda gebeliği olmayan	374	87,4
<b>TOPLAM</b>	<b>428</b>	<b>100,0</b>

Çizelge 4.49’da son iki yılda gebeliği olanların gebelik başlangıcı ve doğum yapma durumları görülmektedir. Buna göre 6’sı aile hekimliği uygulamasının başladığı tarihte gebe olup, 48’i aile hekimliği uygulaması başladıktan sonra gebe kalmış ve bunların 37’si doğum yapmış, 11’i ise henüz doğum yapmamıştır. Aile hekiminin gebelikten haberdar olma durumu, izlem yapma durumu ve gebeliği kayıt zamanı ile ilgili değerlendirmelerde aile hekimliği öncesi gebe kalanlar; gebelik izlem sayısı değerlendirmelerinde ise henüz doğum yapmamış olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

**Çizelge 4.49.** Son iki yılda gebe kalanların doğurmuş olma durumu<sup>1</sup>.

Özellik	n	%
<b>Aile hekimliği uygulaması başlamadan önce gebe kalan</b>	<b>6</b>	<b>11,1</b>
Doğum yapmış	6	
<b>Aile hekimliği dönemi gebe kalan</b>	<b>48</b>	<b>88,9</b>
Doğum yapmış	37	
Doğum yapmamış*	11	
<b>TOPLAM</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

1Araştırma anketinin uygulanmaya başlandığı tarih olan 28 Ocak 2013 itibariyle, Antalya’da 2 yıl bir aydır (760 gün) aile hekimliği sistemi uygulanmakta olduğu için, gebelik süresinin 280 gün olduğundan yola çıkılarak; bebeği 480 günden büyük gebelerin (760-280=480) sistem öncesinde gebe kaldığı hesaplanmıştır (Antalya’da aile hekimliği uygulamasına geçiş tarihi: 13 Aralık 2010) (29).

\*En küçük gebelik 3 aylıktır.

Aile hekimliği döneminde gebe kalanların tamamı 8 hafta ve öncesinde gebe kaldığını öğrenmiştir. Aile hekimleri bu gebeliklerin %93,7’sinden haberdar olmuştur (45 gebe). Aile hekiminin bu gebelikleri kayıt haftası; %75,6’sı için 8 hafta ve öncesi, %13,3’ü için 9-12 hafta, %6,7’si için ise 13 hafta ve üzeridir. 2 kişi ise (%4,4) aile hekiminin gebeliğini kayıt haftasını hatırlamamaktadır. Aile hekiminin bu gebeliklerden haberdar olma şekli: %86,7 gebelik testinin aile hekimliğinde yaptırılması (6 kişi) ve gebeliğin öğrenilmesi ile gidip kayıt olunması şeklinde (33 kişi), %6,7 aile sağlığı elemanının bilgi almak için evi telefonla araması (1 kişi) veya komşusundan öğrenmesi ile (2 kişi), %4,4 gebenin aile hekimine başka bir nedenle başvurması ile öğrenilmesi şeklindedir (Çizelge 4.50.).



Aile hekimliği döneminde gebe kalan 48 kişinin %87,5'i aile hekiminin gebelik sırasında izlemlerini yaptığını, %12,5'i ise yapmadığını belirtmektedir. %16,2'sinin izlem sayısı 2-3 kez olup, %10,8'i ise izlem sayısını hatırlamamıştır (Çizelge 4.50.).

**Çizelge 4.50.** Aile hekimliği döneminde gebe kalmış olanların gebeliğine ait bazı özellikleri.

Özellik	n*	%
<b>Gebeliğini öğrendiği yer (n=48)</b>		
Aile hekimliğinde	7	14,6
Hastanede	7	14,6
Evde kendim test yaptım	29	60,4
Laboratuarda	3	6,2
Diğer	2	4,2
<b>Gebeliğini öğrendiği hafta (n=48)</b>		
3-4 hafta	19	39,6
5-6 hafta	25	52,1
7-8 hafta	4	8,3
<b>Aile hekiminin gebelikten haberdar olma durumu(n=48)</b>		
Evet	45	93,7
Hayır	3	6,3
<b>Aile hekiminin izlem yapma durumu(n=48)</b>		
Evet	42	87,5
Hayır**	6	12,5
<b>Aile hekiminin gebelikten haberdar olma şekli(n=45)</b>		
Aile hekimi başka nedenle gittiğinde öğrenen	2	4,4
Telefonla-komşudan öğrenen	3	6,7
Testi orada yaptıran- öğrenince kendi kayıt olan	39	86,7
Cevapsız	1	2,2
<b>Aile hekiminin gebeliği kayıt haftası (n=45)</b>		
8hf.ve öncesi	34	75,6
9-12	6	13,3
13 ve üzeri	3	6,7
Hatırlamayan	2	4,4
<b>Aile hekiminin gebe izlem sayısı (n=37)</b>		
Hatırlamayan	4	10,8
2-3	6	16,2
4-7	13	35,1
8-10	14	37,9

\*sütun yüzdesi \*\*4'ü doğum yapmış, 1'i 4 aylık gebe, 1'i 5 aylık gebe

Doğum yapan 43 gebenin %65,1'inin lohusalık döneminde aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından kontrolü yapılmış, %34,9'unun ise yapılmamıştır. %25,5'ine ise bu dönemde lohusalık, doğum kontrolü ya da emzirme hakkında aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından herhangi bir bilgilendirme yapılmamıştır (Çizelge 4.51.).

**Çizelge 4.51.** Son iki yılda gebeliği olan katılımcıların lohusalık dönemi bilgileri.

Özellik	n	%
<b>Lohusalıkta aile hekimi/ aile sağlığı elemanı tarafından kontrol yapılma durumu</b>		
Lohusalık döneminde kontrolü yapılan	28	65,1
Lohusalık döneminde kontrolü yapılmayan	15	34,9
<b>Lohusalık-doğum kontrolü-emzirme hakkında bilgilendirilme durumu</b>		
Hepsi hakkında bilgilendirilen	26	60,5
Sadece biri hakkında bilgilendirilen	6	14,0
Bilgilendirilmeyen	11	25,5
<b>TOPLAM</b>	43	100,0

#### 4.5.6. Aile Hekimlerinin Gebe İzlemlerinde Yaşadığı Sorunlar

Hekimlerin %95,4'ü gebe izlemlerinde problem yaşadığını belirtmektedir. %71,8'i habersiz taşınan hastalara ulaşım problemi nedeniyle, %63,4'ü kayıtlı bazı kişilerin adres bilgileri yanlışlığı yüzünden ulaşılamayan 15-49 yaş kadınların olması nedeniyle, %41,2'si aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçememiş olmak nedeniyle, %35,1'i aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçilmesine rağmen bu kişilerin gelmek istememeleri nedeniyle gebe izleminde sorun yaşadığını belirtmektedir (Çizelge 4.52.).

Hekimlerin gebe izleminde yaşadığı sorunlarda diğer olarak eklediği sorunlar ise şu şekildedir: Özel hastaneye gidip aile sağlığı merkezine gelmeyenler, özel hastane veya diğer basamaklarda kontrollerini yaptıran gebelerin, buralarda çalışan hekimler tarafından aile sağlığı merkezine kayıt ve kontrol gerekliliği hakkında bilgilendirilmemesi, gebeliğini gizleyenler, kişilerin

sık telefon numarası değiştirmeleri, 15-49 yaş kadın kayıtlarının 6 ayda bir yenilenmesinin zorluğu, hiçbir sağlık hizmetine başvurmadan doğuran gebeler, bilinçsizlik, hastaya yaptırım olmaması, başka il veya mahalleye taşınanların yeni adreslerinin hekim tarafından Toplum Sağlığı Merkezi'ne iletilmediği durumlarda bile kaydının o hekimden alınmaması, atama ile verilmiş ancak başka ilde olanların kaydının halen aile hekimlerinden alınmamış olması.

**Çizelge 4.52.** Hekimlerin gebe izleminde karşılaştığı sorunlar.

Özellik (n=131)	n	%
<b>Gebe tespit/izleminde zorluk yaşama durumu</b>	125	95,4
<b>Gebe tespit/izleminde zorluk yaşama nedenleri</b>		
Haber vermeden taşınan hastalara ulaşım problemi	94	71,8
Kayıtlı bazı kişilerin adres bilgileri yanlışlığı nedeniyle	83	63,4
Temasa geçilemeyen aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalar	54	41,2
Aile sağlığı merkezini kullanmak istemeyen hastalar	46	35,1
Diğer	11	8,4

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin 19'unun (%14,9) gebe izlemlerinden performans kesintisi olmuştur (Çizelge 4.53). Yapılan kesintiye itiraz etme durumuna, kesinti yapılan 19 hekimden 14'ü yanıt vermiştir. Buna göre hekimlerin 12'si (%85,7) gebe performans kesintisine itiraz etmiş, %63,6'sının (1 cevapsız var) itirazı kabul edilmiştir (Çizelge 4.54).

**Çizelge 4.53.** Hekimlerin gebe izlemlerinden performans kesintisi olma durumu.

Özellik	n	%
Performans kesintisi olan*	19	14,7
Performans kesintisi olmayan	110	85,3
<b>TOPLAM</b>	129	100,0

\*17 yaşında evlilik dışı gebelik, adres yanlışlığı nedeniyle ulaşılamayan gebe (2 kişi), taşınma nedeniyle ulaşılamayan gebe (6 kişi), bilgisayar program hatası nedeniyle (2 kişi), eşini terk eden (yer değişimi) gebe, geç tespit edilen gebe (2 kişi), hekim değişikliği, küretaj olacağını söyleyen gebe.

**Çizelge 4.54.** Hekimin gebe performans kesintisine itiraz etme durumu ve sonucu.

Özellik	n	%
Performans kesintisine itiraz eden**	12	85,7
Performans kesintisine itiraz etmeyen	2	14,3
Cevapsız	5*	-
<b>TOPLAM</b>	14	100,0

\*Yüzdeye katılmamıştır.

\*\*7 itiraz kabul, 4 itiraz red edilmiştir. 1 kişi itiraz sonucunu belirtmemiş.

#### **4.5.7. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarından Son İki Yılda Doğum Yapmış Olanların Bebeklerinin İzlem ve Aşılı**

Araştırma bölgesinde son iki yılda toplam 43 canlı doğum olmuştur. Bebeklerin %97,7'si anne ile aynı aile hekimine kayıtlıdır. Bebeği ile aynı aile hekimine kayıt durumunu bilmeyen 1 kişi ise (%2,3) kendi aile hekimini bilmemektedir (Çizelge 4.55.).

Bebek izlemlerinin yapıldığı yer %95,3'ünün aile hekimi iken, %4,7'sinin özel hastane polikliniklerdir. %95,3'ü izlemler için aile hekimliğine davet edilmiş, %4,7'si ise davet edilmemiştir. Aile hekiminin izlem için davet etmediği %4,7, izlemlerini özel hastane poliklinikte yaptıran bebeklerdir (Çizelge 4.55.).

Bebeklerin %95,3'ü için aile hekimi tarafından aşılaman zamanı hakkında bilgilendirme yapılırken, %4,7'si için (2 kişi) yapılmamıştır. Aşı zamanı hakkında bilgilendirilen bebekler (%95,3), aşılaman aile hekimliğinde yapılan bebeklerdir. Aşıların %2,3'ü özel hastanede yapılmış olup, %2,3'ü henüz aşı yaptırmamış prematüre doğum bebektir. Prematüre doğum olup henüz aşısı yapılmamış bebek bir aile sağlığı merkezi tarafından davet edilmiş, anne bu aile sağlığı merkezinde izlemlerini yaptıracığını, aile sağlığı merkezine başvuracağını ifade etmiştir (Çizelge 4.55.).

Bebek aşılarının %95,3'ü düzenli yapılmakta, %4,7'si (2 kişi) düzenli yapılmamaktadır. Düzenli yapılmadığı ifade edilen 2 kişiden biri henüz 7 günlük bebek iken, diğeri prematüre doğum olup aşısız olduğunu belirtilen bebektir (Çizelge 4.55.).

Bebeklerin %97,7'sinin aşı kartının olduğu öğrenilmiş, ancak %74,4'ünün aşı kartı görülebilmektedir. Aşı kartı görülenlerden karttaki son aşı tarihi ve bu tarihte hangi aşılardan yapıldığı bilgileri alınarak, ayına göre eksik olması ya da gecikme olması değerlendirilmiştir. Hepatit A aşısı ve suçiçeği aşısı uygulamaya yeni girdiği için bu aşılardan eksik ya da gecikme değerlendirmesine alınmamıştır. Ayına göre yapılan aşının yanında yapılması gereken aşının yokluğu durumu eksik aşı olarak değerlendirilmiştir. Aşı kartı görülenlerin %37,5'inin aşısı tam olup, %40,6'sının aşısı 30 gün ve daha az gecikmiştir. %6,2'sinin aşısı 31 gün ve daha fazla gecikirken, bir tanesi MMR, 5'i oral polio aşısı olmak üzere %18,7'inde eksik aşı vardır (Çizelge 4.55.).

**Çizelge 4.55.** Araştırma bölgesindeki 0-2 yaş bebeklerin izlem ve aşılarının durumu.

Özellik	n	%
<b>Anne ile aynı hekimine kayıtlı olma durumu (n=43)</b>		
Aynı aile hekimine kayıtlı	42	97,7
Aile hekimini bilmeyen	1	2,3
<b>Aile hekimi/aile sağlığı elemanının izlemler için davet etme durumu(n=43)</b>		
İzlemler için davet edilen	41	95,3
İzlemler için davet edilmeyen	2	4,7
<b>İzlemlerin genelde yapıldığı yer(n=43)</b>		
Aile hekimi	41	95,3
Özel poliklinik/hastane	2	4,7
<b>Aile hekimi/aile sağlığı elemanının aşılarını haber verme durumu(n=43)</b>		
Haber verilen	41	95,3
Haber verilmeyen	2	4,7
<b>Aşıların düzenli yapılma durumu(n=43)</b>		
Aşıların düzenli yapılan	41	95,3
Aşıların düzenli yapılmayan	2	4,7
<b>Aşılarının yapıldığı yer (n=43)</b>		
Aile hekimi	41	95,3
Özel plk/hast	1	2,3
Henüz yapılmamış	1	2,3
<b>Aşı kartı olma durumu(n=43)</b>		
Evet	42	97,7
Hayır	1	2,3
<b>Aşı kartını görme durumu (n=43)</b>		
Aşı kartı görülen	32	74,4
Aşı kartı görülemeyen	10	23,3
Aşı kartı yok	1	2,3
<b>Ayına göre aşı durumu(n=32)</b>		
Tam	12	37,5
30 gün ve daha az gecikmiş	13	40,6
Eksik	1	3,1
Eksik+ 30 gün ve daha az gecikmiş	4	12,5
Eksik+ 31 gün ve daha fazla gecikmiş	1	3,1
31 gün ve üzeri gecikmiş	1	3,1
<b>Eksik yapılan aşılar (n=6)</b>		
KKK	1	16,7
OPA	5	83,3

#### 4.5.8. Aile Hekimlerinin Bebek/ Çocuk İzleminde Yaşadığı Zorluklar ve Performans Kesintileri

Araştırmaya katılan hekimlerin %93,1'i bebek-çocuk izlemlerinde sorun yaşamaktadır. %70,2'si bu sorunun haber vermeden taşınan kişilere ulaşım problemlinden, %49,6'sı kayıtlı bazı kişilere adres yanlışlığı nedeniyle ulaşamamaktan, %32,1'i aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçilmesine rağmen bu kişilerin gelmek istememeleri yüzünden, %19,8'i aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçememiş olmaktan kaynaklandığını belirtmektedir (Çizelge 4.56.).

Hekimlerin bebek-çocuk izleminde yaşadığı sorunlarda “diğer” olarak eklediği sorunlar ise şu şekildedir: Kendilerine atananlar içinde başka il/ülkede yaşayanların olması, ailelerin duyarsızlığı, “gayrimeşru” beraberlik, anne yaşının küçük oluşu ile kimliksiz bebek veya kimlik ile gerçek yaşın uymayıışı, halkın bilgisizliği- önemsememesi, Toplum Sağlığı Merkezi tarafından verilen hastalar, ulaşmak için sadece aile hekiminin çabası olması ve nadiren başka sorun yaşıyorum şeklindedir.

**Çizelge 4.56.** Hekimlerin bebek/çocuk izleminde yaşadığı zorluklar.

<b>Özellik (n=131)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bebek /çocuk izleminde problem yaşama durumu</b>	122	93,1
<b>Bebek /çocuk izleminde problem yaşama nedeni</b>		
Haber vermeden taşınan hastalara ulaşım problemi	92	70,2
Kayıtlı bazı kişilerin adres bilgileri yanlışlığı nedeniyle	65	49,6
Aile sağlığı merkezini kullanmak istemeyen hastalar	42	32,1
Temasa geçilemeyen, aile sağlığı merkezini kullanmamış hastalar	26	19,8
Diğer	8	6,1

Araştırmaya katılan hekimlerin %23,1'inin bebek ve çocuklarla ilgili performans kesintisi olmuştur (Çizelge 4.57.).

**Çizelge 4.57.** Bebek-çocuk performans kesintisi olma durumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Performans kesintisi olan	30	23,1
Performans kesintisi olmayan	100	76,9
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Hekimlerin tamamı (1 kişi yanıtlamamış) bu kesintiye itiraz etmiştir. Performans kesintisine itiraz sonucunu yanıtlayan 26 hekimin %84,6'sının itirazı kabul edilirken, %15,4'ünün ise kabul edilmemiştir (Çizelge 4.58.).

**Çizelge 4.58.** Bebek-çocuk performans kesintisine itiraz etme durumu ve sonucu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Performans kesintisine itiraz eden**	29	100,0
Performans kesintisine itiraz etmeyen	0	0,0
Cevapsız	1*	-
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

\* Yüzdeye katılmamıştır.

\*\*22'si kabul, 4'ü red edilmiştir. 3 kişi itiraz sonucunu belirtmemiş.

Hekimlerin %31,8'inin aşından dolayı performans kesintisi olmuş (Çizelge 4.59), %97,5'u bu kesintiye itiraz etmiştir. İtiraz sonucunu yanıtlayan 36 hekimin %88,9'unun itirazı kabul edilmiştir (Çizelge 4.60.).

**Çizelge 4.59.** Aşı performans kesintisi olma durumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Performans kesintisi olan	41	31,8
Performans kesintisi olmayan	88	68,2
<b>TOPLAM</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>



**Çizelge 4.60.** Aşı performans kesintisine itiraz durumu ve sonucu.

Özellik	n	%
Performans kesintisine itiraz eden**	39	97,5
Performans kesintisine itiraz etmeyen	1	2,5
Cevapsız	1*	
<b>TOPLAM</b>	40	100,0

\* Yüzdeye katılmamıştır.

\*\*32'si kabul, 3'ü red edilmiş, 1'i henüz sonuçlanmamıştır. 3 kişi itiraz sonucunu belirtmemiş.

#### **4.5.9. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Aile Hekimini Tercih Ettiği Bazı Durumlar için Aile Hekiminin Yaklaşımı**

Aile hekimleri, aynı aile sağlığı merkezinde çalıştığı bir aile hekimine kayıtlı olan kişinin, kaydını kendisine aldırarak istemesi durumunda; en yüksek oranla (%50,8), farklı şekillerde ifade edilmiş olmakla birlikte, sonucu “almam” olan “diğer” cevabını vermiştir. %45,4'ü “nedenini sorgular, hastayla görüşürüm” derken, %2,3'ü “alırım, hastanın kendi tercihi”, %1,5'i ise “alırım, diğer hekimler benden alıyor”, şeklindedir (Çizelge 4.61).

**Çizelge 4.61.** Hekimin, aynı aile sağlığı merkezinde çalıştığı bir aile hekiminden kendine kayıt aldırarak isteyen hasta olduğu zamanki yaklaşımı.

Özellik	n	%
Hastanın tercihi olduğu için alan	3	2,3
Diğer hekimler kendi hastalarını aldığı için alan	2	1,5
Hastayla görüşerek nedenini sorgulayan	59	45,4
Diğer (almayan)	66	50,8
<b>TOPLAM</b>	130	100,0

Hekimlerin %76,2'si kendisine kayıt aldırarak isteyen hastaların oturduğu bölgeyi dikkate alırken, %23,8'i dikkate almamaktadır (Çizelge 4.62.).

**Çizelge 4.62.** Hekimin kendisine kayıt aldirmek isteyen hastaların oturduğu bölgeyi dikkate alma durumu.

Özellik	n	%
Hastaları kayıt alırken oturduğu bölgeyi dikkate alan	99	76,2
Hastaları kayıt alırken oturduğu bölgeyi dikkate almayan	31	23,8
<b>TOPLAM</b>	130	100,0

#### 4.6. Sağlık Hizmeti Sunumunda Koordinasyon ve Etkileyen Değişkenler

##### 4.6.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının İlkokul 2. Sınıfa Giden Çocuklarının Okul Aşısı Durumu

Aile hekimli uygulaması sırasında okul aşlarının yapılma durumunu değerlendirmek için ilkokul ikinci sınıfa giden çocuğu olanlara ilkokul 1. sınıf okul aşısı durumu sorgulanmıştır. Bu kapsamda 27 çocuk bulunmaktadır ve %92,6'sının 1. sınıfta okulda aşılandığı bilinmekte, %7,4'ünün ise aşısı durumu bilinmemektedir. Aşısı yapılan çocukların %22,2'sinin okul aşısı kartının olduğu (6 kişi), %77,8'inin olmadığı belirtilmiştir. Aşısı kartı var denilen 6 çocuktan sadece 2'sinin aşısı kartı görülebilmektedir (Çizelge 4.63.).

**Çizelge 4.63.** Halen ilkokul 2. sınıfa giden çocukların 1. sınıftaki okul aşısı durumu.

Özellik	n	%
<b>İlkokul 2'ye giden çocuk varlığı (n=428)</b>		
Var	27	6,3
Yok	401	93,7
<b>Çocuğun ilkokul 1. sınıfta aşısı olma durumu (n=27)</b>		
İlkokul 1. sınıfta aşısı yapılan	25	92,6
İlkokul 1 sınıfta aşısı yapılma durumunu bilmeyen	2	7,4
<b>Çocuğun ilkokul aşısı yapıldığına dair kartı olma durumu (n=27)</b>		
Aşısı kartı olan	6	22,2
Aşısı kartı olmayan	21	77,8
<b>Okul aşısı kartının görülme durumu (n=6)</b>		
Aşısı kartı görülen	2	33,3
Aşısı kartı görülemeyen	4	66,7

#### 4.6.2. Aile Hekimlerinin Kendi Nüfusuna ait Bazı Bilgilere Ulaşabilme-Haberdar Olma Durumu

Hekimlerin %44,5'i nüfusuna kayıtlı kişilerin okul aşısı bilgilerinin kendilerine eksiksiz ulaştığını, %46,9'u bilgilere eksiksiz ulaşamadığını belirtmiştir (Çizelge 4.64.).

**Çizelge 4.64.** Aile hekimine kayıtlı kişilerin okul aşısı bilgilerinin aile hekimine eksiksiz ulaşma durumu.

Özellik	n	%
Okul aşısı bilgilerine eksiksiz ulaşan hekim	57	44,5
Okul aşısı bilgilerine eksiksiz ulaşamayan hekim	60	46,9
Kararsız	11	8,6
<b>TOPLAM</b>	128	100,0

Hekimlerin %75,2'si, aile hekimliği yönetmeliğinde belirtilen "Başka kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk tespit/izlemlerinin, 5 gün içinde bağlı olduğu aile hekimine bildirilmesi" kuralına uyulmadığını düşünmektedir (Çizelge 4.65.).

**Çizelge 4.65.** Aile hekimlerinin kendi nüfusunun başka kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk tespit/izlemlerinin kendisine bildirilmesi kuralına uyulması hakkındaki görüşleri.

Özellik	n	%
Hekime kayıtlı gebe-bebek-çocuğa ait başka kurumda yapılan tespit/izlemlerinin bildirilmesi kuralına uyuluyor	23	17,8
Hekime kayıtlı gebe-bebek-çocuğa ait başka kurumda yapılan tespit/izlemlerinin bildirilmesi kuralına uyulmuyor	97	75,2
Diğer	9	7,0
<b>TOPLAM</b>	129	100,0

Hekimlerin %62,8'i kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olduğunu düşünürken, %25,6'sı hepsinden haberdar olmadığını belirtmektedir. %11,6'sı ise kararsızdır (Çizelge 4.66.).

**Çizelge 4.66.** Hekimlerin kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olduğunu düşünme durumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olduğunu düşünen	81	62,8
Kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olmadığını düşünen	33	25,6
Kararsız	15	11,6
<b>TOPLAM</b>	129	100,0

Ölüm bilgilerinin hepsine ulaşabildiğini düşünen hekim oranı %51,2 olup, %29,8'i ise hepsine ulaşabildiğini düşünmemektedir (Çizelge 4.67.).

**Çizelge 4.67.** Hekimlerin kendi nüfusundaki ölüm bilgilerinin hepsine ulaşabildiğini düşünme durumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kendi nüfusundaki ölüm bilgilerinin hepsine ulaşabildiğini düşünen	62	51,2
Kendi nüfusundaki ölüm bilgilerinin hepsine ulaşamadığını düşünen	36	29,8
Kararsız	23	19,0
<b>TOPLAM</b>	121	100,0

#### **4.7. Hekimlerin Aile Hekimliğinde Zorlandığı Yönler ve Aile Hekimi Olmaktan Duyduğu Memnuniyet**

##### **4.7.1. Hekimlerin Aile Hekimliğinde Zorlandığı Yönler**

Hekimlerin 92,4'ünün aile hekimliğinde zorlandığı yönler bulunmaktadır (Çizelge 4.68.).

**Çizelge 4.68.** Aile hekimliğinde hekimlerin zorlandığı yönler olma durumu.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aile hekimliğinde zorlandığı yönler olmayan	10	7,6
Aile hekimliğinde hekimlerin zorlandığı yönler olan	121	92,4
<b>TOPLAM</b>	131	100,0

Zorlandığı yönler olduğunu ifade edenlerden zorluk yaşadığı parametreleri işaretlemesi ve derecelendirmesi istenmiştir. Parametrelerin aile hekimliğinde zorlanma nedeni olma yüzdesi, zorluk yaşamadığını belirtenlerinki “0” alınarak toplam hekim sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Buna göre, zorluk yaşama nedenlerinin tüm hekimler içindeki oranı, %83,2 oranında hekimlik dışı işler, %77,9 oranında hasta beklentisinin artması, %67,9 oranında kayıtlı nüfusun fazlalığı, %66,4 oranında tek personelle çalışmak, %64,1 oranında performans kesintileri, %64,1 oranında sözleşmeli çalışmak, %60,3 oranında ekip anlayışının kalmayışi ve %46,6 oranında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’ndeki (AHBS) eksiklikler nedeniyledir.

Hekimlerin zorluk yaşadığı yönleri 1’den 10’a kadar derecelendirmesine göre en yüksek ortalama puana sahip olan zorluk yaşama durumu 7,43 puan ile hasta beklentisinin artması, 7,00 puan ile kayıtlı nüfusun fazla olması, 6,90 puan ile hekimlik dışı işler ve 6,75 puan ile performans kesintileri olmuştur (Çizelge 4.69).

**Çizelge 4.69.** Hekimlerin aile hekimliğinde zorlandığı yönler ve etki derecesi.

Zorluk yaşanan yön (n=131)	n	%	Zorluk yaşama derecesi		
			En az	En çok	Ort±SS
Hekimlik dışı işler *	109	83,2	1	10	6,90±3,36
Hasta beklentisinin artması	102	77,9	1	10	7,43±3,08
Kayıtlı nüfusun fazlalığı	89	67,9	1	10	7,00±3,25
Tek personelle çalışmak	87	66,4	1	10	6,17±3,38
Performans kesintileri	84	64,1	1	10	6,75±3,25
Sözleşmeli çalışmak	84	64,1	1	10	6,54±3,46
Ekip anlayışı kalmayışi	79	60,3	1	10	6,24±3,45
Aile Hekimliği Bilgi Sistemi eksiklikleri	61	46,6	1	10	4,87±2,90
Diğer**	22	16,8	5	10	8,81±1,83

\* Bu konularda zorluk yaşadığını belirten bir kişi derece belirtmemiş.

\*\* Bu konularda zorluk yaşadığını belirten iki kişi derece belirtmemiş.

Çizelge 4.70’de, hekimlerin çizelge 4.69’daki 8 adet zorlanma nedeni parametresinden (diğer seçeneği hariç) aldığı toplam zorlanma puanına göre

oluşturulmuş zorlanma derecesi görülmektedir. Aile hekimliğinde zorlandığı yön olmayan 10 kişi için tüm değerler “0” olarak alınmıştır. Buna göre hekimlerin %34,6’sının aile hekimliğinde zorlanma derecesi fazla ve çok fazladır.

**Çizelge 4.70.** Aile hekimliğinde zorlanma derecesi.

Özellik	n*	%
<b>Aile hekimliğinde zorlanmayan</b>	<b>85</b>	<b>65,4</b>
Zorlanma yok	10	7,7
Zorlanma az (1-16 puan)	23	17,7
Zorlanma az (17-32 puan)	31	23,8
Zorlanma orta (33-48 puan)	21	16,2
<b>Aile hekimliğinde zorlanan</b>	<b>45</b>	<b>34,6</b>
Zorlanma fazla (49-64 puan)	27	20,8
Zorlanma çok fazla (65-80 puan)	18	13,8
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

\* Hiçbir parametrede zorluk derecesi belirtmeyen bir kişi hariç bırakıldığında

#### 4.7.2. Hekimlerin Aile Hekimi Olmaktan Duyduğu Memnuniyet ve Etkileyen Değişkenler

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden, aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyeti 1 ile 10 arası derecelendirmesi istenmiştir. En az 1, en çok 10 puan ile aile hekimlerinin aile hekimi olmaktan duyduğu memnuniyet oranı ortalama  $5,67 \pm 2,65$ 'tir (Çizelge 4.71.).

**Çizelge 4.71.** Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet derecesi.

Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet derecesi	n	En az	En çok	Ort±SS
	130	1,00	10,00	5,67±2,65

Çizelge 4.72.'de memnuniyet derecesinin gruplandırılmış hali görülmektedir. Buna göre hekimlerin %43,8'i aile hekimi olmaktan memnun ya da çok memnundur.

**Çizelge 4.72.** Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet.

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aile hekimi olmaktan memnun olmayan</b>	<b>73</b>	<b>56,2</b>
Çok az memnun (1-2)	21	16,2
Az memnun (3-4)	12	9,2
Orta memnun (5-6)	40	30,8
<b>Aile hekimi olmaktan memnun olan</b>	<b>57</b>	<b>43,8</b>
Memnun (7-8)	40	30,7
Çok memnun (9-10)	17	13,1
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

Aile hekimlerinin aile hekimliğinden memnun olmama durumunu etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; 33-34 yaş aralığındaki hekimlere göre 45-49 yaş aralığındaki hekimler daha fazla memnunken, Kepez'de çalışan hekimler 28,82 kat, aile hekimliğinden önce en son çalıştığı yer sağlık ocağı olanlar 24,60 kat, aile hekimliğine geçme nedeni onaylayarak/ isteyerek olmayanlar 48,32 kat, sistemi birinci basamak için uygun bulmayanlar 43,19 kat, aile hekimliğinde zorlandığı yön fazla olanlar 13,87 kat daha az memnundur (Çizelge 4.73.).

**Çizelge 4.73.** Aile hekimlerinin aile hekimliğinden memnuniyetsizliğine etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları.

<b>Değişkenler</b>	<b>B±SH</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>
<b>Yaş grupları</b>				
33-44 yaş		0,044	1	
45-49 yaş	-2,16±1,03	0,036	0,12	0,01-0,87
50 yaş ve üzeri	0,16±1,04	0,876	1,18	0,15-9,08
<b>Çalıştığı bölge</b>				
Konyaaltı			1	
Kepez	3,36±1,25	0,007	28,82	2,50-331,76
<b>Aile hekimliğinden önce en son çalışılan yer</b>				
Diğer yerler			1	
Sağlık ocağı	3,20±0,96	0,001	24,60	3,76-160,77
<b>Aile hekimliğine geçme nedeni</b>				
Sistemi onaylayan, isteyerek geçen			1	
Diğerleri	3,88±1,02	0,000	48,32	6,50-359,16
<b>Aile hekimliğinin birinci basamak için uygun bulma durumu</b>				
Uygun bulan			1	
Uygun bulmayan	3,77±0,91	0,000	43,19	7,31-254,99
<b>Aile hekimliğinde zorlanma durumu</b>				
<b>Zorlanmayan</b>			1	
<b>Zorlanan</b>	2,63±1,08	0,015	13,87	1,68-114,50
<b>KATSAYI</b>	-7,38±1,80	0,000	0,001	
2 Log likelihood: 56,792      R <sup>2</sup> =0,770				



#### 4.8. Hekimlerin Aile Hekimi Olmayı Seçme Nedenleri ve Sistem Hakkındaki Durum ve Düşünceleri

##### 4.8.1. Hekimlerin Aile Hekimi Olma Nedeni ve Aile Hekimliği Modeli Hakkında Bazı Değerlendirmeleri

Hekimlerin %42,7'si acil ya da toplum sağlığı merkezinde çalışmaktan daha mantıklı bulduğu için, % 42,0'ı sistemi onayladığı ve aile hekimliği yapmak istediği için, %6,9'u ise sadece ücreti için aile hekimi olmayı seçmiştir (Çizelge 4.74.).

Aile hekimlerinin %42,7'si aile hekimliği sisteminin bir tür özelleştirme olduğunu, %45,8'i kısmen özelleştirme olduğunu, %11,5'i ise özelleştirme olmadığını düşünmektedir (Çizelge 4.74.).

**Çizelge 4.74.** Hekimlerin aile hekimi olma nedeni, sistem hakkında bazı düşünceleri.

Özellik	n	%
<b>Aile hekimi olma nedeni</b>		
Sistemi onaylayan, isteyerek geçen	55	42,0
Sistemi sadece ücreti için tercih eden	9	6,9
Acil ya da Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışmaktan daha mantıklı olduğu için tercih eden	56	42,7
Diğer	11	8,4
<b>Aile hekimliği bir tür özelleştirme olup olmadığı hakkındaki görüşleri</b>		
Özelleştirme olmadığını düşünen	15	11,5
Özelleştirme olduğunu düşünen	56	42,7
Kısmen özelleştirme olduğunu düşünen	60	45,8
<b>TOPLAM</b>	131	100,0

#### 4.8.2. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Modelini Birinci Basamak için Uygun Bulma Durumu

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden, aile hekimliği sisteminin birinci basamağa uygunluk derecesini 1 ile 10 arası derecelendirmesi istenmiştir. Puanlama 1 ile 6 puan uygun bulmuyor, 7 ile 10 puan arası uygun buluyor olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre hekimlerin %48'i aile hekimliğini birinci basamak için uygun bulmamaktadır (Çizelge 4.75.).

**Çizelge 4.75.** Aile hekimliği sistemini birinci basamağa uygun bulma durumu.

Özellik	n	%
<b>Uygun bulmayanlar</b>	<b>61</b>	<b>48,0</b>
Çok az uygun (1-2 puan)	17	13,4
Az uygun (3-4 puan)	18	14,1
Orta derece uygun (5-6 puan)	26	20,5
<b>Uygun bulanlar</b>	<b>66</b>	<b>52,0</b>
Uygun (7-8 puan)	40	31,5
Çok uygun (9-10 puan)	26	20,5
<b>TOPLAM</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

#### 4.8.3. Aile Hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinin Sınıflandırılması ile İlgili Görüşleri

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %50,4'ü aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılmasının kaliteyi artırdığını, %39,7'si hem aile sağlığı merkezi, hem de hastalar açısından eşitsizlik yarattığını düşünmektedir. %10,7'sinin bu konuda kararsız olduğu, %16,8'inin ise diğer seçeneği ile geneli olumsuz olan düşünceye sahip olduğu görülmektedir (Çizelge 4.76.).

**Çizelge 4.76.** Aile Sağlığı Merkezleri'nin sınıflandırılması hakkındaki düşünceler\* (n=131).

Özellik	n	%
Aile Sağlığı Merkezleri'nin kalitesini artırdı	66	50,4
Aile sağlığı Merkezleri /hastalar açısından eşitsizlik yarattı	52	39,7
Kararsız	14	10,7
Diğer**	22	16,8

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

\*\*kapitalist zihniyetin yansıması, hekimlerden para kesmek-harcatma amaçlı, makyaj, anlamsız bir uygulama, malzeme aldırma amaçlı, efektif değil, esnek mesai uygulaması yanlış, gereksiz maliyet, zorlama, çalışma düzenini suistimal edenler için zorlayıcı, mantıksız kriterler var, zorlayıcı, karşıyım, piyasayı canlandırma/işsizliği azaltmaya katkı, sağlık ocağının kalitesi artırılsaydı.

#### **4.8.4. Aile Hekimlerinin Sisteminin Geleceği Hakkındaki Düşünceleri ve Uygulanan Model Hakkında Belirtmek İstedikleri Diğer Yönler**

Hekimlerin aile hekimliği sisteminin geleceği hakkındaki düşünceleri, %43'ünün sistemin devam edeceği, %29,7'sinin sistemin devamı hakkında kararsız olduğu, %18,6'sının uzun süre devam edeceğini düşünmediği yönündedir. Ayrıca hekimlerin %35,2'si, yeni aile hekimliği birimi açıldıkça ücretlerin azalacağını düşünmektedir.

Aile hekimliği sisteminin geleceği hakkında "diğer" olarak belirtilen ifadeler şu şekildedir: "Adı aile hekimliği ancak sistem sağlık ocağı", "alternatifi yok", "bu sözleşme dönemi sonuna dek ancak çalışırım", "bu ülkede rutin düzen yok", "gelecek belirsiz", "göçün yoğun olduğu için ülkemizde uygulanması zor", "işini yapmak isteyenlere berbat sistem", "iş yükü artıp ücret azalacak", "nüfus azalıp maaş artacak", "okumuş kesim dibe vuracak", "olması gerektiği gibi olmayacak", "olması gerektiği gibi olacağını umuyorum", "sistemi olmayan birinci basamak uygulaması", "sistemin sürekliliği hekimlere bağlı", "sistem iyi ama ilgili makamın sistemi aile hekimlerinin gözüyle görmesi gerek", "uygulama kötü", "ücret azalırsa kamu binası olmayan aile sağlığı merkezleri için sıkıntılı olacak" şeklindedir (Çizelge 4.77.).

**Çizelge 4.77.** Hekimlerin aile hekimliği sisteminin geleceği hakkındaki düşünceleri\* (n=128).

Özellik	n	%
Sistemin devam edeceğini düşünen	55	43,0
Sistemin sürekliliği hakkında kararsız olan	38	29,7
Uzun süre devam etmeyeceğini düşünen	24	18,6
Yeni aile hekimliği birimleri açılınca ücretlerin azalacağını düşünen	45	35,2
Diğer	21	16,4

\*birden fazla seçenek işaretlenebilir

Aile hekimlerine uygulanan anketin son sorusu, sistem ya da uygulamalar hakkında belirtmek istediği başka bir konu olup olmadığı yönünde idi. Hekimlerin %58'i sistem/uygulamalarla ilgili ek görüşlerini yazılı olarak belirtmiştir (Çizelge 4.78.).

**Çizelge 4.78.** Aile hekimlerinin, sistem ya da uygulamalar hakkında belirtmek istediği başka şeyler olma durumu.

Özellik	n	%
Evet	76	58,0
Hayır	55	42,0
<b>TOPLAM</b>	131	100,0

Hekimlerin sistem ya da uygulamalar hakkında belirtmek istediği konular, ifadeleri mümkün olduğunca sadeleştirilmiş, bununla birlikte kendi ifade şekilleri de korunmaya çalışılmıştır. Bazı ifadelerin birden çok gruba dahil olma niteliği olsa da, ilgili olduğu bir alt başlıkta gruplandırılmış, Ek 4'te sunulmuştur.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Araştırma Yöntemi

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirebilmeyi amaçlayan kesitsel, analitik nitelikte bir araştırmadır. Bunun için Konyaaltı ve Kepez'de ikamet eden 15 yaş ve üzeri kadınlar ile aynı ilçelerdeki aile hekimlerine ulaşılmıştır. Aile hekimleri için örneklem seçilmemiş, tamamına ulaşılması hedeflenmiş; sağlık hizmeti kullanıcıları için ise örneklem seçimi, nüfusa ağırlıklandırılmış tabakalı küme örnekleme yöntemiyle yapılmıştır.

Küme örnekleme yönteminin seçilmesinin nedeni, araştırma yapılacak alanın geniş olmasının, örnekleme seçilecek bireylere ulaşımında zaman, maliyet ve uygulama açısından ortaya çıkarabileceği sorunları asgari seviyede tutmaya elverişli bir yöntem olmasıdır. Küme örnekleme yönteminde, kümelerin popülasyonun tümünü temsil edememe olasılığı nedeniyle, diğer örnekleme tasarımlarına göre daha yüksek standart hata payı olabilir (72). Bu durum yüksek dizayn etkisi, küme sayısının yeterliliği, seçimin tabakalı ağırlıklandırma ile örneklem aralığı belirlenerek yapılması ile en alt seviyede tutulmaya çalışılmıştır.

Günümüz koşullarında sahada yapılan bir çalışma için, insanların hem iş yoğunluğu hem de güven sorunu nedeniyle araştırmaya katılmaya zaman ayırması pek kolay olmamaktadır. Kaldı ki hanede bulunamayanların tekrar iki kez daha ziyaret edilmesi gerekliliği ile araştırma ekibinin takip eden günlerde aynı mahallede, aynı kapıda görülmesi de insanların konuya şüpheli yaklaşımını artıran bir etken olmaktadır. Araştırmanın erkeklere de uygulanması, hem maliyet ve zaman açısından hem de bu zorlukları artıracak bir uygulama olması bakımından; araştırmanın hanede yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlara yapılması uygun bir yaklaşım olarak görülmüştür. Kadınların birinci basamak hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullanıyor olması (68,73,74,75) hem birinci basamakla ilgili sorular, hem de bebek-çocuklarla ilgili sorular için daha tatmin edici yanıt oranı açısından avantajlı bir yaklaşım olmakla birlikte; kullanım sıklığı gibi konularda daha fazla oran verebilir.

%18,6 oranındaki hanede araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler, araştırmaya katılanlardan daha yaşlı, daha az eğitim seviyesine sahip ve daha az iş

gücüne katılan kişilerdi. Bu açıdan, bu kişilerin sağlık hizmeti gereksinimi daha fazla olan kişiler olacağı düşünülebilir. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hanelerden, hanedeki tüm 15 yaş ve üzeri kadınların durumunu değil, sadece kendisine ait eğitim düzeyi, yaşı, çalışma durumu ile hane reisinin mesleği bilgilerini sorgulayabilmiş olmamız, araştırmaya katılmayı reddedenlerle net bir karşılaştırma yapabilmemizi de engellemektedir.

Üç ziyarette de ulaşılamayan hanelerin (19 hane) özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım özellikleri hakkında herhangi bir fikir sahibi olamayız ve sonuçlarımıza etkisini değerlendiremeyiz. Ancak araştırma bölgesinin, 65 yaş üzeri nüfus oranı, lise ve üzeri eğitim oranı, ev sahipliği gibi özelliklerinin TÜİK Antalya (67) verilerine benzer oluşu, örneklemimizin evreni temsil edebileceğini düşündürmektedir (Çizelge 5.1).

**Çizelge 5.1.** Araştırma bölgesine ait bazı özelliklerin TÜİK Antalya verileri ile karşılaştırılması.

Özellik	TÜİK Antalya	Bizim çalışmamız
65 yaş üzeri nüfus oranı (%)	7	7,5
Ev sahibi olan hane halkı (%)	63,17	63,3
Lise ve üzeri eğitim alanlar (%)	35,4*	36

\* Konyaaltı ve Kepez'deki 15 yaş ve üzeri kadınlar için, eğitim durumu bilinmeyenler çıkarılarak hesaplandığında.

Ankette yer alan, sağlık hizmeti kullanımına ait geçmişe yönelik sorular, genel olarak sağlık hizmeti özelliklerinin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan sorular olmakla birlikte, hafıza faktöründen etkilenmesi olası sorulardır. Ancak karşılaştırmalarda aynı yöntemle elde edilen veriler kullanılacak olması bu konuda bir fikir oluşturabilmesi adına yeterli görülebilir. Bununla birlikte, birinci basamak hizmet özelliklerini yerine getirebilme durumu için araştırma bölgemizin sağlık ocağı dönemine ait karşılaştırma yapabileceğimiz bir veri olmaması da, daha sağlıklı bir kıyaslama yapabilmek adına bir kısıtlılık olarak görülebilir.

Aile hekimlerinin, aile hekimliğine yönelik düşüncelerinde, araştırmanın kesitsel oluşu, neden-sonuç ilişkisini kurmamızı güçleştirebilmektedir.

## 5.2. Araştırma Bölgesinin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumları

Araştırmamızda, 35 küme kapsamında gezilen 350 hanede toplam 1226 kişi yaşamakta olup, 7'si gereç yönteminde anlatıldığı nedenlerle araştırmaya dahil edilemeyen ve 428'i dahil edilen olmak üzere %35,5'u 15 yaş ve üzeri kadındır (TÜİK 2012'ye göre %37,4 (67).) Kepez ve Konyaaltı için ortalama hane halkı büyüklüğü ise 3,5 olarak (TÜİK 2012 adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre; Kepez:3,60, Konyaaltı: 2,97, Antalya: 3,30) saptanmıştır. Araştırmamızda adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre daha yoğun hane halkı büyüklüğü saptamakla birlikte, daha az oranda 15 yaş ve üzeri kadın nüfus saptamamızın nedeni; 15 yaş ve üzeri kadın olmayan hanelerin araştırmaya dahil edilmemesi ve araştırmaya dahil edilen hanelerin büyük kısmının hane halkı büyüklüğü daha yüksek olan Kepez ilçesinden alınmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca 3 ziyarete rağmen ulaşılamayan, yanı sıra araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hanelerin daha küçük hane halkı büyüklüğü ile daha fazla kadın oranına sahip olması da söz konusu olabilir. Bununla birlikte, bu farklılıkların araştırma sonuçları açısından önemli bir etkisi olmayacağı söylenebilir. Çalışmamızdaki evli kadın oranının %77 ile adrese dayalı nüfus kayıt sistemindeki oranlara göre (Kepez: %68,3, Konyaaltı: %60,7 (67).) yüksek olması ise, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler içinde evli olmayan (dul, evlenmemiş, boşanmış) kadınların daha yüksek bir oranda olabileceğini düşündürmektedir ve birinci basamak sağlık hizmeti kullanımında daha yüksek sonuçlar çıkmasına etkisi olabilir.

Araştırma bölgemizde, Kepez'in özellikle kırsal ağırlıklı-göç yoğun bir bölge oluşu ve bölgede gecekondulaşmanın yüksek oluşu nedeniyle, Konyaaltı'nda Kepez'e göre lise ve üzeri eğitim durumunu anlamlı derecede daha yüksek bulmak beklediğimiz bir sonucu (Konyaaltı lise ve üzeri eğitim: %69,6, Kepez lise ve üzeri eğitim: %39,4). Buna paralel olarak Konyaaltı'nda beyaz yakalı (Konyaaltı: %43,6, Kepez: %15) ve kendi hesabına çalışanların (Konyaaltı: %28,7, Kepez: %19,5) daha yoğun bulunması ve kadın çalışma oranının daha yüksek oluşu da (Konyaaltı: %37,2, Kepez: %19,2) olağan bir sonuçtur. Konyaaltı'nda, Antalya'da 5 yıldan daha az süre bulunma oranının Kepez'e göre daha az olmasının nedeni de muhtemelen bu bölgedeki tayinle gelen memur kesimle alakalıdır (Konyaaltı: %74,5, Kepez: %85).

TÜİK ve Sağlık Bakanlığı araştırma sonuçlarına göre Türkiye’de kadınların %35,5-37,5’i genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirirken, araştırma bölgemizde kadınların %40,3’ü sağlıklarını kötü algılamaktadır (76, 77). Sigara kullanımı ise %13 ile Türkiye’de sigara kullanan kadınların ortalaması (%13,1) gibidir (76).

### **5.3. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri, Aile Hekimliğine Geçiş Süreçleri ve Sistem İçinde Karşılaştıkları Zorluklar**

Antalya Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde çalışan aile hekimlerinin %70’inin meslekteki çalışma süresinin 21 yıl ve üzeri; yaş ortalamasının 46 olduğu görülmektedir. Bu durum aile hekimliğine yerleşmede hizmet puanının dikkate alınması nedeniyle, özellikle batıda ve il merkezlerinde hizmet yılı daha fazla olan hekimlerin görev yapması ile uyumludur. Benzer şekilde Ankara merkezde yapılan bir çalışmada da hekimlerin yaş ortalaması 47,3 (78), Manisa’da ise 44,5 olarak bulunmuştur (79). Öcek ve arkadaşlarının çalışmasında (41) hekimlerin; daha önce birinci basamakta çalışmamış, meslekteki çalışma süresi uzun olan hekimlerin, ekonomik olarak cazip gelmesi nedeniyle aile hekimliği yapmaya başladıklarını ifade ettikleri ve bu nedenle de, aile hekimi yerleştirmelerinin hizmet puanına göre değil de sağlık ocağında çalışan yıla göre yapılmasının daha doğru olacağını düşündükleri görülmüştür. Çalışmamızda en son çalıştığı yer sağlık ocağı olan hekimlerin %59,2 olması benzer durumların var olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte %90,3’ünün sağlık ocağı deneyiminin bulunmasını ise olumlu olarak değerlendirmekteyiz.

Yeni bir modelin başarısında sağlık çalışanlarının o modeli benimseyerek ve anlayarak başlamış olmasının etkisi büyüktür. Çalışmamızda hekimlerin, aile hekimi olmada ilk sıradaki nedeninin; acil ya da Toplum Sağlığı Merkezi’nde çalışmaktan mantıklı buldukları için (%42,7) olması ve ücreti için aile hekimi olmayı tercih etmeleri (%6,9), sisteme benimsemeyerek başladıklarını göstermektedir. Sisteme geçişle ilgili benzer kaygılar başka çalışmalarda da yer almaktadır. Gelecek belirsizliği, Toplum Sağlığı Merkezi’nde kalındığında sürekli geçici görevlendirmelere maruz kalma olasılığı, hekimlik yapabilmek için artık başka seçeneğinin kalmadığı düşüncesi gibi nedenler, çoğu hekimde yer alan



kaygılar olmasına rağmen (41); bir anlamda belki de yıllardır alınamayan ücret ya da pratisyen hekimlikten farklı bir statü-prestij oluşturabilecek unvanın da varlığı ile (41, 80) sisteme sürüklenmişlerdir. Pilot illerde aile hekimliğine aşırı hızlı bir şekilde geçilmiş olması da aile hekimliğini kabul etmeleri bakımından hekimlerin üzerinde baskı yaratmış olabilir (41).

Modelin uygulanmasından önce Sivas'ta yapılan bir çalışmada da, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sadece %14'ünün aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı olarak çalışmayı istediği bulunmuştur (81). Çalışmamızda da aile hekimleri içinde sistemi onaylamayarak geçenlerin ve birinci basamak için uygun bulmayanların olduğu (%52) görülmektedir. Hekimlerin yeni sisteme geçiş sürecinde, iş güvenceleri ve özlük haklarını kaybetme kaygıları taşımalarına rağmen aile hekimi olmayı seçtikleri görülmüştür (41). Nitekim halen bu tarz kaygılar devam etmektedir ve çalışmamızdaki hekimlerin %64,1'i sözleşmeli çalışmanın kendini zorlayan bir unsur olduğunu belirtmiştir. Benzer çalışmalarda başlangıçta sisteme daha olumlu baktıklarını belirten hekimlerin bile büyük bölümünün beklediklerini bulamadıklarını ve motivasyonlarını kaybettiklerini belirttikleri (41) ve aile hekimi olarak çalışılan yılın artması ile iş doyumunun azaldığı görülmektedir (82). Kayseri'de yapılan bir çalışmada, hekimlerin meslekteki toplam hizmet süresi ile tükenmişlik düzeyi arasında korelasyon saptanmazken; aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (83). Türkiye genelinde 2011 ve 2012 yılları toplamı için aile hekimlerinin %7'si kendi isteği sözleşmesini feshetmiştir. Bu oranın -yine 2011-2012 toplamı olarak- Antalya'da %0,9, Ankara'da %7,2, İstanbul'da %29,3 iken Urfa'da %54,5 ve Muş'ta %113 olması ise bölgeler arası uygulama/çalışma koşulları farklılıkları olduğunu düşündürmektedir (29).

Çalışmamızda hekimlerin %64,1'i performans kesintileri nedeniyle zorlandığını belirtmektedir. Aile hekimliğinin başlangıcından itibaren olmak üzere %15-32'sinden izlem ya da aşılama hizmetinden dolayı performans kesintisi yapılmış ve %64-89'unun performans kesintisi itirazı kabul edilmiştir. Araştırma bölgesindeki hekimlerin anket dışı beyanı, izlem ya da aşılama hekimin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nden geciken aşı-izlem durumlarını saptayıp, geçerli

sebebiyle birlikte Toplum Sağlığı Merkezi'ne bildirmesi durumunda performans kesintisinin yapılmadığı, yönünde olmuştur. Bu yüzden, elimizdeki verilerden daha fazla performansla yönelik uygulama gerçekleştirilmiş ve henüz işleme konulmadan kabul edilmiş olabilir.

Performans değerlendirmelerine itirazlarda hekimlerden itiraza yönelik gerekli evrakların sunulmasını istenmesi; gerekli bir uygulama olarak kabul edilebilir. Ancak bazı performans kesintileri -ikamet değişikliği nedeniyle yapılamaması, doğum tarihinin nüfusa kayıt edildiği tarihten farklı olması, kişilerin izlem ya da aşığı başka kurumda yaptırıyor olması durumlar için- (84) uygulamada aslında başkalarının sorumluluk alanına giren durumların aile hekimine yansıtılmasından kaynaklanmaktadır. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu'nun performans uygulamaları hakkında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na başvurusunda da benzer durumlar olduğu göze çarpmaktadır: hukuken adres değişikliklerini bildirme sorumluluğu olan kişilerin bu sorumluluklarını yerine getirmedikleri hallerde, ikamet değişikliğini ispat yükümlüğüne aile hekimlerine kalması gibi. Böyle bir durumda hekim, ilgili kişinin taşındığını ispat etmekle yükümlü olmaktadır (85). Dolayısıyla sistemin getirdiği sorunların da aile hekimine yüklenerek çözülmeye çalışıldığı ve hatta ücret kesintisine gidildiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Performans kesinti nedeni ayrıntılı belli olmamakla birlikte, Antalya ili Mayıs 2014 performans kesintisine itiraz eden 142 hekimin tamamının itirazının kabul edildiği görülmektedir (86). Bu sayı Antalya'daki aile hekimlerinin %25'inin -kesinti yapılmadan önce yapılan başvurular ve itiraz etmeyenler hariç olmak üzere- kendi hatalarından kaynaklanmayan nedenlerle performans kesintisinin olduğunu göstermektedir. Bu tarz uygulamalar hekimin nüfusu ve çalışma bölgesinin özellikleri açısından hekimlerin iş yükünü farklı oranda etkileyebilir. Özellikle yoğun göç olan bölgeler bu açıdan dezavantajlıdır.

Sistem içinde hekimlerin ilk sırada hekimlik dışı işlerin kendilerini zorladığını belirtmelerinde (%83,2) bahsettiğimiz bu gibi durumlar yanı sıra benzer çalışmalarda karşımıza çıkan, hekimlerin daha önce hiç karşılaşmadıkları müşteri memnuniyeti, rekabet, hizmet satın alma gibi kavramlarla hekim

kimliklerinin çatışmasının da (41) payı büyüktür. Nitekim modeli bir özelleştirme olarak görmeyen hekim oranı %11,5'tur.

Çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası (%60,3) ekip anlayışının kalmamasının kendisini zorladığını belirtmiştir. Kayseri'de de hekimlerin %45'i nüfuslarına kayıtlı kişilerin listeden çıkması, %42,8'i diğer aile hekimlerinin nüfusunu almak istemesi, %23,7'si çalıştığı aile sağlığı merkezindeki aile hekimi arkadaşlarının nüfusunu almak istemesi, %13,2'si aile sağlığı elemanının ayrılması ile ilgili kaygı duyduklarını belirterek; %77,9'u doktorlar arası rekabete ve %63,8'i etik yozlaşmanın var olduğunu ifade etmişlerdir (80). Yaşanan bu tarz kaygılar, uygulanan modelin çalışma barışını bozduğunu gözler önüne sermektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılması da benzer bir sürecin örneğidir. Bunun iyi bir uygulama olduğunu düşünen hekimler olmakla birlikte, %40'ının hem Aile Sağlığı Merkezleri hem de hastalar açısından eşitsizlik yarattığını düşündükleri görülmektedir. Sınıflama kriterlerinin 1/3'ünün hizmet verilen binanın m<sup>2</sup>'sine göre şekilleniyor olması (31), daha baştan hangi aile sağlığı merkezinin hangi sınıfa gireceğini şekillendirmektedir. Benzer çalışmalarda çoğu hekim, eğer varsa eskiden sağlık ocağı olup şu an aile sağlığı merkezi olarak kullandıkları binaların ya da tamamen aile hekimi tarafından oluşturulmuş birimlerin birbirlerinden çok farklı koşullarda olduğunu belirterek, hizmet verdikleri yerlerin eşit koşullar taşımadığına dikkat çekmişlerdir (41). Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu'nun yaptığı bir araştırmada aile sağlığı merkezi binalarının %70 civarında kamu binası olduğu ve oda boyutlarını değiştirmenin mümkün olmadığı saptanmıştır (87). Hekimler, sınıflamayı hastanın gereksinimlerini karşılamaktan çok, maliyeti aile hekimlerinin sırtına yüklemeyi amaçlayan ve hekimler arasında gelir ve çalışma koşulları açısından eşitsizlik yaratan bir uygulama olarak görmektedirler (41). Hekim sayısı az olan Aile Sağlığı Merkezlerinde ise maliyetin hekimin karşılayamayacağı seviyeye ulaşması muhtemeldir. Uygulamanın, tüm sağlık hizmeti kullanıcıları için standart bir hizmet sunumu oluşturma çabası taşıyor oluşu ise sağlık hizmeti kullanıcıları açısından da kabul edilebilir değildir.

Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda hekimlerin uygulanan modeli yarı yarıya birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için uygun bulma/bulmama durumu ise (80) hekimlerin çalışmakta oldukları sistem içinde verimli ve hakkaniyetli çalışması adına üzerinde durulması gereken bir sonuçtur.

#### **5.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Taşınması Gereken Temel Özellikleri**

##### **5.4.1. İlk Başvuru Özelliği**

##### **5.4.1.1. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Herhangi Bir Sağlık Problemi Varlığında Öncelikle Gitmeyi Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu**

Araştırmamızda, katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında öncelikle gitmeyi tercih ettikleri sağlık kurumu olarak ilk sırada aile hekimini seçmesinin (%39), Antalya’da 2007’de yapılmış bir çalışmada sağlık ocağının tercih edilirliliğinin %21,4 ile devlet hastanesinden sonra 2. sırada yer almış olmasına göre, daha iyi yönde bir bulgu olduğu söylenebilir (88). Ancak 2007’deki çalışmadaki daha az tercih edilme oranında, bu çalışmanın hem kadınlar hem de erkekleri kapsıyor olmasından kaynaklanan farkın etkisi de olabilir. Nitekim, araştırmalar kadınların birinci basamak hizmet kullanımının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (68, 73, 74). Bununla birlikte %39 oranında tercih edilirlilik düzeyine rağmen, ardışık iki başvurunun aile hekimine yapılması ile değerlendirilen aile hekiminin olağan hizmet sunucu süreklilik oranının %17,6 oluşu, tercih oranı seviyesinde kullanım olmadığını göstermektedir.

Aile hekiminin ilk tercih noktası olma durumu benzer çalışmalarda Kayseri’de Aile Hekimliği Uygulaması’nın 35. ayında %50 (74), Manisa’da 11. ayında %62 (sadece kadınlarda) (60), Erzurum’da 34. ayında %26,7 olup (89); Türkiye genelinde ise 2011 ve 2013 yılları için devlet hastanesinden sonra ikinci sırada başvuru alan yer olarak belirtilerek %28 (77) ve %35,5 oranında saptanmıştır (90).

Farklı sonuçlar, araştırma bölgelerindeki sosyoekonomik kültürel yapı farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Eğitim düzeyi lise altı olanlar, geliri düşük olanlar ve hanede 1-2 kişi yaşayanlara göre 5 ve daha fazla kişi

yaşayanlarda ilk başvuruda tercih edilen yerin daha fazla aile hekimi olması tercihte sosyoekonomik statünün rolüne işaret etmektedir. Bu bağlamda; ilk başvuruda aile hekimini tercih oranı en fazla çıkan Manisa'da tamamı kadın olan katılımcıların diğer çalışmalara göre daha alt sınıf konumuna sahip ve %94 oranında herhangi bir işte çalışmıyor oluşu; tercih oranının en az çıktığı Erzurum'da ise katılımcıların (%74 erkek) %74'ünün lise ve üzerinde eğitimde ve %70'inden fazlasının çalışıyor oluşu ilk başvuru yerini tercihte sosyoekonomik statünün etkisi ile açıklanabilir. Toplumun sağlık hizmeti kullanım algısındaki genel değişimin de etkisiyle, sosyoekonomik düzeyi daha yüksek olanların tercihlerinin diğer kurumlara yönelmesinde, üst basamak hizmet sunumunun uzman hekim varlığı ve kurumsal donanım yüksekliğine daha kolay ulaşabiliyor olmalarının etkisi olabilir.

Kronik hastalık varlığında ise ilk başvuruda aile hekimi tercihinin yarı yarıya az olmasının, yıllar içindeki aşırı uzmanlaşmanın kişilerde yarattığı algı ve sevk sisteminin uygulanmıyor oluşundan kaynaklandığını söyleyebiliriz. Nitekim Türkiye genelinde devlet hastanelerinin tercih edilmesindeki en yüksek nedenin %33,3 ile zorunluluk olarak ifade edilmesi (90) ve devlet hastanesini tercih nedeni olarak %85 uzman doktor varlığının ya da aile hekimi tercih etmeme nedeni olarak %75 uzman doktor yokluğunun gerekçe gösterilmesi de (91) böyle bir algıya işaret ediyor olabilir. Bu durum aile hekimliği uygulamasının uzman hekim beklentisini ortadan kaldıramadığını da göstermektedir.

Aile hekimine muayene olmuş olanlar için aile hekiminin yaklaşımının iyi bulunuyor olması da, aile hekimini ilk başvuruda tercih etmede rol oynamaktadır ve beklenen bir sonuçtur.

TÜİK 2012 sağlık araştırmasına göre, Türkiye'de son bir yılda nüfusun %58,3'ü uzman bakımına başvurmuş iken %59,8'i aile hekimi/pratisyene başvurmuştur (73). Araştırma bölgemizde ise son bir yılda aile hekimine başvuru oranı %65,9 ile Türkiye genelinden daha yüksek olması, Türkiye genelinden daha fazla oranda tercih ediliyor olmasına ve hizmet kullanımının sadece kadınlara sorgulanmış olmasına bağlı olabilir.

Araştırmamızda aile hekimini tercih nedeni olarak ilk sırada, %63,1 oranında “yakın olması” gösterilmiştir. Sağlık kurumunun yakın olmasının tercih nedenleri arasında ilk sıralarda oluşu benzer çalışmalarda da gösterilmiştir (74, 77, 90, 91, 92, 93). Hizmet alınan yerin yakın olması, sağlık bakım sürecinin devamlılığında da önemli bir unsurdur (5). Bu oranlar, sağlık hizmetine coğrafi erişimin önemini gözler önüne sermektedir. Birinci basamak hizmeti kullanım açısından coğrafi erişilebilirliğin kolay olması ile ilk başvuru ve süreklilik özelliğinin sağlanabilmesi de kolaylaşır. Sosyoekonomik düzeyi daha yüksek olanların ilk tercihlerinin diğer kurumlar olması, birinci basamak hizmetlerinin dezavantajlı grupların erişimi açısından genel kabul gören önemini ortaya koymaktadır (7). Bu açıdan, çalışmamızda sağlık hizmeti almak için aile hekimine başvurmuş olanların (%72) %22’sinin, aile sağlığı merkezine ancak araçla ulaşabiliyor olması olumsuz bir durumdur.

Katılımcılardan hizmete erişmek için bekledikleri süreyi fazla bulanların oranı oldukça azdır (%4,9). Ankara’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %68,1’inin hizmet almak için uzun süre beklediğini ifade ettiği görülmüştür (94). Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda bekleme süresi ile memnuniyet arasında ilişki bulunmamış olmakla birlikte (95), bekleme süresinin az olmasının memnuniyeti olumlu yönde etkilediğini belirten çalışmalar da vardır (96).

#### **5.4.1.2. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetine Başvuru Oranları**

Tercih edilirdiği gibi, en son (%38,6) ve bir önce (%32,2) başvuru olan yer olma durumunda da aile hekimine başvuru diğer kurumlara göre yüksek çıkmakla birlikte, istenen düzeyde olduğu söylenemez. Sağlık hizmeti kullanımında tercih edilen, hem sağlık çıktılarının iyileştirilmesi adına hem de maliyet etkin olması adına, birinci basamağın ilk başvuru noktası olarak ikinci ve üçüncü basamaktan daha yaygın kullanılmasıdır.

Çizelge 5.2’de Türkiye, Akdeniz bölgesi ve Antalya’da, yıllar içinde birinci basamakta kişi başı ortalama muayene sayılarındaki artış görülmektedir. Türkiye için 2008 yılından sonraki verilerde birinci basamak kapsamında Verem Savaş Dispanseri ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi’ne yapılmış başvuruların da

katılmış olması, yıllara göre başvuru sayısının birebir karşılaştırılmasını engellemektedir. Ayrıca, 2000 yılı sonrası birinci basamak başvuru sayılarındaki artışta birinci basamakta döner sermaye uygulamasının, bunu izleyen dönemde SSK kapsamındaki nüfusun sağlık ocaklarından yararlanma olanağını elde etmesinin, SSK hastanelerinin ve dispanserlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinin ve Yeşil Kartlı hastaların 2005 yılı ilk ayından itibaren ilaçlarını ücretsiz alabilmelerinin de katkısının olduğunu gösterilmiştir (97) ve bu uygulamaların talep artışı üzerinde etkisi Bakanlık tarafından da kabul edilmektedir (98).

Araştırmamızdaki kişi başı aile hekimine başvuru sayısı (2,94) 2012 yılı için, Antalya ve Akdeniz bölgesine göre düşük olmakla birlikte Türkiye ortalamasına benzerdir ve birebir karşılaştırılamasa da, hem Akdeniz bölgesi hem de Türkiye için birinci basamağa kişi başı ortalama başvuru sayılarında bir artış olduğu gerçektir.

**Çizelge 5.2.** Yıllara göre birinci basamakta kişi başı ortalama muayene sayısı.

	Sağlık ocağı			Birinci basamak <sup>1</sup>		Birinci basamak <sup>2</sup>	Aile hekimi
	1999 (99)	2004 (25)	2006 (100)	2008 (101)	2010 (102)	2012 (76)	2013 başı itibariyle
Antalya	0,92	1,13				3,85(s:124)	
Akdeniz bölgesi		1,18	2,04	2,75	2,9	3,7	
Türkiye	0,74	1,05	1,84	2,45	2,7	3,1	
Bizim araştırmamız							2,94

<sup>1</sup>(Sağlık ocağı, aile hekimi, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı merkezi)

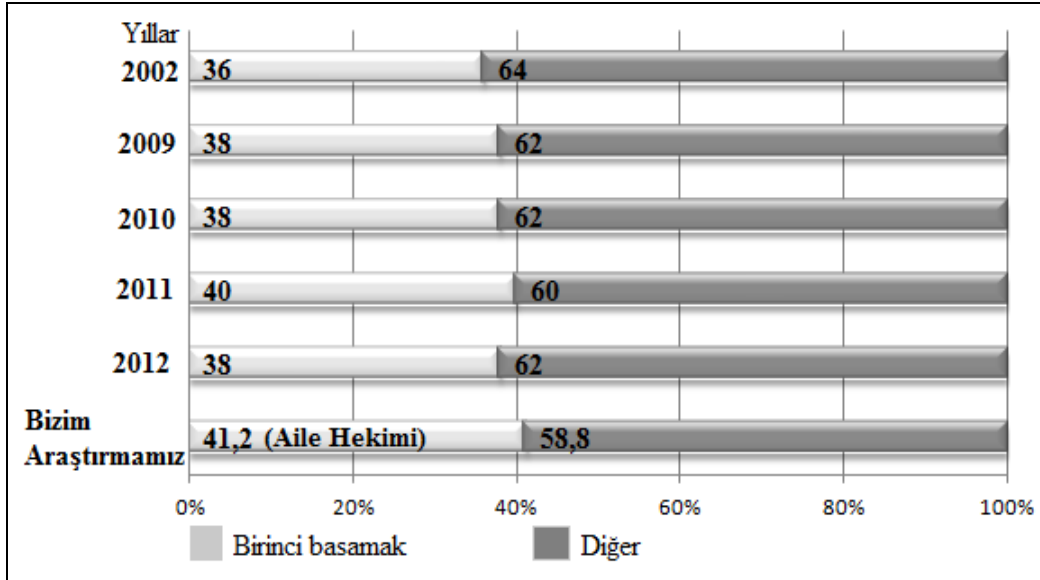
<sup>2</sup>(aile hekimi, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı merkezi)

Dünya Bankası'nın 2013 yılı raporu; Türkiye'de aile hekimliği öncesinde sağlık hizmet sunumunun büyük ölçüde hastane odaklı olduğunu ve hastaların düşük kaliteli birinci basamak sağlık merkezlerine gitmek yerine doğrudan üst basamak sağlık tesislerine gittiğini, bu şekilde sağlık hizmeti sunumundaki parçalı yapının, sağlık hizmetlerinde yeterli eşgüdümün yapılmasını önlediğini, aile hekimliği ve uygulanan Performansa Dayalı Sözleşme çerçevesinin bu sorunları ele almak üzere tasarlanarak başarı sağladığını ifade etmiştir (29). Bu ifade, aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının arttığına işaret

etmektedir. Ancak, yıllar içinde birinci basamak sağlık kurumuna başvuru sayılarındaki artış kadar, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuru sayılarında da bir artış olduğu görülmektedir. Her ne kadar 2008 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu'nda, aile hekimliğine geçilen illerde birinci basamak başvurularının aile hekimliği öncesindeki %40'lardan %51'e ulaştığı (17) söylene de; tüm Türkiye'nin 2010 sonu itibariyle sisteme geçmiş olduğu 2012 yılı dahil olmak üzere, 2002'den bu yana ülkenin ne birinci, ne de 2. ve 3. basamak başvuru oranlarında pek de bir değişiklik olmadığı, 2012 için birinci basamak başvurusunun %38'de kaldığı görülmektedir (Çizelge 5.3.).

Avrupa'da benzer içerikleri olan reform uygulamalarının sonucu da sağlık hizmeti kullanımında artış olmuş, devamında hükümetler maliyet azaltıcı politikalara yönelmek durumunda kalmış, bir yandan maliyet etkinliği sağlayabilmek adına birinci basamağı güçlendirme çalışmalarına girişmişlerdir (103). Piyasa yönelimli bir sağlık anlayışında bunları gerçekleştirebilmenin ne kadar olanaklı olacağı ise ayrı bir tartışma konusudur.

**Çizelge 5.3.** Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, (%), Tüm Sektörler, Türkiye ve bizim araştırmamız (76).



Araştırmamızda, birinci basamak kişi başı muayene sayıları (2,94), 2012 yılı için gerek Antalya gerekse Türkiye geneline göre düşük olmakla birlikte, toplam başvuruların %41,2'sinin aile hekimine yapılmış olmasının Türkiye



ortalamasına göre daha olumlu bir bulgu olduğu söylenebilir. 2012 sağlık istatistikleri yılına göre Antalya ili birinci basamak başvuru oranı olan %42,3'e ise benzer bir sonuçtur (76). Ancak, kişi başı muayene sayılarında artışı olumlu bir bulgu olarak sunabilmemiz için, bu artışın ilk başvuru ve erişebilirlik özelliklerinin iyileştirilmesi ile elde edilmiş olması gerekir. Böyle bir kazanımla da, ikinci ve üçüncü basamağın sadece gerekli hastalar için kullanımının sağlanarak, bu basamaklarda başvuru sayısının en azından birinci basamaktaki kadar artmamasını ve gereksinimlerine birinci basamakta çözüm bulmuş hastaların acil servise başvurmayarak acil servis başvuru sayısının da azalmasını bekleriz. Bu açıdan çalışmamızda acil başvurularını sorgulamamış olmamız bir eksiklik olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak araştırmamızda da bu açıdan Türkiye geneline göre çok farklı bir hizmet kullanımı olmadığını düşünmekteyiz.

Sağlık reformu kapsamında uygulanan aile hekimliği sürecinde, kurumlarına başvuruların her basamakta hemen hemen aynı düzeyde arttığı görülmekte iken (76) acil servis ve 112 başvurularının ise 2-3 kat arttığı görülmektedir (104, 105, 106, 107). Tüm basamaklar için hizmet başvurularında artışla birlikte, acillere başvurunun bir yılda Türkiye nüfusundan bile fazla oluşu (108) piyasa dinamikleri ile şekillenip müşteri olarak görülen hastaların "uyarılmış sağlık hizmeti talebi"ne ya da sorunlarını olağan hizmet mekanizmaları içinde çözemiyor oluşlarına işaret etmektedir. Son on yılda, hekime başvuru sayısı, görüntüleme tetkikleri, cerrahi girişim, sezaryenle doğum sayıları ve ilaç tüketimlerindeki artışa bakılarak talep artışının sağlanmasında başarılı olduğu söylenebilir. Bu talep artışı -performans uygulamaları ve özel sağlık kurumlarının da SGK'dan geri ödeme almasının sağlanması uygulamaları ile- etkisinin on yıllar sonra açığa çıkacağı olumsuz sonuçlar doğurabilecek uygulamalara da yol açmıştır. Nitekim, Türkiye'de sağlık kurumlarında görüntüleme cihaz sayıları hızla artarken, MR ve benzer şekilde BT kullanımının her bin kişiye kullanım oranının OECD ortalamasının 2 katına varan bir seviyeye çıktığı (2011) ve bu cihazların %50'sinin özel sektöre ait olduğu görülmektedir (109). Bu sayılar, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, sağlık hizmetlerini geliştirmenin bir yolu olarak sunulan piyasanın (110) ilgili endüstrilerinin karlarındaki iyileşmeye işaret etmektedir.

Kişi başı muayene sayılarında -acil sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tüm basamaklarda benzer oranda artış olmasına rağmen, 2002-2012 yılları arasında pratisyen hekim sayısında %26'lık, uzman hekim sayısında ise %53'lük artış sağlanmıştır. Bu durum birinci basamakta aile hekimliği sistemi uygulaması ile sözde kullanılabilirliğini artırma projesine destek sağlayacak bir alt yapı hazırlığına işaret etmekten uzaktır (Çizelge 5.4.).

**Çizelge 5.4.** Yıllar içinde hekim sayıları (76).

	2002	2009	2010	2011	2012
<b>Uzman Hekim</b>	45.457	60.655	63.563	66.064	70.103
<b>Pratisyen Hekim</b>	30.900	35.911	38.818	39.712	38.877

Geliri 1000TL altında olanlar ve son bir yılda ödeme güclüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerin en son başvurduğu sağlık kurumunun daha fazla oranda aile sağlığı merkezine olması, tercihte olduğu kadar başvuru sağlık kurumu için de belirleyici olanın sosyoekonomik durum olduğunu ortaya koymaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük gruplar ve sınıflar arasında en çok başvuru sağlık kurumları oluşu sağlık ocağı döneminden beri bir çok çalışmada gösterilmiştir (93, 111, 112).

#### **5.4.1.3. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Hizmete Erişiminde Finansal Engeller**

Hizmete erişim, coğrafi açıdan olduğu kadar finansal açıdan da ilk başvuruda önem taşır. Araştırma kapsamındaki kişilerin %21'inin son bir yılda ödeme güclüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmiş olması erişim ve hakkaniyet açısından olumsuzdur.

Hane reisi sınıf konumunun mavi yakalı/hizmet emekçisi (OR=5,94) ve tarım (OR=9,86) olanların, beyaz yakalılara göre son bir yılda ödeme güclüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan daha fazla oranda vazgeçmiş olması, bu sınıfların daha düşük geliri olması ile ilgilidir ve cepten ödemelerin devreye

girdiği sağlık hizmeti kullanımlarında en fazla etkilenmenin düşük gelirli kesimlerin etkilenmesi ile uyumludur (113).

Edirne’de yapılan bir çalışmada “Katılım payı ödemek sağlık hizmeti veren kurumlara başvuru sayınızı etkiledi mi?” sorusuna katılımcıların yanıtı aile sağlığı merkezi için %21,8, devlet hastanesi için %40,1 oranında “evet” olmuştur. Ayrıca %34,5’i ilaç katılım payları nedeniyle kimi zaman reçetelenen ilaçları alamadıklarını belirtmişlerdir (114).

Çalışmamızda sağlık hizmeti kullanmaktan ödeme güçlüğü nedeniyle vazgeçmenin, hane sınıfsal konumu, ev-arazi sahipliği, algılanan sağlık ve kronik hastalıkla ilişkisi; zaten dezavantajlı olan bu kişilerde katkı payı gibi uygulamaların, herhangi bir sağlık hizmeti almada finansal yüklerinin artmasına yol açabilir. Katkı payı ve cepten ödemeler bu hanelerin gıda, barınma, eğitim gibi en temel harcamalarını azaltmaları ile sağlık durumlarının bozulmasına yol açarak bir kısır döngüye yol açabilir. Ayrıca yoksul haneler, gelirlerinin yüzdesi olarak daha fazla finansal yük üstlenmelerine rağmen, diğer gelir gruplarına göre miktar olarak daha az cepten sağlık harcaması yaparak, sadece zorunlu sağlık ihtiyaçlarının bir kısmını karşılıyor olabilir. Bunun yanında, sağlık durumunda ani değişimler de geliri iyi olan haneler için bile, aniden karşılanması güç olan bir durum haline alabilir. Bu açıdan sağlık hizmetindeki cepten ödemeler, toplumun birçoğu için sağlık hizmeti alamamaya neden olabilir. Sağlığın korunması ve bu durumun sürdürülebilirliği adına birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetinin ücretsiz olması gerekliliği bu açıdan oldukça önemlidir.

Türkiye’de kullanıcı katkıları için koruma durumlarına bakıldığında kolay zarar görebilecek kesimlerin (çocuk, yaşlı ve kadınlar gibi) ve yoksulların kullanıcı katkılarından sağlıklı bir şekilde muaf tutulmayışının da (115) ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumuna etkisi olabilir.

Araştırmamız dahilinde veya araştırma bölgemiz için başka çalışmalarda cepten harcamalara ilişkin bir veri olmamakla birlikte, Türkiye’de kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarının, satın alma gücü paritesi cinsinden Amerikan Doları bazında 2003’den 2012’ye %58 artış göstermiş (76) olmasının ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumuna etkisi olmuş olabilir.

Bu durumun bir yansıması, TÜİK 2011 yaşam memnuniyeti araştırmasında sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar içinde ilk sırada tüm kurumlar toplamında %48,7, birinci basamakta %46 olmak üzere “sağlık için ödenen katkı payları”nın yer almış olmasıdır (77).

Bir yanda %21 gibi bir oranla finansal nedenlerle sağlık hizmeti kullanamayanlar varken, Türkiye genelinde 2002-2011 yılları arasında kamu hastanelerine başvuru sayısının 2,7 kat artışına karşın özel hastanelere başvuru sayısının 10,5 kat artmış olması ve özel başvuruların %79’unun finansmanının da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmış (109) olması dikkat çekicidir. Böyle bir tablo, sağlık harcamaları finansmanında kaynak tahsisatı sorunu olduğunu ve dezavantajlı grupların hizmete erişiminde olumsuz, hakkaniyetsiz sonuçlar doğurduğunu açık şekilde gözler önüne sermektedir.

Sağlık hizmetlerinde aşırı ve gereksiz sağlık hizmetlerinin tüketimi ile ilişkili olan verimsizliğin önüne geçmek için en verimli yöntemin en hakkaniyetli olanı sağlamak olduğu belirtilebilir (115).

Avrupa’da katkı payı uygulamalarının gereksiz hizmet kullanımını azaltıcı yönde etkisinden ziyade hizmet kullanımının önünde bir engel olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durumdan asıl etkilenenler de yoksul ve dar gelirli kesimdir (39). Avrupa deneyimi, genel pratisyenliğe katkı payı uygulanmasının kamu ve özeldede uzman kullanımını artırırken, özellikle sağlıklı olanlar için koruyucu hizmet kullanımını engellediği yönünde olmuştur (103).

#### **5.4.1.4. İlk Başvuruya Sevk Sisteminin Etkisi**

Araştırmamızda sevk sisteminin uygulanmaması nedeniyle sağlıklı bir değerlendirme yapılamayacağı için bir sorgulama yapılmamıştır. Ancak, ilk başvuru hizmetinin en çok sevk sisteminden (kapı tutuculuk) etkilendiği ve sevk sistemi çalışan ülkelerde ilk başvurunun diğerlerine göre açık olarak daha iyi olduğu gözlenmektedir (116).

Birinci basamak sağlık hizmetinde, hekimin gerekli durumlarda kişileri sevk etmesi ile elde edilen sonuçlar, finansal erişim ve katkı payı gibi uygulamaların etkisine (117), birincil bakımın nitelikli sağlayıp sağlanamamasına, mevcut sağlık kültürü ve hasta alışkanlıklarına (10) göre değişebilmektedir.

Ancak yine de çalışmaların çoğunluğu, sevk sisteminin sağlık hizmeti kullanımını azalttığını, verimlilik artışı sağladığını (10, 117) ve gelir grupları arasındaki uzman ziyareti farkını azalttığını göstermektedir (118).

Uzun süre hekim serbest seçimi geleneği olan ülkelerde, sevk sistemi uygulamasına geçilmesi gibi hastanelere erişimi kısıtlayan uygulamalar memnuniyetsizliğe neden olabilir (10, 117). Türkiye’de de kişilerin uzunca bir dönemdir istedikleri an istedikleri kuruma gidebiliyor olma alışkanlıkları sonrası böyle bir uygulama ile sorun yaşanacağı aşikardır. Ayrıca aile hekimlerinin kayıtlı nüfuslarının fazla olması ile sağlık hizmet talebindeki artış birlikteliği de kapı tutucu fonksiyon üstlenmelerini zorlaştırmıştır. Aile hekimlerine yapılan bir çalışmada, hekimlerin bir kısmının sevk uygulamasının olmayışını hasta başvuruları, dolayısıyla izlemler ve koordinasyonun önünde ciddi bir engel olarak tanımladığı, ancak mevcut koşullarda uygulanmasının ise kaosa neden olacağını düşündükleri görülmüştür (119). Bizim çalışmamızda da hekimlerin anket sonunda “ayrıca belirtmek istedikleriniz” bölümü içinde sevk uygulanması gerekliliğine yönelik direkt ifadeler yer almakla birlikte; ulaşılamayan ya da aile hekimine gelmek istemeyen hastalarla ilgili sorunlar da sevk uygulanmayışı ve ilk başvuru ve devamında sürekliliğin sadece hekimin çabasına bırakılarak sağlanamayacağına işaret eden dolaylı ifadeler olarak tanımlanabilir.

#### **5.4.2. Süreklilik Özelliği**

##### **5.4.2.1. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Aile Hekimini Bilme ve Kullanma Durumu**

Sürekliliğin sağlanması için kişiye önce bakım kaynağı olarak göreceği bir hekimin varlığı sunulması gereklidir (57). Antalya’da iki yılını doldurmuş bir uygulama olmasına rağmen çalışma bölgesindeki halkın %86’sının aile hekimini biliyor olması, bunların da %83,9’unun aile hekimine başvurmuş olması (bu durumda toplam nüfusun %72’si aile hekimine başvurmuştur), araştırma bölgesinde %28 oranında birinci basamağın kullanılmadığını göstermektedir. Manisa’da da Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’nde kayıtlı kişilerin %24,3’ünün 2011 yılı için hiçbir aile hekimine poliklinik başvurusunun olmadığı saptanmıştır (79). Benzer çalışmalarda da aile hekimini bilme/tanıma oranları %84-86 düzeyindedir

(60, 74, 94, 120) ve bilenlerin aile hekimini bir başvuru noktası olarak kullanma durumu da %100 değildir. Kayseri’de aile hekimliği uygulamasının 3. yılını doldurmak üzereyken yapılmış bir çalışmada aile hekimini bilenlerin oranı %85 iken kullanma oranı %76,3’dür (74).

Çalışmamızda aile hekiminin, hekimini bilmeyenlerin %67,2’si ile temasa geçmediği görülmüştür. Bu durum büyük oranda, aile hekimliği modelinin bölge temelli olmayışı ve hekimlerin kayıtlı kişilere adres ya da telefon bilgisi yanlılığı ile ulaşamaması ve ev ziyaretlerinin yapılmaması ile bağlantılıdır.

Aile hekimini bilme durumunun evli olanlarda daha yüksek olması bu kişilerin gebelik, bebek izlemi, aşı gibi nedenlerle kuruma başvurmuş olması durumundan kaynaklanıyor olabilir. Aile hekimini bilme durumunun, sosyoekonomik statü bakımından Konyaaltı’na göre daha geride olan Kepez ilçesinde daha yüksek oluşu ise aile hekimini kullanma durumunun hane reisinin sınıf konumuna göre şekilleniyor olması ile paraleldir. Aslında bu durum, birinci basamak sisteminin ihtiyacı çok olana daha fazla hizmet götürme ilkesine uyumludur. Ancak, basamaklı yapının gerektiği gibi kullanılmamasının ikinci ve üçüncü basamakta gereksiz yığılma yaparak, buralardan hizmet alma ihtiyacı olanların geç hizmet almasına, belki de hizmet alamamasına neden olacağından, herkesin ilk başvuru noktasının birinci basamak olması gerekliliğine aykırıdır. Bu açıdan bakıldığında, bilinçli kullanımın bir yandan sosyoekonomik statü artışı ile artması gerekliliği öne çıkarken; yıllar içinde birinci basamak kullanılabilirliğinin hak ettiği ve gerektiği şekilde artırılması ve pratisyen hekimin itibarının tekrar verilmesi adına yapılanların yetersiz olduğu söylenebilir.

Nitekim Dünya Bankası Raporu, sağlıkta dönüşüm ile birinci basamak hekimin statüsünün artırıldığını ifade etmektedir (29). Oysa ki, hekimlerin ve özellikle pratisyen hekimin sorunlarının bir kısmı, 1980’lerde başlayan Dünya Bankası güdümlü reformların (121) kamu sağlık harcamalarının kısılması, kamu sektöründeki emek maliyetlerinin azaltılması ve özelleştirmeleri devreye sokuşu ile çöküşü başlatılan sürecin sonucudur denebilir (122). Araştırmamızda hekimlerin %42 oranında aile hekimliği sistemini onaylayarak aile hekimi olmasında, yaşanan bu sürecin etkisi olabilir. Bu konu, aile hekimlerine yapılan çalışmaya ait tartışma başlığında ele alınacaktır.

#### **5.4.2.2. Sağlık Hizmet Kullanıcılarının Memnuniyeti ve Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği**

Süreklilik, sağlık hizmeti kalitesi ve hasta tatmini ile de ilişkilidir. Hasta memnuniyeti, hastaların aynı hizmet sağlayıcıyı tercih etmelerini ve sürekliği sağlar (123). Urfa'da 2013'te yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin düşük olmasının sürekliliği 7 kat azalttığı görülmüştür (124). Bizim çalışmamızda da aile hekimini kullanan katılımcılarda aile hekiminden memnun olmanın sürekliliği (olağan hizmet sunucu sürekliliği) artırdığı görülmüştür (OR=15,34). Ancak aile hekimini kullananların aile hekiminden oldukça yüksek memnuniyet düzeyine rağmen (%91,2) ardışık iki başvurunun aile hekimine yapılmış olması ile değerlendirilen olağan hizmet sunucu sürekliliğinin aile hekimini bilen ve kullananlarda %21,4 oranında kalması memnuniyet- olağan hizmet sunucu sürekliliği ilişkisi açısından düşünüldüğünde düşük bir oran olarak yorumlanabilir. Yüksek memnuniyet düzeyine rağmen sürekliliğin %21 oranında olması, halkın memnuniyetindeki objektifliği sorgulanabilir kılmakta, subjektif olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hastaların hekimleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan gerçek bir değerlendirme yapabilmeleri de olanaklı değildir (125). Olağan hizmet sunucu sürekliliği ve aile hekiminden memnun olma durumu arasındaki bu ilişki, sürekliliği yüksek olanların hekimi belki de daha iyi tanıyarak daha doğru bir değerlendirme yapabilmiş olmaları açısından da düşünülmelidir.

Memnuniyetin birinci basamağı tercih ve kullanma durumundan farklı olarak sosyoekonomik durumdan ziyade, aile hekimine güven duyma, yeterince bilgilendirdiğini düşünme ve aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulma oranında artışla şekillenmesi, bu soruya cevap verenlerin zaten hizmet almak için tercih ederek aile hekimini kullanan katılımcılardan oluşmasına bağlı olabileceği gibi, sağlık hizmetinin bilgi asimetrisi yönü ile de ilişkilendirilebilir. Bu açıdan, sağlık hizmetinden memnun olma durumunun aslında hangi durumlardan etkileneceği önemlidir.

Kişilerin hali hazırda almadığı ancak alması gerekli olan bir sağlık hizmetinin toplum sağlığı için ya da ileride kendisi için gerekli olduğu bilgisine sahip olamayabilmesi; bu hizmetin eksikliğini farkına varamayarak sağlık

hizmeti memnuniyeti içinde bunu değerlendirememesine neden olur. Bunun yanında gerekli olmayan ve kendisini olumsuz etkileyecek hizmetlere ulaşabilmeyi de iyi yönde değerlendirmeleri söz konusu olabilir (görüntüleme yöntemlerinin gereksiz kullanımı gibi).

Hastaların tıbbi bakımın etkinliği, kalitesi ve tedavi almanın veya almamanın etkileri üzerindeki bilgilerinin sınırlı oluşu yani “Sağlık hizmetinin bilgi asimetrisi yönü” nedeniyle, hastalardan memnuniyete ilişkin değerlendirme almak tartışılır olsa da, kişilerin hekimin bilgisine güven duyması ve herhangi bir durum hakkında kendini yeterince bilgilendirdiğini düşünmesi, tedavi yanıtı ve hekimin uyarılarını dikkate alma açısından değerlidir. Doktor ile hastasının etkileşiminin en önemli noktası bu etkileşimin hastanın iyileşmesi üzerindeki “plasebo etkisi” olarak da tanımlanan etkisidir (126). Ancak sadece “verilen hizmetten ne kadar memnunsunuz” üzerinden bir değerlendirmeyi, sistemin tüm işleyiş problemlerinden bağımsız, referans bir kriter olarak almak da doğru bir yaklaşım olmaz. Bu açıdan, memnuniyetin sorgulanmasında dair ayrıntılı, örneğin; “aile hekimine muayene olmak için para ödemekten, vergi-prim-reçete parası-ardından katılım payı ödemekten memnun musunuz?”, “bir hekimin 100. hastası olarak muayene edilmekten memnun olur musunuz?” gibi sorgulamaların yapılması gerektiği yönünde görüşler de vardır (127). Kaldı ki gelinen noktada artık hasta memnuniyetinden çok müşteri memnuniyetine dönüşen bir algı ortaya çıkmaktadır ve hekimler bu durumun hizmet sunmada yarattığı olumsuzluklara işaret etmektedir (41, 128).

Aile hekiminden hizmet alan sağlık hizmet kullanıcılarının %84-85,7 oranında hekimin kendisini yeterince bilgilendirdiğini düşündüğü ve bilgisine güven duyduğu görülmektedir. Hekimin kendisini yeterince bilgilendirdiğini düşünmenin ve bilgisine güven duymanın hekimden memnuniyete etkileri (OR=9,29-31,85), memnuniyet nedenlerinde ilk sıralarda ilgi, iletişim, dinleme ve bilgilendirme gibi nedenlerin yer alması ile paralel bir bulgudur. Benzer çalışmalarda da aile hekiminden memnuniyette hekimin yakın ve ilgili davranmasının önemli yer tuttuğu görülmüştür (94). Hekimin kendini bilgilendirdiğini düşünme ve bilgisine olan güven algısı, muhtemelen kişilerin hekimin yaklaşımına, kendine ayırdığı zaman ve ilgiye bağlı olan süreçte yerleşir.



Eski Sağlık Bakanı, kişilerin memnuniyetinin hekim başına düşen hasta sayısı ile yakından ilgili olduğunu ifade ederek sorunu aşmak için tıp fakültelerine alınacak öğrenci kontenjanlarının artırıldığını ifade etmiştir (129). Ancak gerekli düzenlemelerin yapılmadan -tıp fakültesi açmalarının ya da kontenjan sayılarını artırmak suretiyle- bu duruma çözüm bulmaya çalışmanın memnuniyeti, devamında da sağlık hizmetinin niteliğini iyileştirme adına ne derece başarılı olabileceği ise ayrıca bir tartışma konusudur.

Çalışmamızda aile hekiminden memnuniyetin Antalya’da daha kısa süredir yaşayanlarda ve hanede yaşayan kişi sayısı fazla olanlarda daha fazla olması ise muhtemelen göçle alakalı bir sürece işaret etmektedir. Daha az gelişmiş bölgelerden gelen bu kişilerin Antalya’daki hizmeti ve yaşam koşullarını daha iyi değerlendirmiş olması olasıdır.

Çalışmamızda olağan hizmet sunucu sürekliliğinin, ilk başvuruda aile hekiminin tercih edilmesi, aile hekimini bilme-kullanma durumunu etkileyen değişkenlere benzer şekilde sosyoekonomik-sınıfsal statüyü belirleyen kriterlerle şekillenmesi zincirleme bir sürece işaret etmektedir. Bir yandan da bu durumlar için hekim hizmetinden bağımsız olan değişkenleri de ortaya koymaktadır. En son başvuru yerin daha çok aile hekimi olmasındaki gibi, süreklilikte de son bir yılda ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerde anlamlı bir yükseklik görülmesi yine birinci basamak sağlık hizmetinin –katkı payına rağmen- dezavantajlı gruplar için önemine işaret etmektedir.

Manisa’da aile hekimliğinin 12. ayında gecekondu bölgesindeki bir aile sağlığı biriminde kadınlara yapılan bir çalışmada aile hekimliğinin %62 oranında tercih edilmesine rağmen %40 oranında olağan hizmet sunucu sürekliliği saptanmıştır (60). Bizim çalışmamızdaki olağan hizmet sunucu sürekliliğinin daha düşük oranı hem tercih edilme düzeyinin daha düşük olması hem de kadınların eğitim ve çalışma durumunun daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Kronik hastalık varlığının süreklilikte azaltıcı yönü bulunması bu kişilerin herhangi bir sağlık problemi varlığında zaten birinci basamağı tercih etmemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Lağarlı ve arkadaşlarının çalışmasında (59) birinci basamak değerlendirme ölçeği ile (PCAS) ölçülen süreklilikte kronik hastalık varlığının sürekliliği artırdığı bulunmuştur.

### 5.4.2.3. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Hekim Seçme Hakkı

Sağlık hizmeti kullanıcılarının %21,8'inin hekim değiştirmiş olduğu ya da değiştirmeyi düşündüğü görülmektedir. Bunların yarısından fazlasında neden taşınma ya da daha yakın bir yere kayıt aldırarak olmakla birlikte; kimi zaman “ilacı iyi gelmiyor”, “beğenmiyorum”, “istediğimiz tedaviyi olamıyoruz” gibi ifadeler de kullanılmıştır. Hekim değiştirmemiş olanlara böyle bir uygulamadan haberdar olup olmadıkları hakkında sorgulama yapmamış olmamız ise bu konuda daha net yorum yapabilmemizi kısıtlayan bir durumdur. Nitekim Erzurum’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %24’ünün böyle bir uygulamadan haberdar olmadıkları görülmüştür (74). Ankara’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %7’sinin hekim değiştirmeyi düşündüğü %8’inin ise kararsız olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmanın aile sağlığı merkezine başvuranlara yapılmış olması nedeniyle hekim değiştiren kişi yüzdesi ve değiştirme nedenleri hakkında herhangi fikir vermemektedir (94).

Çalışmamıza katılan hekimlerin %85’i kendisinden, başka hekime kayıt aldırarak kişiler hakkında bilgi vermiştir; en çok 3 bin olmak üzere bir hekimden kayıt aldırarak kişi sayısı ortalama 836’dır. Hekimlerin tüm nüfusunun hizmet almak için başvurmadığı da düşünülecek olursa bu, aslında azımsanmayacak bir sayıdır.

Bazı çalışmalarda hastaların hekim değiştirmedeki kriterlerinin rahatlık, ofis görünümü, arkadaşlar ya da aile önerileri gibi bir dizi faktöre göre belirlendiği, hekimin hastanın isteklerini yerine getirmesi ile ilişkili olduğu görülmektedir (119). Bu tip kriterler ise sağlıkta bilginin asimetrik dağılıma avantajı ile kimi zaman hizmet sunan kurum ve kişilerce talep yaratma aracı olarak kullanılabilir (103). Hekimlerin aile hekimliğinde zorlandıkları yön olarak ikinci sırada (%78) belirttiği “hasta beklentisindeki artış” bu tür yaklaşımların ortaya çıkardığı bir sonuçtur. Hastanın hekim seçebilme hakkı, hasta tarafından bir tehdit unsuru olarak kullanılabilir ve belki de hasta kaybetme endişesi ile bazı hekimleri hastanın her istediğini yerine getirme yaklaşımına iterek destek bulabilmektedir. Çalışmamızda hekimlerin “hasta memnuniyetine yönelik sağlık hizmeti” şeklinde tanımladığı durum kimi zaman, hasta isteği ile şekillenemeyecek durumlarda kesin tavır gösteren hekimlere hasta kaybı şeklinde yansıtılabilmektedir (119). Ya da

çalışmamıza katılan bazı hekimlerin de belirttiği gibi hasta tacizi ya da şiddetinin artışına neden olabilmektedir.

#### **5.4.2.4. Sağlık Hizmet Sunumunda Ekip hizmeti**

Birinci basamak için süreklilik aile sağlığı merkezi ile ilgili olmakla birlikte, gerek coğrafi, gerekse finansal erişim yönüyle (58) sağlık sisteminin bütünü ile ilgilidir (48).

Bireylerin, en çok sağlık hizmeti aldığı, organize bir ekip tarafından, hizmete ulaşabildiği yer konumunda tanımlanan birinci basamak hizmette, hizmet sunan ekibin, hizmetin kalitesini ve koruyucu hizmetleri koordine etmede sorumluluk duyması gerekir. Bu bağlamda hizmet verenler tarafından birey hakkında elde edilen tıbbi bilgi zamanla artarak bilgi sürekliliği de elde edilir (130). Aile hekimliğinin kişilerin başvurduğu her durumda benim hekimim diyeceği bir bağ kurduğu aynı hekime başvuru yapması, sağlık ocağı ile fark belirten katılımcıların %34'ü tarafından en fazla olumlu bulunan yönü olmuş olsa da; aile hekimlerinin %60'ı için ekip anlayışının kalmayıışı ve %66'sı için tek personelle çalışmanın zorluğunu getirmiştir.

Aile hekimliği uygulamasında artık ekip olarak tanımlanan kişiler bir aile hekimi bir de aile sağlığı elemanıdır. Ancak aile hekimine hizmet almak için başvurusu olan %72'lik kesimin %21'inin bu ekibin bir üyesi olan aile sağlığı elemanını tanımadığı görülmektedir. Yani, araştırma kapsamının tamamı için konuşacak olursak neredeyse yarısı (%43'ü) ekibin yarısını tanımamaktadır ve bu, birinci basamağın karakterine aykırı bir durumdur. Manisa'da da aile sağlığı elemanının ismini bilme düzeyi %36,2 oranında kalmıştır (60). Bu durum bir yandan aile sağlığı elemanlarının ev ziyaretine çık(a)mamasına bir yandan da yeterince eğitim ver(e)memesi nedeniyle (119), kişilerle birebir ilişki olanağının azalmasına bağlanabilir. Kaldı ki acil tıp teknisyenlerinin de aile sağlığı elemanı olarak çalışabilecek olması halkla bu tip ilişkiler bakımından bağın tamamen kopmasına yol açabilir.

Sürekliliğin sağlanmasında, kişinin kendi hekimi yokken, sürekli hizmet alacağı kurum olarak tanınan yerde, hizmetin devamlılığında sorun yaşamaması önemli bir etkidir (130). Ancak kayıtlı nüfus üzerinden hizmet verilen bir sistem

içinde kişilerin kendi hekimi olmadığında hizmet alması, kişilerin “misafir” olarak değerlendirilmesini gündeme getirmektedir. Çalışmamızda, sadece kurumdan hizmet alanlar üzerinden değerlendirebildiğimiz kadarıyla; kendi aile hekimi yokken başka hekimden hizmet almada problem yaşama %5,2 gibi düşük bir düzeyde görünse de, kişilerin yarısından çoğunun henüz böyle bir durumla karşılaşmamış olması, bu kişilerin gelecekte kendi hekimleri yokken hizmetin sürekliliği açısından sorun yaşama durumu hakkında fikir sahibi olmamızı engellemektedir. Kaldı ki, araştırma kapsamındaki hekimlerin şikayet ettiği durumlardan biri olan kayıtlı nüfus ve poliklinik fazlalığı içinde, misafir hastaların hekimlerin iş yükünü artırdığı gerçeği, hem misafir hasta hem de kayıtlı nüfus sürekliliğini zaten tehlikeye sokmaktadır. Kendi hekimi yokken problem yaşadığını belirtenlerin, yaşadığı problemlerin hemen tamamının da diğer hekimin ilgisiz oluşu ve bekleme süresinin artması ile ilgili oluşu da bunun bir kanıtıdır denebilir. Benzer çalışmalarda birinci basamak çalışanlarının ifadeleri de aile hekimlerinin kayıtlı hasta listesi dışındakilere bakmak istememesi nedeniyle, sık sık hizmete erişimin engellendiği yönündedir. Bu durumun, göçün yoğun olduğu bölgeler ve mevsimlik işçiler açısından daha sorunlu olduğu belirtilmektedir (119).

#### **5.4.2.5. Aile Hekimlerinin Memnuniyeti**

Yapılan çalışmalar, süreklilik ile hasta memnuniyeti ilişkisi yanında hekimin memnuniyeti arasında da güçlü ilişki bulunduğu yönündedir (130). Araştırmamız kapsamındaki hekimlerin yarıdan fazlasının sistemden memnun olmaması (%56,2) ve yarısının sistemin devamı hakkında tereddütlü oluşu (%48,3) bu açıdan ciddiye alınması gereken bir sonuçtur. Araştırma bölgesine ait aile hekimliği öncesine ya da ilk başladığı döneme dair bir veri olmaması, memnuniyeti aile hekimliği öncesine göre kıyaslamamızı olanaksızlaştırmaktadır.

Kayseri’de aile hekimliğinin dördüncü yılında yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %57,6’sının (80); Eskişehir’de yapılan bir çalışmada ise %72,8’inin aile hekimliği ile ilgili uygulamalardan memnun olduğu bulunmuştur (82). Manisa’daki bir çalışmada memnuniyetin, aile hekimliğinin ilk aylarına göre ikinci yılında hem hekimlerde hem de aile sağlığı elemanlarında arttığı tespit

edilirken (131); Eskişehir’de sistemdeki hizmet süresi 13-20 ay olan hekimlerin 2-12 ay olan hekimlere göre iş doyumlarının azaldığı tespit edilmiştir (82).

Memnuniyet düzeylerindeki farklılıklar kişilerin beklentileri, hekime bağlı nüfusun özellikleri ya da illerin uygulama farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Bu açıdan aynı bölgedeki hekimlerin belli zaman sürecindeki memnuniyet ve iş doyumlarındaki değişimleri ile daha anlamlı bir değerlendirme yapılabilir. Bununla birlikte çalışmamızdaki hekimlerin de belirttiği; ekip anlayışının kalmayıp, sözleşmeli çalışma, iş yükü ile ilgili sıkıntılar başka çalışmalarda da saptanmış olup (41, 80, 92) süreç içinde –özellikle 2013-2014 aralığında- yaşanan ve hekimlerin iş yükünü artıran ve hizmet tanımlarına uymadığını belirterek karşı çıktıkları uygulamaların, iş doyum ve memnuniyet açısından olumsuz sonuçlara yol açması muhtemeldir (132, 133).

Sistemi onaylayarak geçmeyen, birinci basamak sağlık hizmeti için aile hekimliğini uygun bulmayan ve aile hekimliğinde zorlanma durumu yüksek olan hekimlerde memnuniyet daha az olmakla birlikte; bu hekimler, hali hazırda memnun olmadığı için sistemi uygun bulmayarak ve onaylamayarak geçmiş olduğu bilgisini vermiş de olabilirler. Çalışmanın kesitsel oluşu burada neden sonuç ilişkisini net olarak saptamamızı engellemektedir. Bununla birlikte Kayseri’de yapılan bir çalışmada da bulgular; aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu düşünen, sistemde yer almaktan memnun olan ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu yönündedir (83).

Aile hekimliği öncesinde çalıştığı yer sağlık ocağı olan hekimlerin aile hekimliğinden 24 kat daha az memnun olması ise, sağlık ocağındaki ekip anlayışının ve çalışma barışının kalmayıp ve aile hekimlerine yapılmış çalışmanın sonunda hekimlerin %58’inin “belirtmek istediğiniz başka bir şey var mı?” sorusuna yazdıkları, sistemin getirdiği süreçte yaşadıklarına bağlanabilir. Bununla birlikte neden ne olursa olsun memnuniyet derecesi sonuçta hizmeti etkileyecek sürecin bir parçasıdır ve değerlendirilmesi gerekir.

2012 yılı başı için, Türkiye’de aile hekimine kayıtlı kişi ortalaması 3553 olup (29), çalışmamızda bu sayı 2111 ile 4628 arasında değişmekle birlikte ortalama 3875’dir. Hekimlerin %68’inin kayıtlı nüfusun fazlalığı ile ilgili

şikayetleri olmakla birlikte, nüfus sayılarının aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerine etkisi olmadığı görülmektedir. Bu durum, kayıtlı nüfusun sayısal değerinin -özel grupların fiyatlandırması(!) farklı olmakla birlikte- 4 bin hastaya kadar hekimin ücretinin belirlenmesinden ve 4 bin üzerindeki hasta sayısının ise hastanın hekim değiştirme kaygısında bir teminat olarak görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin iş yükü, hekime bağlı sayısal nüfustan ziyade çalışmamızın sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik bölümünde görüldüğü üzere gelir durumu, eğitim düzeyi, erişim özellikleri ve ikamet edilen bölge gibi aile hekiminin kullanımındaki farklılıkların etkisi ile şekillenmektedir. Çalışmamız kapsamında, nüfusu 2 binlerde olan hekimlerin poliklinik sayılarının, nüfusu 4 binlerde olanlarla benzer olduğu görülebilmektedir. Nüfusun bir bölümü erişim ile ilgili sorunlar yaşarken, başka bir bölümü hizmetleri yoğun bir şekilde kullanmaktadır (119). Manisa’da Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kayıtlarından yapılan bir çalışmada, toplam poliklinik hizmetinin %60,0’ını nüfusun %19,5’inin kullandığı görülmüştür (79).

Bu gibi durumlar ve performans uygulamaları hekimi hasta seçme gibi bir yaklaşıma itebilir. Yani “hasta sayım çok olsun ancak performans kesintisi olacak koşullarda iletişimimin kolay olacağı ve poliklinik-evde bakım gibi hizmetlerde beni çok yormayacak kişilerden oluşsun” şeklinde bir yaklaşıma. Nitekim sağlık hizmet sunucularında yapılan bir çalışmada hekimlerin dil, kültür farkı, eğitimsizlik vb. nedenlerle rahat iletişim kuramadıkları kişileri, psikiyatrik sorunu olanları, kendilerinden hizmet almayı red eden ve güvenliklerini tehdit eden kişileri, sağlık sorunları ağır olan, yaşlı ve yatalak ya da aşırı talepkâr hastaları listelerine almayı tercih etmeyebildikleri ya da listelerinden çıkartmak için çaba gösterdikleri belirtilmiştir (119). Sağlık reformlarının bir parçası olarak uygulanan performansa dayalı ödemenin bir sonucu olarak Avrupa’da da hekimlerin yüksek riskli hastaları seçmeme eğilimine girdiği görülmüştür (103). Koordinasyonun sağlanamadığı, hastaların başka kurumlardan aldığı hizmet bilgilerine de ulaşmada problemlerin yaşandığı bir sistemde -üstelik kendi çalışmamız kapsamında konuşacak olursak nüfusun %28’inin aile hekimini hiç kullanmadığı ve sürekliliğinin %18’lerde olduğu bir uygulamada- hekimlerin böyle bir yönelimde bulunması kaçınılmaz denebilir. Öcek ve ark. çalışmasında (119) aile

hekimlerinin  $\frac{3}{4}$ 'ü, hastalarının diğer sağlık kurumlarında aldıkları hizmetlerden, uzman hekimler tarafından konulan tanılarında haberdar olmadıklarını, bunun sadece - hastanın bilinç düzeyine bağlı olmakla birlikte- hastaların kendilerini bilgilendirdiğinde gerçekleştiğini belirttikleri görülmektedir.

### **5.4.3. Kapsayıcılık Özelliği**

#### **5.4.3.1. Ev Ziyaretleri-Koruyucu Sağlık Hizmetleri Uygulamaları**

Süreklilikte bahsedilen, araştırma kapsamındaki aile hekimini bilmeyen kişilerin (%14,3) %67'si ile kayıtlı olduğu aile hekiminin temasa geçmeyişi kapsayıcılık, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, gebe-bebek-çocuk izlemleri açısından da önemli bir sorundur. Bununla birlikte, aile hekiminin temasa geçmiş olduğu kişiler ise (%6,6) buna rağmen aile hekimini bilmediğini ifade etmektedir. Aile hekimlerinin de %50-63'inin, gebe-bebek-çocuk izleminde "kendine kayıtlı kişilerin adres bilgisi yanlışlığı" ile, %70'inin "haber vermeden taşınan hastalara ulaşamama nedeniyle" sorun yaşadığını belirtmesi, kayıtlı kişi baz alınarak yürütülen bir sistem içinde, sorunların daha temelde başladığına işaret etmektedir. Buna paralel olarak, yine bebek-çocuk-gebe izlemlerinde yaşadıkları sorun olarak hekimlerin %20-41'inin ASM'yi kullanmayan ve kendilerinin de ulaşamamış olduklarını belirttikleri kişiler olduğu saptanmıştır. Bu durumun bir kısmı adres yanlışlıklarından dolayı kişilere ulaşamamaktan kaynaklanabileceği gibi, bir kısmı da ekip olarak tanımlanan iki kişinin ev ziyaretlerini yap(a)mamasından kaynaklanıyor olabilir. Adıyaman'da aile hekimliğinin 3. yılında yapılan bir çalışmada da örneklem seçimi aile hekimlerinin güncel nüfuslarından sistematik olarak seçilmiş, ancak seçilen nüfusun %22,5'inin belirtilen adreste oturmadığı gözlenmiştir (134).

Araştırma kapsamındaki hanelere aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından ev ziyareti yapılma durumunun %6,6 oluşu ve aile hekimlerinin %52,7'sinin de birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanının hiç ev ziyareti yapmadığını belirtmesi, birbirini destekleyen bulgulardır. Gerçi mevcut aile hekimliği modelinde ev ziyareti yapılması gibi bir gereklilik yoktur. Sağlık ocağı uygulamasında, ebe ve gerekli olduğu durumlarda hemşirelerin görev tanımı öncelikle "hizmet verdiği bölgeyi tanımak" ve "ev ziyaretleri ile gebe-bebek

izlemlerini yapmak” şeklindeydi (135). Böylece, aileler sosyoekonomik düzeyleri ile daha iyi tanınarak, buna göre gerekirse uygulamalı eğitim ve bilgilendirme yapılabilinsin; taşınanlar, gebeliği olanlar hakkında vaktinde bilgi alınabilsin ve şu an yaşanan problemlerin önüne geçilebilsin isteniyordu. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde ise aile sağlığı elemanlarının görev tanımı -zaten hizmet bölgesi diye bir şey olmadığından- bölgeyi tanımak gibi bir tanım içermemekte ve tedavi ağırlıklı uygulamaya yönelik bir çerçeve çizilmektedir. Acil tıp teknisyeninin bile aile sağlığı elemanı olarak çalışabileceğinin belirtilmesi de bunun kanıtı olarak görülebilir (1). Hal böyle iken, araştırmaya katılan hekimlerin sadece %5,3 gibi bir oranla aile sağlığı elemanının ev ziyaretini gereksiz bir durum olarak görüyor oluşu, maalesef olumlu olarak değerlendirilebilir. Manisa’da aile hekimliğinin 11. ayında, son bir yılda evime ebe ziyarete geldi, diyenlerin oranı %40,6; Kayseri il merkezinde aile hekimliğinin 35. ayında aile sağlığı elemanlarınca evde ziyaret edildiklerini söyleyenlerin oranı %12,4; İzmir’de aile hekimliğinin 18. ayında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere ev ziyareti yapılma oranı %3; Adıyaman’da aile hekimliğinin 3. yılında %2 olarak bulunmuştur (60, 74, 120, 134). Görüldüğü gibi ev ziyaretleri açısından farklı bölgelerin farklı, ancak yetersiz düzeyde ev ziyareti oranları vardır. Günümüzde ev ziyareti yapma koşullarının, eskiye göre kişilerin birbirine güvensizliği nedeniyle daha zor olduğu kabul edilmesi gereken bir gerçek olsa da bu durumun bölge temelli daha dar alanlarda yerleşen aile hekimliği birimleri ile (birimlerin oluşturulması probleminin çözülmesi kaydıyla) aşılabileceğini düşünmekteyiz. Kaldı ki, özellikle büyük şehirlerde aile hekimlerine çalışılabilecekleri yer gösterilmemesi ve fahiş fiyatlarla yer kiralamak durumunda bırakılmaları nedeniyle, hekimlerin yerleş(e)mediği boş kalan aile hekimliği birimleri olması ile hiç de azımsanmayacak oranda bir nüfusun aile hekimi olmadığı da Türkiye’deki aile hekimliği modelinin toplum sağlığı açısından büyük tehditlere gebe olan bir gerçeğidir. Nitekim 2013 yılı iller arası ilk yerleştirmede İstanbul için 74, ikinci yerleştirmede 55 boş pozisyon yerleştirmeye açılmış olmasına rağmen; İstanbul Sağlık Müdürlüğü’nün açıkladığı aile sağlığı merkezi doluluk durumlarına bakıldığında, 2014 yılı Mayıs ayında İstanbul’da 103-Temmuz ayında 129 aile



hekimliği biriminin boş olduğu gör÷lmektedir (136, 137, 138). Araştırma bölgeimizde ise aile hekimi kontenjanı boş olan pozisyona rastlanmamış olması bu anlamda olumludur.

Aile hekimlerine yapılan anket çalışmasında da, hekimlerin gebe-bebek-çocuk izlemlerinde yaşadığı zorlukların %32-35 oranlarında ‐aile sağlığı merkezini kullanmayıp, gelmek istemediğini belirten hastalardan kaynaklanması‐ yine koruyucu sağlık hizmeti vermede yaşanan önemli bir problemdir. Performansa dayalı sistemin, hekimleri öncelikle gebe ve çocuklara ulaşmaya odaklanmaya teşvik ettiği söylemine karşın (29), uygulamada aile hekimi ve aile sağlığı elemanının çabalarından bağımsız, sistemin bütününden kaynaklanan sorunlara derman olamadığını gözler önüne sermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetinin özelliklerini yerine getirebilmede olmazsa olmaz denebilecek sevk sisteminin yokluğu, bir anlamda böyle durumlara zemin hazırlarken; yıllar içinde hastaların hekimlere, özellikle de birinci basamak hekimlerine güveninin sarsılması ve yanı sıra kişilere sonu düşünülmeden, istedikleri kuruma muayene olma ve hatta özel hastanelerde bile kamunun finanse ettiği sağlık hizmeti kullanma yollarının açılmış olması, memnuniyeti artırmış ancak birinci basamağa sekte vurmuştur. Hal böyle iken, en azından bazı sorunların önüne geçebilmek adına aile hekimlerinin hastanın oturduğu bölgeyi dikkate alması beklenir. Ancak %24'e varan bir oranla hekimler, kaydını kendisine aldırarak isteyen hastanın oturduğu bölgeyi dikkate almadığını ifade etmiştir. Kayıtlı kişilerin belli çevrede ikamet etmesi hem çevresel faktörlerin etkilerini değerlendirebilmek adına hem de hastaya ulaşması gerektiğinde hem daha kolay ulaşım hem de yakın çevresindeki diğer hastalardan bilgi alabilmek adına, hekimlerin karşılaştıklarını ifade ettikleri bazı sorunların aşılması açısından önemli bir kolaylık sağlayacaktır.

Çalışmamızda da hekimlerin adres ya da telefonla ulaşamadıkları, göç eden ya da hiçbir aile hekimine kayıtlı olmayan kişilerle ilgili problemlere değerindikleri gör÷lmektedir. Öcek ve arkadaşlarının çalışmasında da (119) aile hekimlerinin 3/5'i, aile sağlığı elemanlarının tamamının ifadeleri de hiçbir aile hekimine kayıtlı olmayan kişiler olduğu yönündedir.

31 Aralık 2011 itibariyle Türkiye aile hekimliği bilgi sistemine kayıtlı nüfus 71.923.589 olarak verilirken (29), aynı tarih itibariyle TÜİK'in belirlediği Türkiye nüfusunun 74.724.269 kişi olup, 3 milyona yakın bir nüfusun Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (AHBS) kaydının olmadığını (139), kayıtlı nüfusunun ihtiyaçlarını çözmeye yetemeyen sistemde, nüfusun %4'ünün sisteme bile alınmadığını göstermektedir. Nitekim Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008'de de Türkiye'de son beş yılda yapılan doğumların %6'sının kayıtlı olmadığı yönünde idi (140).

Sistemin kayıtlı nüfus üzerinden yürüdüğü bir modelde, kayıtlı olmayan nüfusun özellikle de dezavantajlı bir gruptan oluşuyorsa sağlık hizmetine talep etmeden ulaşamama durumu ortaya çıkar. Bu durum hem hakkaniyetsizdir hem de toplum sağlığı için tehdittir. Türkiye 2013 yılında 28 Avrupa Birliği üye ülkesi içinde milyon nüfus başına en yüksek Kızamık insidansına sahip olan ikinci ülke konumunda olmuştur (141). Batman'da bu dönemde yapılan bir çalışmada 2013 başından Mayıs sonuna dek Kızamık tanısı alan 184 kişinin 114'ünün (%61,9) aşısız olduğu, aşısız olanların ise aile hekimlerine kaydı olmayanlar ve göçmen-mültecilerden oluşması bu duruma örnek verilebilir (142).

Konyaaltı ve Kepez'de çalışan aile hekimlerinin yarıya yakın bir oranda (%44,6) koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince veremediğini düşündüğü görülmektedir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden hekimlerin iş yükünün incelendiği bir çalışmada aile hekimlerinin iş yükünün %80'ini poliklinik hizmetlerinin oluşturduğu görülmüştür (79). Bizim çalışmamızda da hekimlerin yeterli koruyucu sağlık hizmeti verememede "tedavi edici hizmetlere ağırlık vermeye mecbur kalmak" ve ev ziyaretlerine vakit kalmaması" ilk sırayı paylaşan durumlardır. Aslında bu iki durum birbirine bağlı olup, birinci basamak sağlık hizmetinin asıl gerekli hizmeti verme anlayışını bir anlamda gasp eden, uygulanmakta olan modelin hasta (müşteri) memnuniyeti ve sağlık hizmet sunumu ile oy kazanmaya yönelik yaklaşımın olağan sonucudur. Ancak sağlık hizmeti sadece isteğe yönelik olamaz. Birinci basamak çalışanlarını kapsayan bir araştırmada, ebe ziyaretlerinin ve bölge temelliliğinin olmayışının da toplumla bağın koparak koruyucu hizmet sunulmasını engellediği belirtilmiştir (41).

Yapılan çalışmalarda, hekimlerin aile hekimliği ile tedavi hizmetlerinin, aşılama, bebek, çocuk, gebe takiplerinin iyileştiğine inandığı görülmektedir (80), (131). Ancak negatif performans nedeniyle yanlış bildirimlerin yapıldığı da ifade edilmektedir (119).

Çalışmamızda başvurular içinde %33 oranla reçete yazdırmak için başvurulduğunun belirtilmesi bu oranın kimi zaman %45'leri bulması (93), aile sağlığı merkezinde verilen hizmet olarak ilk sırada %89 ile reçete yazmak olarak belirtmeleri (143) tedavi edici hizmetlerin iyileşmesi açısından şüphe doğurmaktadır. Kayseri'de aile hekimlerine uygulanan bir çalışmada hekimlerin %63'ünün aile hekimliği modelinin ilaç tüketimini artırdığını düşündüğü görülmüştür (80). Hasta kaybetme korkusu, "müşteri" memnuniyeti, ilaç piyasası derken, günümüzde reçete yazmada birçok hekimin içinde bulunduğu bu durumu sadece birinci basamak sisteminin sorunudur diye genelleyemeyiz. Ancak birinci basamağın öncelikli hizmetinden sapması olarak tanımlamak da yanlış olmaz.

Birinci basamak sağlık hizmeti için kapsayıcılık başlığında değerlendirilmesi gereken diğer bir durum, hekimin hizmet verdiği kişileri tanınması, bütüncül değerlendirebilmesi adına, kişilerin çalışma durumu, mesleğini sorması- bilmesidir. Aile hekiminin, araştırmamıza katılan kişilerin %30'unun mesleğini bilmemesi, sigara içenlerin %55,0'ını sigaranın zararları ve bırakması konusunda bilgilendirmemiş olması bütüncül yaklaşımın en temel özelliklerinden olan bu durumlar için yetersizdir.

#### **5.4.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Aile Hekimine Başvuru Nedenleri**

Araştırma bölgesinde kişilerin aile hekimine başvuru nedenleri içinde %78'lik bir oranının birinci sırada muayene olmak üzere ilaç yazdırma ve tetkik oluşu, aile hekimliğinin tedavi edici hizmete yönelik algılandığını göstermektedir. Ancak başvuru nedenlerinin %33'le ilaç yazdırmak için olması, tedavi edici hizmet açısından da uygun olmayan bir yaklaşımdır. Benzer sonuçlara aile hekimliğine yönelik başka çalışmalarda da rastlanmaktadır (74, 94, 119, 144, 145).

Kronik hastalığı olan kişilerin, aile hekimine başvurusunun 3,9 kat daha fazla oranda ilaç-tetkik kapsamında oluşu, ilk tercih ettikleri sağlık kurumu olarak aile hekimini yarı yarıya az tercih etmeleri ve sürekliliklerinin daha az olması ile paraleldir. Bununla birlikte 0-2 yaş çocuğu olanların ve 50 yaş ve üzerine göre 15-49 yaş grubunun daha az ilaç-tetkik-rapor işlemleri için başvurduğu görülmektedir. Bu da muhtemelen gebe-bebek-çocuk izlem ve aşılama ile ilgili bir durumdur.

#### **5.4.3.3. Aile Planlaması Hizmetleri**

Araştırma kapsamındaki 15-49 yaş evli kadınların sadece %61'inin doğum kontrolü yöntemleri hakkında bilgilendirilmiş olması, hizmet almak için başvuruda bu yaş grubunun ilaç-tetkik-rapor işlemlerinden çok muayene- aile planlaması hizmeti ve bebek-çocuk izlem ve aşılama için daha fazla başvurmuş olma durumunun iyimserliğini taşımamaktadır ve hizmet almak için başvurmayanların göz ardı edilmesinin bir sonucu olabilir. Bununla beraber, aile hekiminden hizmet almak için başvurma durumu ile yöntem kullanımı arasında, hizmet almayanlara göre anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Yöntem kullanımının sadece çocuk sayısı ile orantılı olarak arttığı görülmüştür. Mevsimlik tarım işçilerine yapılan bir çalışmada ise aile hekimini bilen, son bir yıl içerisinde aile hekimine başvuran ve aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından ziyaret edilen kadınlarda geleneksel yöntem kullanımının daha düşük olduğu ve aile hekimini bilen evli-evlenmemiş kadınlarda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum birinci basamak sağlık hizmet sunumunun daha düşük sosyoekonomik statüsü olanlarda daha etkili olabileceği ile ilişkili olabilir (146).

Araştırma bölgemizde 15-49 evli kadınların herhangi bir yöntem kullanım oranı %68,9 ile Antep'te Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınların (%74,3) ve 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 15-49 evli kadınların herhangi bir yöntem kullanımına göre (%73) daha düşük düzeydedir. Etkin yöntem kullanım oranına göre ise (%59,4), Antep'le benzer olup (%59,5), Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008'e göre (%46) daha yüksektir (140, 147).

Manisa’da sağlık çalışanları ve hizmeti kullananlar sağlık ocağı döneminde aile planlaması hizmetlerinin daha iyi sunulduğunu ifade etmiştir (92). alışmalar, genelde Bakanlık verilerini kullanan araştırmalar aile hekimliği döneminde modern yöntem kullanımının arttığını göstermektedir (92, 148, 149).

Etkin yöntemlerin kullanım sıklığı sıralaması Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008’de rahim içi araç (%18,3), kondom şeklindeyken (140); çalışmamızda ilk sırada kondom yer almış olup, rahim içi araç (%16,5) ikinci sırada kalmıştır. Bu oran içinde, aile hekimliği öncesi takılan rahim içi araçların hali hazırda devam etmekte olduğu, ilerleyen yıllarda oranının daha da azalacağı beklenebilir. Nitekim, aile hekimliği döneminde rahim içi araç uygulamalarında Bartın’da %13,8, Bolu’da %19,4, Düzce’de ise %16,2 azalma tespit edilmiş (150), Düzce’de modern yöntem kullanma oranında personel uygulaması açısından daha kolay olan hap ve kondom lehine artış olduğu görülmüştür (148). Rahim içi araç sertifikası olanların sadece kendi kayıtlı kişilerine hizmet etmesi ya da sertifikası olsa bile takmamayı tercih etmesi söz konusu olabilmektedir (41). Ankara’da aile hekimlerine yapılan bir çalışmada, hekimlerin %54,4’ rahim içi araç sertifikası olmadığı için, %17’si alt yapı yetersizliği nedeniyle olmakzere, %71,2’sinin rahim içi araç uygulamadıkları görülmüştür (78).

Gebelik istemediği halde gebeliği önleyici hizmetlere ulaşamayan (Gebelik istemediği halde herhangi bir yöntem kullanmayan ve gebe kalmasına engel bir durumu olmayan) (%16) ve etkisi sınırlı geleneksel yöntem kullananları (%9,5) kapsayan “Aile planlamasında karşılanmamış gereksinim” yüzdesi (151) araştırmamız kapsamındaki 15-49 yaş evli kadınlarda %30,1 ile Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 sonucuna (%33,2) göre nispeten düşük olmakla birlikte yine de yüksek bir orandır (152). Katılımcılara yöntem kullanımının sorgulanması sırasında dikkat çeken bir husus olan aile sağlığı merkezine gittiklerinde kondom ve hap bulamamaktan yakınmaları da bu süreçte etkili bir unsurdur. Başka araştırmalarda sağlık çalışanları da, aile hekimliği döneminde aile planlaması malzeme sıkıntısı yaşandığına işaret etmişlerdir (92). Kişilerin doğum kontrolü malzemelerine ulaşımının birinci basamak düzeyinde sağlanmasının ve parasız olmasının toplumda karşılanmamış gereksinimi azaltıcı etkisi olması nedeniyle (151), malzeme temininde yaşanılan sıkıntıların etkin doğum kontrolü yöntemi

kullanımına olumsuz etkisi olacaktır. Yöntemin, %61 oranında büyük kısmı eczane olmak üzere, ücretli olarak temin ediliyor olmasının da olumsuz sonuçlara etkisi kaçınılmazdır.

Veriler üzerinden (TSİM-AHBS) yöntem kullanımının da incelendiği bir çalışmada aile hekimliği döneminin son iki yılına ait aile planlaması ile ilgili verilere ulaşılamaması bu konuda yaşanabilecek sıkıntılar adına bir uyarı olarak değerlendirilmiştir (92).

#### **5.4.3.4. Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım hizmetleri**

Gebelik başlangıcı aile hekimliği uygulamasından sonra olan 48 gebeliğin %6,3'ünden (3 kişi) aile hekimlerinin haberinin olmayışı ve haberi olduklarının %6,7'sinin aile hekimince tespitinin 13 hafta ve üzerinde oluşu ve gebelerin %12,5'inin izlemlerinin aile hekimince yapılmamış olması, gebe ve bebek sağlığı açısından problem yaratabilecek durumlardır. Çünkü gebelik ve doğumdaki risklerin önlenmesi adına düzenli izlem yapılması, doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması ve bunun için ilk ziyaretin gebeliğin üçüncü ayından önce yapılması gereklidir (140). Aile hekimliğinin 18.ay sonrası İzmir'de ikinci ve üçüncü basamağa başvuran gebelerde yapılan bir çalışmada da, gebelerin %10'unun aile hekimine kaydının olmadığı, 36 hafta ve üzeri 182 gebe için %15'inin aile hekimi tarafından hiç izlenmediği görülmüştür (120).

Gebeliğinden aile hekiminin haberi olmadığını belirten kişilerden biri, gebeliği boyunca hiçbir sağlık kurumuna gitmediğini ifade etmiştir ve riskli gebelik statüsündedir (18 yaş). Konumu itibarıyla gebe ile ayrıntılı görüşme yapılmış; kaçarak başka şehirde evlendiği, sağlık güvencesi olmaması nedeniyle de sağlık kurumuna gitmediği, gebelik zehirlenmesi olunca ilk kez –mecburen- hastaneye gittiği ve sonrasında ailesinin yanına döndüğü öğrenilmiştir. Bunun gibi özel durumlarda, birinci basamak sağlık hizmetinde bölge temellilik/ev ziyareti eksikliği ve gerekliliği daha da öne çıkmaktadır. Bölgesini tanıyan bir ebe-hemşire-hekimin, taşınarlardan-gebelerden ve doğumlardan en azından komşular vasıtasıyla haberdar olması, bu gibi durumlarda kolaylık sağlar. Bu durum bir yandan gebe-bebek için risk getirmekte, bir yandan aslında göç etmiş bir hastası için kaydının olduğu aile hekiminin (ailesinin sistemin atadığı hekimi var, yakın

zamana dek kullanmamışlar) sorumluluğunun devam etmesi açısından problem oluşturmaktadır. Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin de neredeyse tamamı bu gibi durumların etkisi ile gebe-bebek izleminde sorun yaşama durumuna evet demiştir. Bölge tabanlı olmayan bir sistem için, kişilere adres yanlılığı nedeniyle ulaşamamak ve zaten ulaşılammış kişilerin göç etmesinden haberdar olamamak aile hekimlerinin haklı şikayetleridir. Kaldı ki hiçbir aile hekimine kaydı olmayan kişilerin durumu ise ayrı bir problemdir. Bu kişilerin uygulanan model dolayısıyla bir aile hekimin bölgesine dahil olma durumu söz konusu olamayacak, kendileri hizmet talep etmedikçe ne gebelikleri tespit edilerek sağlık hizmeti verilebilecek ne de doğumundan ya da bebeğinden haberdar olunabilecektir. Bu konuda yapılan bir araştırmada gebe olduğu tespit edilen kadınların sistemden aile hekimine kayıtlı olup-olmadığı sorgulanmış ve herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmadığı saptanan gebe tespiti yapılmıştır (6 gebenin 1'i kayıtlı değil) (134). Bu yönde çalışmaların artırılması ile sistemdeki açığın görülmesi yararlı olacaktır. Bununla birlikte, hasta kaydında hekimlerin ¼'ünün bu tarz problemler açısından kişilerin ikamet ettiği bölgeyi dikkate almadığı da yukarıda tartışılmıştı.

Aile hekimince yapılan izlem sayılarının daha net değerlendirilebilmesi adına izlem sayılarına sadece doğum yapan gebeler üzerinden bakıldığında, %16,2'sinin gebe izlem sayısının 4'ün altında olduğu görülmüştür. Kaldı ki, bu sayı gebelik boyunca yapılması öngörülen asgari izlem sayısıdır ve izlemi yapan sağlık çalışanın veya gebenin ihtiyaç duyması halinde izlem sayısı yeniden düzenlenir (153).

Aile hekimliğinin ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı verilerinden 11 ilin sağlık göstergelerinin incelendiği bir çalışmada, aile hekimliği döneminde gebe izlem ortalamasında önceki yıllara göre azalma görülmüştür. Bu çalışmanın verileri izlem protokolünün değişiminin etkisi göz önüne alınarak incelendiğinde, aile hekimliği döneminde, verisi olan 10 ilin 4'ünde izlem sayısının 4'ün altında kaldığı görülmektedir (149). Konya'da ise aile hekimliği döneminde izlemi yapılmayan gebe oranında azalma, vaktinde uygun sayıda izlemi yapılan gebe oranında ise artış olduğu saptanmıştır (154).

İzlem sayısının 4 olarak görülmesinin yeterliliği bile tartışılan bir konu iken, bu sayıya bile ulaşamamış izlem sayısı anne ve bebek sağlığı açısından sorunludur. İzlemlerin sayısı kadar niteliği de önemlidir, ancak bu çalışmada niteliği değerlendirmeye yönelik bir sorgulama yapılmamıştır. İzlem sayılarının gebe tarafından hatırlanmasında hafıza faktörünün etkisi olma durumu ise çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Araştırmamızda aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından lohusalık döneminde kontrollerinin yapılması ve bu dönemde kadınların lohusalık, gebeliği önleyici yöntemler ve emzirme hakkında bilgilendirilme oranları da tespit ve izlemlerdeki problemlerin izlerini taşımaktadır ve yetersizdir. Ev ziyaretlerinin eksikliği de lohusalık döneminde verilen hizmet ve eğitimlerin yetersiz kalmasında rol oynamaktadır. Literatürde ev ziyaretlerinin izlem alma oranını arttırdığının yanı sıra, anne ve bebekle ilgili koruyucu davranışları da olumlu etkilediği bildirmektedir (120).

#### **5.4.3.5. Bebek İzlemi ve Aşılama Hizmetleri**

Araştırmamız kapsamındaki bebek izlemi ve aşılmasının %95,3'ü aile hekimliğinde yapılmaktadır. İzlemi ve aşılması aile hekiminde yapılan bebeklerin tümü izlem ve aşı hakkında bilgilendirilerek aile sağlığı merkezine davet edilmiştir. Bu durum randevu tarihinin hatırlatılmasının randevulara uygun olarak kontrole getirilmesi oranını arttırması bakımından olumludur (155). İzlem için davet edilmeyen (%4,7) bebekler, izlemlerini özelde yaptıran bebeklerdir. Çocukların periyodik olarak izlenmesinin, kayıtlarının düzenli tutularak ailenin gerekli hususlarda bilgilendirilmesinin, hastalığa neden olan birçok etkenin ortadan kaldırılması adına önemi büyüktür (155). Bu açıdan bakıldığında aile sağlığı merkezini tercih etmeyen ailelerin, tercihleri doğrultusunda hareketlerinin olağan karşılanarak kendi hallerine bırakılması, birinci basamağın kapsayıcılık anlayışına uymamaktadır. Bu durum aşı ve izlem bilgilerinin ailelerden alınması ile iş yükünün azalıyor olması anlayışıyla da bağlantılı olabileceği gibi, kişilerin böyle bir mecburiyetimiz yok diyerek iletişim kurmak istememesi ile de ilişkili olabilir.



Konya’da yapılan çalışmada, aile hekimliği döneminde izlemi yapılmayan bebek oranının azaldığı, ancak vaktinde ve uygun sayıda izlemi yapılan bebek oranının da azalma olduğu saptanmıştır (154). Araştırmamızın boyutunun genişliği nedeniyle, izlem sayılarına ve aileye verilen bilgilendirmeye yönelik sorgulama yapılamamış olması çalışmamızın bir eksikliği olarak görülebilir.

Aşıları düzenli yapılmayan ve aşı vakti haber verilmeyen bebeklerin (%4,7) biri yeni doğan/ diğeri gebeliği boyu herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmemiş annenin, prematür doğmuş bebeğidir. Prematür doğan bebek için bir aile sağlığı merkezinden gelinerek aile sağlığı merkezine davet edildiği öğrenilmiştir. Annesinin hangi aile hekimine kayıtlı olduğunu bilmediğini ifade eden bu bebek dışında tüm bebeklerin annesi ile aynı aile hekimine kayıtlı olması, yenidoğanın sistem tarafından direkt anne ile aynı hekime atanmasında bir problem olmadığını göstermektedir.

Araştırmamız kapsamında aşı kartı görülen 0-2 yaş çocuklardan, aşısı eksik olan ve 31 gün ve daha fazla geciken %21,9’unun düzenli ve tam aşılamada problem yaşadığı söylenebilir. Gecikme süresi, aşıların uygulanması gereken süre aralığı için aile hekimlerine 30 gün tolerans tanınmış olması nedeniyle, bu şekilde alınmıştır (156). %18,7 oranındaki eksik aşılamada (6 kişi), eksik kalan aşıların canlı aşı oluşu ve aşı takviminde ayına göre yapılması gerekli diğer aşıların yapılarak bunların eksik kalmış olması, canlı aşı yapılmasının o dönem için sakıncalı olabileceğinden dolayı yapılmamış olabileceğini düşündürmektedir. Anketlerin uygulanmış olduğu gün itibari ile halen yapılmamış görünen bu aşıların yapılması gereken güne göre geçen süreleri en az 38 olmak üzere 158 güne kadar çıktığı görülmektedir. Geciken-eksik kalan aşıların gerek süre kısıtlılığı gerekse anketörlerin bu tespiti yapamayacak olması nedeniyle ancak veri girişi sırasında tespit edilmiş olması, ilgili olabilecek nedenlerin sorgulanmasını kısıtlamış olduğundan, bu durumla ilgili ayrıntılı değerlendirme yapamamaktayız.

Bunun yanında yapılan çalışmalar aile hekimliğinde aşı oranlarında iyileşme olduğu yönündedir (148, 149, 150). Ancak aile hekimliğine geçişin ardından bazı illerin aşılamalarının yüzde yüzün üzerinde olması ve bazı illerin aşı

oranlarının aile hekimliğine geçiş sonrası bir yıl içinde keskin bir yükseliş göstermesi durumlarının araştırılması gerektiği de belirtilmektedir (149).

#### 5.4.4. Koordinasyon Özelliği

Sağlık bakımında koordinasyon yokluğu, sağlık harcamalarının artmasına ancak bakım kalitesine yansımamasına neden olur. Birinci basamak hekiminin koordine ettiği, kapı tutucu olduğu bir sistem ise daha az maliyetle bakım kalitesini artırır (123, 157) Koordinasyonun bel kemiği ise etkin geri bildirim sağlandığı bir sevk sistemidir.

2004'te çıkarılan pilot kanun (26) ve pilot uygulama hakkındaki yönetmelikte (34) sadece adının geçtiği sevk sistemi, Türkiye'deki aile hekimliği modelinde uygulamada yerini almamıştır. Pilot uygulama hakkındaki yönetmelikte "gerekiyorsa hastayı sevk eder ve verilen hizmetleri geri bildirim vasıtasıyla izler ve hizmet birimleri arasında gerekli koordinasyonu sağlar" ibaresi (34), pilot uygulama üzerinden geçen 10 yıl sonra halen etkinleştirilememiştir. Her ne kadar Dünya Bankası OECD sağlık incelemeleri Türkiye Raporu, Temmuz 2006 tarihine kadar zorunlu bir sevk zinciri varlığından bahsetse de (158), pilot illerde çok kısa süren sevk uygulaması dışında (159) uygulanan model içinde sevk zinciri hiç var olmamıştır. Aynı rapor, aile hekimlerinin sayıca azlığı ve yoğun iş yükleri sebebiyle sevk zinciri uygulamasının askıya alındığından bahsetmektedir. Askıya alındığı belirtilen sevk zinciri gibi başvuruya ilgili birtakım konuların, bakanlığın ifadesine göre aile hekimi sayısının ancak 40-45bine tamamlanmasıyla gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir (158). Ancak uygulamanın 8. yılında bu sayının yarısı kadar aile hekimi çalışmaktadır (2012 başı itibariyle 20.243 aile hekimi (29)) Bu durum için, 1990'lardan beri ulusal gereksinimlerin hesaba katılmaksızın, küçük ayrıntılar haricinde her ülke için aynı yönelimde olan reform paketinin (81) "herkese aynı beden elbise" benzetmelerini haklı çıkaran uygulamalarından biridir denebilir (151).

Hali hazırda sevk ile ilgili, yönetmelikte geçen bahis, aile hekiminin gerekli durumlarda sevk edeceği ve geri bildirim yapılan (!) muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendireceği şeklindedir. Bu ifadeden, aile hekiminin, geri bildirim yapıldığı takdirde değerlendirme yapabileceği anlamı

çıkarılabilir. Çünkü yönetmeliğin 2010'dan sonraki halinde belirlenen (33), ve halen yürürlükte olan son halinde ifade edilen, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarından hizmet alan kişilere verilen hizmetlerin kendi aile hekimlerine elektronik ortamda bildirilmesi (1) uygulaması ile ilgili de bir çalışma başlamamıştır.

Benzer şekilde, başka bir kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk izlem ya da tespitlerinin aile hekimine bildirilmek üzere müdürlüğe en geç 5 gün içinde bildirilmesi ile ilgili olarak da, yönetmeliğin 2010'daki halinden beri geçerli olan ve bu bildirim yapmayanlar hakkında mevzuata göre işlem yapılmasının söz konusu olduğu bir uygulamadan bahsedilmektedir. Bildirimin yapılmaması halinde cezai işleme dair bir hükmün bulunduğu durum için bile, araştırmamıza katılan aile hekimlerinin  $\frac{3}{4}$ 'ü, kendi nüfusu için bu kurala uyulmadığını düşündüğünü belirtmektedir. Araştırmamızda, sevk sistemi uygulanmadığı için yapılan sevk yüzdesi ile ilgili bir soru belirtmemiş ve sevk edilenlere dair yapılan geri bildirimler hakkında sorgulama yapmamış olmamız, tartışmanın bu aşamasında eksikliğini hissettiren bir durum olmuştur. Ancak hekimlerin çoğunun cezai işleme varabilen sonuçları olan bir durum hakkında bile izlem ve bildirimde eksiklik olduğunu düşünmesi ve bu zamana dek böyle bir konuya dair işlem yapıldığına yönelik bilgiye ulaşamamış olmamız, ucunda herhangi bir yaptırımdan bahsedilmemiş olan sevk işlemlerinin geri bildirim ile ilgili koordinasyonun sağlanabildiğine yönelik iyimser düşünmeyi olanaksız kılmaktadır.

Etkin sevk sisteminin olmayışı, yıllar içinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması ile sevk oranlarını sağlık ocağı dönemlerine göre 8 kata varan oranda düşürmüştür (76). 2008 sağlık istatistikleri yılına göre %16,7 olan Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları sevk oranının 2012 yılı için %2,1 olduğu görülmektedir. Ancak bu oranlar, birinci basamakta derdine deva bulan hastaların üst basamak gereksiniminin de 8 kat azalmasından kaynaklanan bir durum değildir; tartışmanın başlangıcında da belirtildiği gibi birinci basamak ve üst basamaklarda muayene olma yüzdesi yıllar içinde sabit kalmıştır. Sisteme sevk olarak girilenler dışında, hekimin sözel olarak tavsiyesi ile

bir üst basamağa gidenler ya da direkt üst basamağa başvuru yapanlar olması sevk oranındaki azalmada katkısı olan durumlardır.

Sevk zinciri olmayışı, birinci basamak kullanım alışkanlığını da etkileyerek aile hekiminin kayıtlı kişilerin tamamına ulaşamamasında da etkili olmaktadır. Bu durum da izlem ve tespitlere yansımaktadır. Çalışmamıza katılan aile hekimleri %25-30 oranında kayıtlı nüfusunun doğum ve ölüm bilgilerinin tamamından haberdar olmadığını düşünmektedir. Performansa dayalı sistem ile hekime nüfusundaki tespit ve izlemlerin eksiksiz yapılmasına dair uygulanan kesintilerin bu aşamada oluşturulan modelin kendi çıkmazlarından doğan engelleri aşmada bir işe yaramadığı görülmektedir. Bebek- çocuk izlemine yönelik hekimlerin %23'üne uygulanmış olan performans kesintilerine yapılan itirazların tamamının; aşılama yönelik %32'sine uygulanmış olan performans kesintilerine yapılan itirazların %89'unun haklı görülmüş olması da bu durumu desteklemektedir. Gebeler için yapılan performans kesintilerinin yarısının da adrese ulaşamama ya da bilgisayar sistem hatası gibi nedenlerden kaynaklanması da benzer bir durumdur. Türkiye genelini kapsayan birinci basamak sağlık hizmet sunucularının görüşlerinden oluşan bir çalışmada, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun performans uygulanmasaydı izlem oranlarının bu kadar yüksek olamayacağını düşündüğü; bununla birlikte bu uygulamanın hedef tutmadığında yanlış beyana yol açtığını itiraf ettiği görülmüştür (119).

Performans hedefi olarak belirlenen kriterlerin sağlığı değerlendirme anlamında objektifliği ise ayrı bir tartışma konusudur. Kağıt üzerindeki izlemlerin sadece nicelik üzerinden değerlendirilmesi problemdir. Bu değerlendirmelerin de kayıtlı hastalar üzerinden tutturulan yüzdelere dayandırılması ise başlı başına bir sorundur. Çalışmamızın iki aşamalı oluşu ve saha çalışmasının uzunluğu nedeniyle izlem niteliğine yönelik bir sorgulama yapılamamıştır.

Hali hazır model ile bırakın ikinci üçüncü basamakla koordine çalışmayı, aile sağlığı merkezleri ile sürekli iletişim halinde olan toplum sağlığı merkezleri bile koordine çalışmamaktadır. Okul aşılarını yapmakla görevli olan Toplum Sağlığı Merkezleri'nin yaptığı aşılamalara yönelik olarak, hekimlerin yarısı, kendilerine kayıtlı çocukların okul aşı bilgilerine hakim olmadığını belirtmektedir. Saha çalışmasında da ilkokul birinci sınıf aşılama çalışmalarının sorgulanmasında,

%7'sinin okul aşısinın yapılp yapılmadığını bilmediğı, %78'inin aşı kartı olmadığı, olanların da %66'sının aşı kartını bulamadığı düşünülürse; aile hekiminin kendilerine kayıtlı kişilere okul aşı bilgileri hakkında sağlıklı bilgi veremeyeceğı görölmektedir. Entegrasyon böylesine önemli bir konuda ve birbiri ile iletişimi en sık olan iki kurum içinde bile bu denli kopuk hale getirilmiştir.

## 6. SONUÇLAR

Antalya ili Konyaaltı ve Kepez ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikler üzerinden değerlendirme yaptığımız bu çalışmada sağlık hizmeti kullanım ve sunumuna ilişkin özelliklerle etki eden faktörleri araştırdık. Bu amaçla 15 yaş ve üzeri 428 kadın ve 131 aile hekimine uygulanan anketlerin analiz sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Uygulanan aile hekimliği modelinde, kişilerin kendisinde ya da aile bireylerinde bir sorun olduğunda ilk önce aile hekimini tercih etme düzeyi %39,0'dır. Tercih etmeyi etkileyen en önemli faktör %63,1 düzeyi ile "yakın olması" dır. Geliri kötü olanlar (OR=2,36), lise (OR=3,45) ve altında eğitim düzeyinde olanların (ilkokul mezunu OR=3,0- ortaokul mezunu OR=3,7) aile hekimini tercih etme düzeyi daha yüksek iken; hanesinde beş ve daha fazla kişi yaşayanlara göre 1-2 kişi yaşayanların (OR=0,44) aile hekimini tercih etme düzeyi daha düşüktür. Aile hekimini bilen ve kullanmış olanlar için de geliri kötü olmak (OR=2,65) ve aile hekiminin yaklaşımını iyi bulmak (OR=3,3) tercih düzeyini artıran faktörler iken kronik hastalık sahibi olmak (OR:0,58) azaltıcı bir faktördür.
- Araştırma bölgesinde, en son başvuru alan sağlık kurumunun aile hekimi olma oranı %38,6, bir önce başvuru alan sağlık kurumunun aile hekimi olma oranı ise %32,2'dir. En son başvuru alan aile hekimine başvuru durumu geliri kötü olanlar (OR:1,89) ve son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerde (OR:1,67) daha fazladır.
- Katılımcıların %34,1'inin son bir yılda aile hekimine hiç başvurusu olmamıştır. Kişi başı sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısı 7,13 olup, aile hekimine kişi başı başvuru ise ortalama 2,94'dür.
- Ardışık son iki başvuru alan aile hekimine başvuru düzeyi araştırmaya katılanların tümü üzerinden değerlendirildiğinde %17,6'dır. Geliri kötü olanların (OR=2,82), Antalya'da 5 yıldan daha çok yaşayanların (OR=2,51), kronik hastalığı olmayanların (OR=2,63) son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerin (OR=2,35) ardışık son

iki başvurusunun aile hekimine yapılma oranı daha yüksek; 15-24 yaşa göre 25-34 yaş aralığında olanların ise daha düşüktür (OR=0,37).

- Ardışık son iki başvurusunun aile hekimine yapılma düzeyi aile hekimini kullananlar üzerinden değerlendirildiğinde %21,4'dür. Aile hekiminden memnun olanların (OR=15,34), geliri kötü olanların (OR=2,33), Antalya'da 5 yıldan daha çok yaşayanların (OR=2,8), kronik hastalığı olmayanların (OR=2,79) ve son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerin (OR=2,63) ardışık son iki başvurusunun aile hekimine yapılma oranı (olağan hizmet sunucu sürekliliği) daha yüksektir. 15-24 yaş aralığındaki katılımcıların 25-34 yaş ve 35-49 yaş aralığındakilere göre olağan hizmet sunucu sürekliliği daha azdır (OR=0,30-040).
- Katılımcıların %21,0'ı son bir yılda ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmiştir. Hane reisi sınıfsal konumu mavi yakalı/hizmet emekçisi (OR=5,94) ve tarım olanlar (OR=9,86), kendi ev- arazisi olmayanlar (OR=1,75), kronik hastalığı olanlar (OR=2,26) ve algılanan sağlığı kötü olanlar (OR=2,92) ödeme güçlüğü nedeniyle daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmiştir.
- Aile hekimini bilme oranı %85,7 olup, bilenlerin aile hekimini kullanmış olma oranı ise %83,9'dur. Katılımcıların tümü üzerinden değerlendirildiğinde %28,0'nın aile hekimini hiç kullanmadığı görülmektedir. Evli olanlar (OR=2,73) ve Kepez'de yaşayanların (OR=6,66) aile hekimini bilme oranı yüksektir. Kendi hesabına çalışıp işçi çalıştırmayanlar (OR=5,85) ve mavi yakalılar ve hizmet emekçilerinin (OR=3,23) aile hekiminden hizmet almak için başvurmuş olma durumu daha fazladır.
- Aile sağlığı merkezine ulaşım %71,1'inin yürüyerek rahat gidilebilecek mesafede, %22,1'inin ise ancak araçla gidilebilecek mesafededir.
- Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların %89,3'ü aile hekiminin yaklaşımını iyi bulmakta, %84,4'ü yeterince bilgilendirdiğini düşünmekte, %85,7'si bilgisine güven duymaktadır.
- %57,7'si başvurduğunda kendi hekimi dışında başka aile hekiminden hizmet alma durumunda kalmamış, %36,0'ı kendi hekimi dışında başka aile

hekiminden hizmet alma durumunda işlerini her zamanki gibi halledebilmiş, %5,2'si ise problem yaşamıştır.

- Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların %91,2'si aile hekiminden memnundur. Memnuniyetin başlıca nedeni aile hekiminin ilgili (%52) ve güleryüzlü (%32) olmasıdır. Aile hekiminin yeterli bilgi vermesi (OR=31,85), aile hekiminin bilgisine güven duymak (OR=9,29), aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi olması (OR=4,65) durumunda aile hekiminden memnuniyet artmaktadır. Antalya'da yaşama süresi 5 yıldan fazla olanlarda (OR:0,036) ve hanede yaşayan kişi sayısının 5'ten fazla olmasına göre 3-4 kişi olması durumunda memnuniyet azalmaktadır.
- Aile hekimini bilen ve hizmet almak için başvurmuş katılımcıların %73,1'i aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulmaktadır. %20,8'inin ise aile sağlığı elemanını tanımamaktadır.
- Aile hekimine muayene olmuş kişilerin %92,9'u önceden sağlık ocağını kullanan kişilerdir ve bunların %47,9'u aile hekimliği ile sağlık ocağı arasında fark olduğunu düşünmektedir. Fark belirtenlerin %91,3'ü aile hekimliğini daha iyi bulmaktadır. Bu ifadelerde en yüksek oran aile hekimliğinde tanıdık-sabit bir hekimin olmasının olumlu bulunmasıdır (%33,6).
- Katılımcıların aile hekimine en çok başvuru nedeni, %40,4 muayene olmak için, %32,9 ilaç yazdırmak için, %16,3 ile bebek- çocuk izlem ve aşıları uygulamaları içindir. Kronik hastalığı olanların ilaç ve tetkik için başvurma durumu (OR=3,89) daha fazladır. 0-2 yaş çocuğu olanlar (OR=0,17) ve 50 yaşın altındaki yaş gruplarının ise daha azdır.
- Aile hekimlerinin %44,6'sı koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince veremediğini belirtmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince verememe nedenleri içinde en sık nedenler tedavi edici hizmetlere ağırlık vermek zorunda kalmak (%40,8) ve ev ziyaretlerine vakit ayıramamaktır (%40,8).
- Katılımcıların %23,4'ü aile hekiminin kendisinin mesleğini bilmediğini, sigara kullananların %55,0'ı aile hekiminin sigaranın zararları ve bırakması hakkında bilgilendirmediğini belirtmiştir. 15-49 yaş kadınların %38,8'i doğum kontrolü



hakkında ve geri çekme yöntemi kullananların %41,7'si başka bir yöntem kullanması gerekliliği hakkında bilgilendirilmemiştir.

- Aile sağlığı elemanlarının %52,7'si ev ziyaretine hiç çıkmamaktadır. Bunun en sık nedeni, yapılması gereken izlemlerin, kişilere telefon ile ulaşarak aile sağlığı merkezine davet edilmek suretiyle yapılıyor olması; sadece gelmeyen ve ulaşamayanlara ev ziyareti yapılmasıdır (%70,9).
- 15-49 yaş evli kadınların %68,9'u herhangi bir yöntem kullanmakta olup kullanılan yöntemlerin %69,9'u etkin yöntemdir.
- Hap-iğne-kondom kullanan kadınların %50,0'ı yöntemi eczaneden, %39,6'sı aile hekiminden temin etmektedir.
- Aile hekimlerinin aile hekimliği döneminde gebe kalan kadınların %93,7'sinden haberi olmuştur. Bu gebeliklerin %6,7'sinin tespit-kayıt zamanı 13 hafta ve üzeridir. %12,5'inin aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından izlemi yapılmamıştır. 16,2'sinin gebe izlem sayısı yapılması gereken asgari izlem sayısının altındadır. %34,9'una ise doğum sonrası bakım hizmeti verilmemiştir.
- Hekimlerin %95,4'ü gebe izlemlerinde problem yaşamaktadır. En sık nedenler, habersiz taşınan hastalara ulaşım problemi (%71,8), kayıtlı bazı kişilerin adres bilgilerinde yanlışlık olması (%63,4) ve aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçememiş olmak nedeniyledir (%41,2).
- Araştırma bölgesinde son iki yılda toplam 43 canlı doğum olmuştur. Bebeklerin %97,7'si anne ile aynı aile hekimine kayıtlıdır. %95,3'ünün izlemleri aile hekimliğinde yapılmaktadır. İzlemlerini özel hastane ve polikliniklerde yaptıran %4,7 bebek, izlem için aile sağlığı merkezine davet edilmemektedir. Bebeklerin %95,3'ü aile hekimi tarafından aşılardan zamanı hakkında bilgilendirilmektedir. Aşı kartı görülenler üzerinden yapılan değerlendirmede %88,1'inin aşısı tam ve vaktinde yapılmıştır.
- Aile hekimlerinin %93,1'i bebek-çocuk izlemlerinde sorun yaşamaktadır. Sorun yaşamada en sık nedenler, haber vermeden taşınan kişilere ulaşım problemi (%70,2), kayıtlı kişilere adres yanlışlığı nedeniyle ulaşamamak (%49,6) ve aile sağlığı merkezini kullanmayan hastalarla temasa geçilmesine rağmen bu kişilerin gelmek istememeleri nedeniyledir (%32,1).

- Hekimlerin %23,8'i kendisine kayıt aldirmek isteyen hastaların oturduğu bölgeyi dikkate almamaktadır.
- Katılımcılar ilkokul 1. sınıfı bitirmiş çocuklarının aşılarının %7,4'ünün aşı durumunu bilmemektedir. %77,8'inin okul aşı kartı yoktur. Aşı kartı olanların %33,0'mın aşı kartı görülebilmektedir.
- Aile hekimlerinin %44,5'ine nüfusundakilerin okul aşı bilgileri eksiksiz ulaşmaktadır.
- Hekimlerin %75,2'si, aile hekimliği yönetmeliğinde belirtilen "Başka kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk tespit/izlemlerinin, 5 gün içinde bağlı olduğu aile hekimine bildirilmesi" kuralına uyulmadığını düşünmektedir.
- Kendi nüfusundaki doğumların hepsinden haberdar olduğunu düşünen hekim oranı %62,8'dir.
- Ölüm bilgilerinin hepsine ulaşabildiğini düşünen hekim oranı %51,2'dir.
- Hekimlerin %92,4'ünün aile hekimliğinde zorlandığı yönler bulunmaktadır.
- Hekimlerin %83,2'si hekimlik dışı işler, %77,9'u hasta beklentisinin artması, %67,9'u kayıtlı nüfusun fazlalığı, %66,4'ü tek personelle çalışmak, %64,1'i performans kesintileri, %64,1'i sözleşmeli çalışmak, %60,3'ü ekip anlayışının kalmayışı nedeniyle aile hekimliğinde zorluk yaşamaktadır.
- Hekimlerin %43,8'i aile hekimi olmaktan memnundur. Hekimlerin %42,7'si acil ya da Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışmaktan daha mantıklı bulduğu için, %42,0'ı sistemi onayladığı için aile hekimi olmuştur.
- Aile hekimliği modelinin özelleştirme olmadığını düşünen hekim oranı %11,5'tir ve %48,0'ı aile hekimliğini birinci basamak için uygun bulmamaktadır.
- Hekimlerinin %50,4'ü aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılmasının kaliteyi artırdığını, %39,7'si hem aile sağlığı merkezi hem de hastalar açısından eşitsizlik yarattığını düşünmektedir.
- Hekimlerin %43,0'ı sistemin devam edeceğini düşünmektedir. %18,6'sı uzun süre devam etmeyeceğini düşünürken %29,7'si sistemin devamı hakkında kararsızdır.

Uygulanmakta olan aile hekimliği modelinde, kişilerin kendisinde ya da aile bireylerinde bir sorun olduğunda ilk önce aile hekimini tercih etme ve kullanma oranı yeterli değildir; aile hekimliği uygulamasının ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmaya çözümlenebileceği, kaynak ve zaman kaybının önlenebileceği düşüncesinin gerçekleştirilemediğini göstermektedir. Sağlığın tüm toplumu ilgilendirecek sonuçları olması, sadece bireysel tercihlere bırakılmayacak oluşu nedeniyle; üst basamak hizmetlerin birinci basamakta çözümlenebilecek hastalarla meşgul edilmesinin önlenmesi ve birinci basamağın etkin kullanılmasının sağlanması adına; aile hekimlerinin kapı tutuculuk fonksiyonunun -uygulanabilmesi için gerekli koşulların hazırlanarak-işlevselleştirilmesi gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetini tercih etme, aile hekimini bilme ve kullanma oranının aile hekimlerinin verdiği hizmetten ziyade sosyoekonomik-sınıfsal statü ile şekillendiği görülmektedir. Ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçenlerin de birinci basamak sağlık hizmetini daha çok tercih eden ve kullanan bu kesimlerde daha fazla oluşu nedeniyle, birinci basamak hizmet sunumunda katkı payı uygulaması dezavantajlı kesimleri hizmet almada olumsuz yönde etkileyen bir uygulama olup, bu yönde değerlendirmelerin yapılarak birinci basamakta katkı payı uygulamasının terk edilmesi gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu, kapsayıcı hizmet sunum anlayışından, tedavi edici hizmet ağırlıklı yöne kaymıştır. Bu durum toplumun sağlık hizmeti kullanma algısı, birinci basamak sağlık hizmetini de bu algı yönünde kullanmaları ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunumundaki piyasa anlayışı ortadan kalkmadığı sürece, kişilerin sağlık hizmeti kullanmadaki “istediği ilacı alabilme”, istediği tetkiki yaptırabilme” algısını değerştirmek mümkün olmayacağı gibi, hekimin kapı tutuculuk fonksiyonunu da “istediği yere sevk alabilme” yönüne çekerek, aile hekimini reçete yazdırılan konumla birlikte “sevk alınan konum”a getirecektir. Bu nedenle sağlığın bir hak oluşu gözetilerek piyasa anlayışı terk edilmeli, özellikle birinci basamak sağlık hizmetinin kapsamını ve önemini vurgulayacak çalışmalara/eğitilmelere ağırlık verilerek sağlık hizmeti kullanıcılarının tetkik ve tedavi ağırlıklı algılarının değerştirilmesi gerekmektedir.

Hekim değiştirme hakkının ya da hekime yönelik Őikayetlerin değerlendirilmesinde; kişilerin istediği tetkiki yaptırabilme, istediği ilacı yazdırabilme gibi durumların yanlış anlaşılmasına meydan vermeyecek Şekilde düzenlenmesi; hekimlerin ise bu tarz durumlara hasta kaybetme korkusu ile taviz vermemesi gerekmektedir.

Bebek izlem ve aşılama hizmetleri genel olarak sorunsuz gibi görünmekle birlikte aynı durum gebe tespiti ve doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri için geçerli değildir. Uygulanan aile hekimliği modelinin bölge temelli olmaması, hekimlerin kayıtlı kişi üzerinden hizmet vermesinden çok, başvuranlara hizmet vermesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum temel sağlık hizmetlerinin verilmesini de zorlaştırmakta/ aksamasına neden olmaktadır. Hekimlerin nüfusunda hiç görmedikleri, kimi zaman arasalar bile bulamayacakları kişiler bulunmaktadır. Kaldı ki aile hekiminin kim olduğunu bilmeyen kişilerin de, herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmamaları ya da g etmişlerse başka Őehirdeki bir aile hekimine kayıtlı olmaları da söz konusudur. Böyle bir durum ise aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden verilen aşılama oranları, izlem oranları, bebek ölüm hızı gibi sağlık göstergelerinin sadece kayıtlı nüfus için geçerli olmasına neden olmaktadır. Bu verilerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkacak sağlık göstergelerine göre davranmak, özellikle aşılama hizmetleri açısından ileride toplum sağlığını tehdit eden hastalıklara hatta salgınlara davetiye çıkarabilecektir. Bu açıdan uygulanan modele bölge temelli olma Őartı getirilmesi ve ev ziyaretlerinin özendirilmesi; kayıtsız ya da hizmet almak için başvurmayanlara ya da taşımanların bilgilerine ulaşmak, sonuçta da sağlık göstergeleri ve toplum sağlığı açısından iyileşme sağlayacaktır. Uygulamanın bölge temelli hale getirilmesi ile okul sağlığı hizmetleri gibi uygulamalar açısından toplum sağlığı merkezleri ile daha iyi koordinasyon da sağlanabilecektir. Hizmetin bölge temelli sunulması kişilerin hekim değiştirme hakkını korumakla birlikte, bu durumu hekime karşı tehdit unsuru olarak kullanılmasını da sınırlayacak ve hekimler arasındaki çalışma barışına katkıda bulunacak bir uygulama da olabilir.

Aile hekimlerinin, kendine kayıtlı nüfusla ilgili diğer sağlık kurumlarında verilen hizmetlerden haberi olmamakta, etkin bir koordinasyon kurulamamaktadır. Kapı tutuculuk uygulamasının, üst basamaklarla nitelikli bir “sevk nedeni- yapılan tetkik-izlem-tanı ve verilen tedavi” şeklinde karşılıklı birimlerin bilgi alışverişini sağlayacak teknik donanım ve hekim işbirliği şeklinde düzenlenerek etkin koordinasyon sağlanması ile birlikte uygulanması gerekmektedir.

Hekimlerin uygulanan model içine dahil olma süreci, bu konuda kaygılar yaşamalarına rağmen, kısa süre içinde cazip gösterilerek, bir oldu bitti şeklinde gerçekleştirilmiştir. İş yükleri artmış, verdikleri hizmet daha çok tedavi edici hizmete odaklanmış, sistemin eksik yönlerini kapatma görevi yanı sıra, işveren ve bir anlamda işletme sahibi haline getirilmişlerdir. Tek yardımcı personel ile iş güvencesi ve görev sınırının net olmadığı bir ortamda çalışmaktadırlar. Bu durum hekimlerin yarıdan fazlasının memnuniyetsiz olmasına yansımıştır. Sistemle ilgili sorunlarının çözümüne yönelik çalışmaların yapılması ve görev tanımlarının sürekli değiştirilmesinin önlenmesi ile birinci basamak hizmetin yerine getirmesi gereken asıl işlevlerin fonksiyonel hale getirilmesi gerekmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin, binaların fiziki durumu ile sınıflandırılması hizmet sunanlar ve kullanıcılar arasında eşitsizlik yaratan bir uygulamadır. Hizmet sunulacak yerin, istenen özellikleri sağlayan kamu binalarının sağlanması şeklinde yürütülmesi, boş kalan aile sağlığı merkezi oranını da azaltarak, az hekim çalışan aile sağlığı merkezlerindeki hekimlerin iş stresini de azaltacak bir uygulama olacaktır.

Sonuç olarak; araştırma bölgesinin birinci basamak kullanım oranı Türkiye geneline göre daha iyi olmakla birlikte; genel olarak birinci basamak hizmet özelliklerini yerine getirebilme durumunun - modelin bölge temelli olmaması ve aile hekiminin kapı tutucu fonksiyonu olmaması gibi başlıca nedenler yüzünden - yetersiz olduğu görülmektedir.

## 7. ÖZET

### **Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez Ve Konyaaltı İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada Antalya Konyaaltı ve Kepez ilçelerinde aile hekimliği çerçevesinde sunulan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru, erişebilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon özelliklerini yerine getirebilme düzeyinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma, Ocak-Mart 2013 tarihlerinde, bölgedeki aile hekimlerine ve tabakalı ağırlıklandırılmış küme örnekleme yöntemiyle seçilen 15 yaş ve üzeri kadınlara anket yöntemiyle yapılan kesitsel analitik tipte bir çalışmadır.

Sağlık hizmet kullanıcıları, herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacında %39,0 ile ilk sırada aile hekimini tercih etmektedir. Katılımcıların aile hekimine başvuru sürekliliği %17,6'dır. Sağlık hizmetine erişimde, son bir yılda %21,0 oranında finansal engelle karşılaştığı ve sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçildiği anlaşılmaktadır. Aile hekimine en sık başvuru nedenleri muayene, tetkik, ilaç yazdırmak (%78,2) olarak saptanmıştır. Aile hekimleri, tedavi edici hizmetlere ağırlık vermeye mecbur kalmak ve ev ziyaretlerine vakit kalmaması gibi nedenlerle yeterli koruyucu sağlık veremediğini (%45,0) ve önemli bir bölümü de (%75,0) nüfusuna kayıtlı kişilere ait başka kurumda yapılan gebe-bebek-çocuk tespit/izlemlerinin kendisine bildirilmediğini düşünmektedir.

Uygulanmakta olan aile hekimliği modelinde, kişilerin kendisinde ya da aile bireylerinde bir sorun olduğunda aile hekimini tercih etme ve kullanma oranı istenen düzeyde değildir. Birinci basamakta katılım payı uygulaması, finansal erişim problemi doğurmakta, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçmekle sonuçlanmaktadır. Uygulamanın bölge temelli olmaması, ev ziyaretlerinin sınırlı yapılabilmesi, birinci basamak hizmet sunumunun tedavi ağırlıklı algılanması ve hekimlerin kayıtlı nüfusa ulaşım problemleri gibi nedenler, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun büyük oranda sadece başvuranlarla sınırlı kalmasına ve kapsayıcılığın yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Hekimlerin kayıtlı nüfuslarına ait sağlık bilgilerine erişiminde koordinasyon problemleri yaşanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Aile Hekimliği, Birinci Basamak, Kapsayıcılık.

## **8. ABSTRACT**

### **Evaluation of the Primary Health Care in Antalya (Kepez and Konyaaltı district) in the Second Year of Family Medicine**

This study aimed to investigate the level of primary health care ability to perform the characteristics: first contact, accessibility, longitudinality, comprehensiveness and coordination in Antalya, Konyaaltı and Kepez.

This research is a cross-sectional study that hold through survey method covers family physicians in the region, and women above 15 chosen by stratified weighted cluster sampling between Jan-March 2013.

Health service users prefer their family physicians first in the need of any health services by 39%. Longitudinality of the family physicians of the participants is 17,6%. It is understood that since last year people have faced with financial barriers and given up to benefit from health services by 21%. The most common reasons of admissions to family physicians are examination, observation and medication to print (78,2%). Family physicians consider that they do not provide sufficient preventive health care service because they have to give more importance on curative health services and no time home visits (45,0%). 75% of the family physicians think that the detection and monitoring findings in other institutions about the people in their responsibility are not reported to themselves.

In the implemented family medicine model, the level of using and preferring family physicians in a case needed is not at the desired level. Co-payment practise in primary care leads financial accessibility issues and results in giving up to use health services. The problems like the model's not being region-based, limited time for home visits, primary care sensed as treatment and not being able to access to the registered population result in giving services just for the applicants and comprehensiveness deficiency. Also there are coordination problems on accessing health information of the registered population.

**Key words:** Family medicine, Primary care, Comprehensiveness.

## 9. KAYNAKLAR

1. 28539 Sayılı Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm> Ziyaret tarihi: 15.11.2013.
2. WHO. Global Health Declarations. <http://www.who.int/trade/glossary/story039/en/> Ziyaret tarihi: 15.11.2013.
3. WHO. Declaration of Alma-Ata. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) Ziyaret tarihi: 15.11.2013.
4. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2. Çağ Matbaası, Ankara 1985; 1-33.
5. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. Hindawi Publishing Corporation Scientifica, Volume 2012, Article ID 432892, 22 pages, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/432892> Ziyaret tarihi: 15.01.2014.
6. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 374–80. doi: 10.1136/jech.2003.013078.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502.
8. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995” *JABFP* 2003; 16(5): 412-22.
9. Shea S, Misra D, Ehrlich M.H, Field L, Francis C.K. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992; 327(11): 776-81.
10. Reibling N, Wendt C. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology* 2012; 60(4): 489-505.
11. Stange K.C, Ferrer R.L, The Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 293-9. doi:10.1370/afm.1023.
12. Sox CM, Swartz K, Burstin HR, Brennan TA. Insurance or a Regular Physician: Which is the Most Powerful Predictor of Health Care? *American Journal of Public Health* 1998; 88(3): 364-70.



13. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* 2012; 27: 348–55, doi:10.1093/heapol/czr043.
14. Akdur R. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara, 2005 güncellenmiş veri. s:1-37. [http://www.recepakdur.com/upload/ab\\_turkiye\\_kiyaslama.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf) Ziyaret tarihi: 18.11.2013.
15. Çağlayaner H, Saatçi E. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2007; 11(3): 129-34.
16. Dirican MR. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine genel bir bakış” <http://www.eajm.org/sayilar/36/buyuk/3.pdf> Ziyaret tarihi: 18.11.2013.
17. Akdağ R, Aydın S, Demirel H. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008, SB. Yayın no:749 Ankara 2008; 14-67.
18. Akalın MA. “Sosyalleştirimin İdeolojisi” Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara 2011; 1: 19-27.
19. Dedeoğlu N. “DSÖ, Alma-Ata, Temel sağlık bakımı kavramı ve sosyalleştirme” Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara 2011, 1: 29-37.
20. Belek İ. Sağlıkta dönüşüm: halkın sağlığına emperyalist saldırı. Yazılama Yayınevi. 1. Baskı İstanbul 2012; 9-58.
21. Aytekin H. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Muş Deneyimi” Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci Baskı Ankara 2011; 2: 79-82.
22. Aksakoğlu G. “Seksen Sonrası: Sosyalleştirmeye Darbe” Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara 2011; 2: 105-16.
23. Belek İ. “Dünya Bankası Projeleri/kredileri: Emperyalizmin Türkiye Sağlık Sistemini Ele Geçirme Projesi” Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara 2011; 1: 49-64.

24. TTB Merkez Konseyi. Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği: TTB Tezleri” 1995.
25. TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004, Yayın no:684. İstatistiki Bilgiler Bölümü, Ankara 2005; 20-144.
26. 25665 Sayılı Resmî Gazete. 5258 Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 9 Aralık 2004. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/11/20041124.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/11/20041124.htm> Ziyaret tarihi: 02.12.2013
27. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.5258&sourceXmlSearch=657&MevzuatIliski=0> Ziyaret tarihi: 18.11. 2013.
28. İter B. Başlangıcından Günümüze Düzce’de Aile Hekimliği Uygulamasına Kısa Bir Bakış. [www.ailehekimligi.com.tr/userfiles/baslangicindan\\_gunumuza\\_duzce.doc](http://www.ailehekimligi.com.tr/userfiles/baslangicindan_gunumuza_duzce.doc) Ziyaret tarihi: 03.12. 2013.
29. Dünya Bankası, TÜRKİYE- Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması –Tasarım ve Kazanımlar, Rapor No: 77029-TR, 15 Şubat 2013, s:12-55 ve ekleri.
30. <http://ybu.edu.tr/contents/files/UZEM/genelbilgiler.pdf> Ziyaret tarihi: 04.12. 2013.
31. 27801 Sayılı Resmî Gazete. Aile hekimliği uygulaması kapsamında sağlık bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ile sözleşme usul ve esasları hakkında yönetmelik. 30 Aralık 2010. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230.htm> Ziyaret tarihi: 02.12.2013.
32. 28712 Sayılı Resmî Gazete. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 19 Temmuz 2013, Madde 2. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130719-5.htm> Ziyaret tarihi: 17.01.2014.
33. 27591 Sayılı Resmî Gazete. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. 25 Mayıs 2010.<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigaz>

ete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525.htm Ziyaret tarihi: 15.11.2013.

34. 25867 Sayılı Resmî Gazete. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. 06 Temmuz 2005. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706.htm> Ziyaret tarihi: 15.11.2013.
35. Groenewegen P.P, Dourgnon P, Gre S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy* 2013; 113: 170– 9.
36. OECD. Health at a Glance Europe 2012. Chapter 5: Health expenditure and financing, <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf> Ziyaret tarihi: 08.03.2013
37. Green D, Irvine B (Based on the 2001 Civitas Report), Clarke E (2012), Bidgood E (2013). *Healthcare Systems: France*. <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/france.pdf> Ziyaret tarihi: 26.11.2013.
38. Durand-Zaleski I, Chevreul K. “The French Health Care System, 2011” In: Thomson S, Reed SJ, editors. *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund, 2011; 45-56.
39. Belek İ. *Sağlığın Politik Ekonomisi*. Yazılama Yayınevi, 3. Baskı. İstanbul 2009; 125-227.
40. Harrison A, Gregory S, Mundle C, Boyle S. “The English Health Care System, 2011” In: Thomson S, Reed S.J, editors. *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund 2011; 38-44.
41. Öcek Z, Çiçeklioğlu M, Yücel Ü, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara 2013*.
42. Busse R, Blümel M. “The German Health Care System, 2011” In: Thomson S, Reed S.J, editors. *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund 2011; 57-64.
43. TTB. *Almanya'da Aile Hekimliği Çöküyor*. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ailehekimligi-2223.html> Ziyaret tarihi: 28.11.2013

44. Anell A. "The Swedish Health Care System, 2011" In: Thomson S, Reed SJ, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund 2011; 99-105.
45. The Commonwealth Fund. "The U.S. Health Care System, 2011" In: Thomson S, Reed S.J, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund 2011; 113-8.
46. Gorry C. Primary Care Forward: Raising the Profile of Cuba's Nursing Profession. *Medicc Review* 2013; 15(2): 5-9.
47. Lévesque JF, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Bealieu M. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Family Practice* 2012; 8.
48. WHO Europe. Primary Care Evaluation Tool. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf) Ziyaret tarihi: 20.11.2013.
49. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *Southern Medical Journal* 2003; 96(8): 787-95.
50. Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesinde Kullanılan Yaklaşım ve Yöntemler. *Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Toplum Hekimliği Bülteni*. 2008; Cilt 27(3): 1-12.
51. WHO. The World Health Report 2008. Primary Health Care, Now, More, Than, Ever" Chapter 3, 42-57.
52. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Primary Care Assessment Tools. [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html) Ziyaret tarihi: 22.11.2013.
53. Çiçeklioğlu M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 1998; 13(5): 328-33.
54. Öcek Z, Çiçekcioğlu M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı tutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir mi? *STED* 2006; 15(8): 144-8.
55. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F. Practice Features Associated With Patient- Reported Accessibility,

- Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *Annals of Family Medicine* 2008; 6(2): 116-23.
56. Gulliford M, Munoz JF, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 2002; 7(3): 186-8.
  57. Sibley LM, Weiner JP. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-20.pdf> 11 pages. Ziyaret tarihi: 12.06.2014.
  58. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 22: 327(7425): 1219-21.
  59. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011; 9(1): 16-32.
  60. Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çivi G. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010; 8(3): 176-90.
  61. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing The Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare Final Report. 2002. [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf) Ziyaret tarihi: 30.06.2014.
  62. American Academy of Pediatrics. Care Coordination: Integrating Health and Related Systems of Care for Children With Special Health Care Needs. <http://pediatrics.aappublications.org/content/104/4/978.full> Ziyaret tarihi: 22.11.2013.
  63. Antalya Valiliği. Antalya Genel Bilgiler. <http://www.antalya.gov.tr/icerik/31/245/nufus-demografi-turizm.html> Ziyaret tarihi:09.12.2013.
  64. Konyaaltı Kaymakamlığı. Konyaaltı İlçesi: Genel Ekonomik Yapı. [http://www.konyaalti.gov.tr/default\\_B0.aspx?content=1084](http://www.konyaalti.gov.tr/default_B0.aspx?content=1084); Ziyaret tarihi: 09.12.2013.

65. Antalya Kepez MEM. İlçemiz Hakkında. <http://kepez.meb.gov.tr/www/ilcemiz-hakkinda/icerik/13> Ziyaret tarihi: 09.12.2013.
66. Kepez Kaymakamlığı İlçe Gıda Tarım Hayvancılığı Müdürlüğü. İlçemiz: Genel Bilgiler. [http://kepez.antalya-tarim.gov.tr/index\\_tr.asp?mn=33&bn=0&in=27](http://kepez.antalya-tarim.gov.tr/index_tr.asp?mn=33&bn=0&in=27) Ziyaret tarihi:09.12.2013.
67. TÜİK. Seçilmiş göstergelerle Antalya 2011 ve 2012. TÜİK Matbaası, Yayın No: 3757 ve 4056 Ankara 2012; 14-85.
68. TÜİK. Türkiye İstatistik Yıllığı 2011. 5. Bölüm. Yayın no:3665. TÜİK Matbaası Ankara 2012: 103.
69. Erengin KH. Antalya kent merkezinde 15 yaş ve üzeri kişilerde morbidite sıklığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 1996.
70. Bennett S, Woods T. A simplified general method for cluster-sample surveys of healt in developing countries. World Health Statistics Quarterly 1991; 44(3): 98-106.
71. Belek İ. Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma. Türk Tabipler Birliği Yayınları. 1. Baskı. 2004; 28-31.
72. Ahmed S. Methods in Sample Surveys. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. <http://ocw.jhsph.edu/courses/statmethodsforsamplesurveys/PDFs/Lecture5.pdf> 14 pages. Ziyaret tarihi: 25.06.2014.
73. TÜİK. TÜİK Sağlık Araştırması 2012. Genel Sağlık Durumu. Yayın No:4117. 2013; 29-34.
74. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Prev Med Bull 2013; 12(4): 417-24.
75. Gündoğdu Z. Manisa ilinde aile hekimliği pilot uygulama dönemi sürecinde 1.basamak tanı-tedavi başvurularının değerlendirilmesi. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 18-22 Ekim 2010 İzmir; 75.
76. TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık istatistikleri yılığı 2012, Ankara 2013, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 917. 3-4-7-8. ve 9. bölümler; 39-161.

77. TÜİK. Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011. Ankara 2012, Yayın No 3669; 16-32.
78. Mihçioğur S, Akın A. Bazı Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Hizmeti Sunma Durumu Ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Planlaması Hizmet Sunumu İle İlgili Görüşleri. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2013, Antalya; 530.
79. Tay Z, Tuncal AN, Atasoylu G, Sertel M, Köroğlu G. Manisa İlinde Aile Hekimlerinin 2011 Yılındaki İşyükü ve İnsan Gücünün Değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Dergisi 2014; 18(1): 5-15.
80. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzokaya A. Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Düşünceleri ve Uygulamaları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı 2012, Bursa; 416-8.
81. Nur N, Özşahin SL, Çetinkaya S, Sümer H. Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli. Koruyucu Hekimlik Bülteni 2009; 8(1): 13-6.
82. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir) TAF Prev Med Bull 2008; 7(5): 377-84.
83. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2013, Antalya; 278.
84. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü. [http://www.antalyahsm.gov.tr/dokuman/upload/Performans\\_De%C4%9F.\\_%C4%B0tiraz\\_Nedenleri\\_ve\\_Sunulmas%C4%B1\\_Gereken\\_Evraklar.pdf](http://www.antalyahsm.gov.tr/dokuman/upload/Performans_De%C4%9F._%C4%B0tiraz_Nedenleri_ve_Sunulmas%C4%B1_Gereken_Evraklar.pdf) Ziyaret tarihi:25.06.2014.
85. AHEF. Performans Uygulaması THSK Başvurusu. [http://www.ahef.org.tr/Haber/201/Performans-Uygulaması-THSK-Basvurusu.aspx#.U70DG\\_1\\_tbU](http://www.ahef.org.tr/Haber/201/Performans-Uygulaması-THSK-Basvurusu.aspx#.U70DG_1_tbU) Ziyaret tarihi:09.07.2014.
86. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü. 2014 Yılı Haziran Ayı Performans ve İtiraz Komisyon Kararları <http://www.antalyahsm.gov.tr/Duyuru.aspx?kayitId=694> Ziyaret tarihi:10.07.2014.
87. AHEF. “Sınıflama neden tercih edilmedi? [http://www.ahef.org.tr/Haber/198/SINIFLAMA-NEDEN-TERCIH-EDILMEDI.aspx#.U74zZ\\_1\\_tbV](http://www.ahef.org.tr/Haber/198/SINIFLAMA-NEDEN-TERCIH-EDILMEDI.aspx#.U74zZ_1_tbV) Ziyaret tarihi: 10.07.2014.

88. Kaya N. Antalya Kent Merkezinde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sağlık Düzeyi, Sağlık Hizmeti Kullanım Durumları ve Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Antalya 2007.
89. Yaylalı M, Kaynak S, Karaca Z. Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi, 2012; 12(4): 563-73.
90. TÜİK, Basın Odası Haberleri, 2014/28, 06 Mayıs 2014. [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014\\_28\\_20140506.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_28_20140506.pdf) Ziyaret tarihi:25.06.2014.
91. Dündar C, Öz H. Samsun İl Merkezindeki Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Kurumsal Tercih Etkileyen Faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Bursa 2012; 502-4.
92. Çevik C. Manisa İline ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir 2013.
93. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları Bölgelerinde Yaşayanlarda Sağlık Hizmetlerine Başvurular Etkileyen Etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3): 15-22.
94. Aycan S, Özkan S, Avcı E, Özdemirkan T, Çivil EF. Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran On Sekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Memnuniyet Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim Dergisi 2012; 27(6): 449-62.
95. Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi 2014; 7(1): 57-62.
96. Balcı E, Gün İ. Kayseri İl Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerin Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2011; 33(2): 129-40.
97. Eser E, İlgün M, Öztürk M, Yıldırım İ. Manisa İlinde Ayaktan Tanı, Tedavi ve Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Nicel Değişimi ve Bu Değişimi Etkileyen Müdahaleler. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı, 13-14 Nisan 2006, Manisa; 91.



98. Akdağ R. Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 2006, Sunuş bölümü, s.9. [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar\\_yeni/saglikta\\_performans\\_yonetimi.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/saglikta_performans_yonetimi.pdf) Ziyaret tarihi:24.02.2014.
99. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 1996-1999. Ankara 2001; 62.
100. TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Yayın No: 721. Ankara 2007; 43.
101. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Yayın no: 806. Bölüm 7. s:112-115. [http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik\\_istatistikleri-2008.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik_istatistikleri-2008.pdf) Ziyaret tarihi:24.02.2014.
102. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Yayın no: 832. Bölüm 8. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf> s:112-115. Ziyaret tarihi:24.02.2014.
103. Belek İ. Avrupa’da Sağlık Reformları. Birinci Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi 2014.
104. Oktay C. Acil sağlık hizmetlerinin feryadı. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/cem-oktay/tr-acil-saglik-hizmetlerinin-feryadi-72-50-3474.html> Ziyaret tarihi:25 Şubat 2014.
105. Atay E. Acil servislere en çok başvuran ülkeyiz. <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-acil-servislere-en-cok-basvuran-ulkeyiz-1-11-55335.html> Ziyaret tarihi:25 Şubat 2014.
106. Arslanhan S. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? TEPAV Politika Notu, 2010; 1-6.
107. Bahçe S. Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. International Conference on Eurasian Economies 2013; 299-307. <http://www.eecon.info/papers/718.pdf>. Ziyaret tarihi: 20 Mart 2014.
108. Cander B. Acil Servis Yüğü ve Kritik hastalar. <http://www.atuder.org.tr/OnlineNewspaper.aspx?content=90> Ziyaret tarihi: 25 Şubat 2014.
109. Erol H, Özdemir A. Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2014; 4(1): 9-34.

110. Terzi C. Türkiye’de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı (Mooney G. Ulusların Sağlığı. Ek Bölüm. Çeviri: Terzi C. Birinci Basım, İstanbul, Şubat 2014. İçinden); 273-319.
111. Beşparmak A. Seviğ Ü. Kayseri İl Merkezi Argıcık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; 1-6.
112. Bozkurt A.İ, Koçoğlu F. Gaziantep Kent Merkezinde Halkın Sağlık Kuruluşlarından Yararlanım Düzeyi. Gaziantep Tıp Dergisi 2000; 1,2: 36-40.
113. Başara BB, Pulgat E, Yentür G, Ayar B, Dilmen U. Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Hissedip Alamayan Kişilerin Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı 2012, Bursa; 579-82.
114. Tokuç B, Ekuklu G, Sayhan ES. Edirne Merkez İlçede Halkın Sağlık Hizmetleri Katılım Payına Bakışı. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 7 Ekim 2011, Trabzon; 32-4.
115. Yıldırım HH, Yıldırım T, Erdem R. “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi, Amme İdaresi Dergisi 2011; 44(2): 71-98.
116. Boerma WGW, Verhaak PFM. The General Practitioner as The First Contacted Health Professional by Patients With Psychosocial Problems: a European Study. <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp125.pdf> Ziyaret tarihi: 30.06.2014.
117. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of The Literature. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2011; 29: 28–38.
118. Le Fur P, Yilmaz E. Referral to specialist consultations in France in 2006 and changes since the 2004 Health Insurance reform. Issues in health economics n° 134 - August 2008; 1-8.
119. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel Ü, Özdemir R. Family Medicine Model in Turkey: A Qualitative Assessment From The Perspectives of Primary Care Workers. BMC Family Practice 2014; 15: 38.

120. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. "İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler". Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(1): 1-15.
121. Savaş N. Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Bursa 2012; 18-37.
122. Belek İ. Antalya'da Hekimler: Statü ve Sınıf Konusu Açısından Değerlendirme, TTB. Yayınları 2003; 9-49.
123. Hacıoğlu Deniz M, Haykır Hobikoğlu E. Türkiye'de "Değere Bağlı Sağlık Sistemi" Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi. International Conference on Eurasian Economies 2011, 160-5.
124. Koruk İ, Hamidanoğlu M. "Şanlıurfa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi". 16.UHK Antalya 2013; 168.
125. Eser E. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" araştırması hakkında bir değerlendirme yazısı. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(2): 123-6.
126. Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta Hekim İletişiminin İncelenmesi. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul 2007.
127. Atalay S. Sağlık Hak Olmaktan Çıktı. Sağlık Dergisi 2012; 171.
128. Bolat M. Maaşımız 'Ödül' Sayılıyor" <http://www.gazeteyenigun.com.tr/gundem/108057/moda> Ziyaret tarihi:30.06.2014.
129. TC Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 806. Akdağ R. Ankara 2010; VI.
130. Sezer T. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana 2008.
131. Özyurt BC, Dündar PE. Manisa Kent Merkezinde Aile Sağlığı Birimlerinde Çalışan Hekimlerin ve Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Değerlendirmeleri. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı 2010, İzmir; 68.

132. Nöbetler konusunda önemli duyuru. <http://www.ahef.org.tr/Duyuru/17/NOBETLER-KONUSUNDA-ONEMLI-DUYURU.aspx> Ziyaret tarihi:28.06.2014.
133. Aile Hekimliğinde Ölü Muayenesi ve Defin İşlemleri. [http://www.antalyasm.gov.tr/ailehekimligi/index2d28.html?page=aile\\_hekimliginde\\_olu\\_muayenesi\\_ve\\_defin\\_islemleri](http://www.antalyasm.gov.tr/ailehekimligi/index2d28.html?page=aile_hekimliginde_olu_muayenesi_ve_defin_islemleri) Ziyaret tarihi:03.07.2014.
134. Demir LS. Aile Hekimliği Uygulamasına Bebek, Gebe ve Köy ve Ev Ziyaretlerine Kısa Bir Bakış” 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 18-22 Ekim 2010, İzmir; 72.
135. “Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge” [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34) Ziyaret tarihi:10.04.2014.
136. 2013/1 Boş Pozisyonları. <http://www.thsk.gov.tr/tr/index.php/duyurular/559-aile-hekimligi-iller-arasi-merkezi-yerlestirme> Ziyaret tarihi:19.12.2013.
137. 2013/2 İller Arası Yerleştirme İçin Aile Hekimliği Yerleştirme İşlemi <http://www.thsk.gov.tr/tr/index.php/duyurular/635-2013-2-aile-hekimligi-iller-arasi-yerlestirme%20ziyaret>:19.12.2013
138. 3.06.2014 15:16 itibariyle Aile Sağlığı Merkezi Doluluk Durumları. <http://bbskbs.istanbulsaglik.gov.tr/asbdurum/> Ziyaret tarihi:02.07.2014. Ve 23.07.2014 10:57 itibariyle Aile Sağlığı Merkezi Doluluk Durumları. <http://bbskbs.istanbulsaglik.gov.tr/asbdurum/> Ziyaret tarihi:22.08.2014
139. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2011. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736> Ziyaret tarihi:15.11.2013.
140. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. Ekim 2009. Özet, Aile Planlaması Ve Üreme Sağlığı Bölümleri; xv-143.
141. WHO Europe. Measles and rubella update: European Region off track for elimination. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/news/news/2014/03/measles-and-rubella-update-european-region-off-track-for-elimination> Ziyaret tarihi:11.07.2014.
142. Yetiz P. Batman İlinde 2013 Yılı Ocak-Mayıs Aylarında Görülen Kızamık Vakalarının Kontrol Çalışmaları. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya 2013; 494.

143. Çakır M. Aile Hekimliği Hakkında Bilgi, Tutum, ve Memnuniyet Değerlendirmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı 2012; 417-3.
144. Gündoğdu NA, Güler N, Kocataş S, Güler G. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Başvuru Nedenleri ve Yaşadıkları Sorunlar. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı 2012, Bursa; 474.
145. Tanır F. Adana’da Aile Hekimliği Uygulamalarına Bakış. 6.Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, 2009, İzmir, [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/6\\_temelsaglikhizmetleribulusmasi2009.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/6_temelsaglikhizmetleribulusmasi2009.pdf) sayfa 20-2.
146. Erçetin G, Şimşek Z, Kara B, Yıldırımkaaya G. Mevsimlik Tarım İşçilerinde Gebeliği Önleyici Yöntem Bilgisi Ve Kullanımı. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Antalya 2013; 542.
147. Gürkaş E, Kiraz M. Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2013; 5(2): 1-3.
148. Özcan C, Erdal R. Düzce İlinde Aile Hekimliği Sisteminin Pilot Bölge Uygulaması Öncesi ve Sonrası Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların Karşılaştırılması. Sağlık ve Toplum Dergisi 2007; 1, <http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=148> Ziyaret tarihi: 07.06.2014.
149. Nesanır N, Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5): 493-504.
150. Özcan C, Mihçioğur S. Aile hekimliği sisteminde performans değerlendirme ölçütleri. 6.Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, 2009, İzmir, [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/6\\_temelsaglikhizmetleribulusmasi2009.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/6_temelsaglikhizmetleribulusmasi2009.pdf) sayfa 41. Ziyaret tarihi: 10.06.2014.
151. Etiler N, Yavuz CI. Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetlerine Etkileri: Ülke Örnekleri. Toplum ve Hekim 2004; 19(4): 285-92.
152. Akın A, Ersoy K. 2050’ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış. Kasım 2012, TÜSİAD Yayın No: TÜSİAD-T/2012-11/533.

153. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010 / 13. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html> Ziyaret tarihi: 02.05.2014.
154. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E, “Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri” Dicle Tıp Dergisi 2012; 39 (2): 227-33.
155. Nizamoğlu M. Sağlam Çocukların Düzenli Takiplerini Etkileyen Faktörler. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006.
156. Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Kesintileri Hesaplama Yöntemi. [http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=216:ailehekluygulamasinda-performans-kesinterhesaplama-yontem&catid=1:son-dakika&Itemid=395](http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=216:ailehekluygulamasinda-performans-kesinterhesaplama-yontem&catid=1:son-dakika&Itemid=395) Ziyaret tarihi: 15.04.2014.
157. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? Ann Fam Med 2003; 1: 144-8.
158. The World Bank. OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye Raporu 2008; 41-110.
159. Sağlık Sen. Sevk Zinciri Uygulamasına Süresiz Erteleme. <http://www.saglikksen.org.tr/haber-arsiv-detay-sevk-zinciri-uygulamasina-suresiz-erteleme-865.html> Ziyaret tarihi:07.06.2014.

## 10. EKLER

**Ek 1.** Etik Kurul onayı ile Antalya Valiliği ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü izin belgeleri.



T.C.  
**ANTALYA VALİLİĞİ**  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



**ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**  
-->ANTALYA HSM Çocuk, Ergen, Kadın Ve  
Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Müd. (ÇEK)  
-<VALİLİK MAKAMINA

SAYI : 47897930  
KONU : Tez Çalışması(Dr.F.Yeşim KARAKOÇ)



Tarih:  
10.01.2013  
Sayı:  
000769

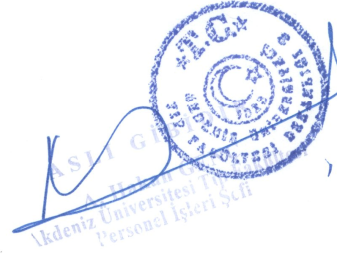
VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi yapan Dr.Fatma Yeşim KARAKOÇ'un "Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda ve Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" isimli uzmanlık tez çalışmasını Ocak- Mart 2013 aylarında Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olur'larınıza arz ederim.

Uz. Dr. Murat ÖZDEMİR  
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR  
03/01/2013  
Mehmet KURDOĞLU  
Vali Yardımcısı



ADRES: Soğuksu Mah. K.Karabekir Cad. Defterdarlık Yanı B Blok Ek Binası No:4 ANTALYA  
Detaylı Bilgi: ÇEKÜS Şube Tel:2007 S.ALBAYRAK  
Tel: 0 242 2379600 Fax: 0 242 2370410



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

12.12/2012

Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/100  
Konu : Kurul Kararı Hk.

Sayın Doç.Dr. İlker BELEK  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

Yürütücülüğünü yaptığımız “Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda ve Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Oktay DİNÇ  
Dekan

---

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA  
Tel : (242)249 69 54  
Faks : (242) 249 69 03  
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/  
Konu:

04/12/2012

KARAR

**Kurulun Adı, Adresi** : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu , Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA

**Toplantı Tarihi ve Karar No** : 04.12.2012/283

**Araştırmanın tam Adı** : "Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda ve Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi"

**Sorumlu araştırmacının ismi** : Doç.Dr. İlker BELEK

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. İlker BELEK tarafından yürütülecek olan "Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda ve Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

  
Prof.Dr. Şahin YAZAR  
Başkan

  
Prof.Dr. Müzaffer SİNDEL  
Başkan Yardımcısı

  
Öğr. Gör. Dr. M. Cumhuri İZGİ  
Raportör

  
Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM  
Üye

  
Prof.Dr. Cemil APAYDIN  
Üye

  
Prof.Dr. Metin ERKİLİÇ  
Üye

  
Prof.Dr. A. Gökhan ARSLAN  
Üye

  
Prof.Dr. Burhan SAVAŞ  
Üye (Katılmadı)

  
Prof.Dr. Hakan ÖZDEMİR  
Üye

  
Prof.Dr. Aykut ÇİLLİ  
Üye

  
Doç.Dr. Aygen YILMAZ  
Üye (Derste)

  
Yrd. Doç. Dr. Hakan GÜLKESEN  
Üye

**Ek 2. Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerindeki 15 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Anket Formu.**

**AİLE HEKİMLİĞİNİN İKİNCİ YILINDA ANTALYA İLİ KEPEZ VE KONYAALTI İLÇELERİNDEKİ 15 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA, BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU**

Sayın katılımcı; Bu anket çalışmasıyla; Konyaaltı ve Kepez’de 15 yaş ve üzeri kadınlarda sağlık hizmeti kullanım özellikleri, memnuniyetleri ve bunların kişilerin sosyoekonomik-kültürel durumlarına göre değişimini saptayabilmek amaçlanmıştır. Araştırmaya katılımınız bu amaca katkıda bulunacaktır.

Anket soruları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özelliklerin değerlendirilebileceği sorular, toplumun sağlık düzeyi göstergelerinin saptanabileceği sorular ve katılımcıların sosyoekonomik durumu-sınıfsal konumunu gösteren sorulardan oluşturulmuştur. Anket, toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Yaklaşık 20 dakika sürecek olan ve Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi için yapılacak bu çalışma için doldurduğunuz bu anket formu herhangi bir şekilde isim bilgileriniz kullanılarak herhangi bir kurum/kişisi ile paylaşılmayacaktır. Teşekkürler...

Konu ile ilgili merak ettiğiniz herhangi bir durum söz konusu olursa ulaşım bilgileri:

AÜTF. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. F. Yeşim Karakoç: 249 60 00’dan 34 86

**1. Yaşınız? .....**

**2. Medeni durumunuz?**

a.Evli      b. Bekar      c. Dul- boşanmış

**3. Öğrenim durumunuz?**

a. Okur-yazar değil  
b.Okur-yazar  
c. İlkokul mezunu  
d. Ortaokul mezunu  
e. Lise mezunu  
f. Yüksekokul  
g. Üniversite/lisans/doktora

**4.Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**

a. Evet, çalışıyorum      b.Emekli oldum      c.Hayır, çalışmıyorum

5 ve 6. Soruları hane reisinin bilgileri üzerinden yanıtlayınız.

5. Hane reisinin şu anda yapmakta olduğu iş nedir, lütfen ayrıntılı olarak belirtiniz. (Emekli ise nereden, işsiz ise en son çalıştığı iş)

6. Hane reisinin mesleği nedir?

- a. (Tarım dışı) Kendi hesabına çalışıyor, işçi çalıştırmıyor,
- b. (Tarım dışı) Kendi hesabına çalışıyor,.....işçi çalıştırıyor,
- c. (Tarım dışı) bir kurumda ücretli/ maaşlı çalışıyor,
- d. Tarımla uğraşılıyor
- e. Diğer.....

7. Aylık toplam hane geliriniz nedir?

- a. 500 TL ve altında
- b. 501- 1000 TL
- c. 1001-1500 TL
- d. 1501-2000 TL
- e. 2001 TL ve üzeri

8. Hanenizde yaşayan kişi sayısı nedir?.....

Anne- baba- çocuk dışında yaşayan varsa belirtiniz:.....

9. Kaç çocuğunuz var?.....

10. Kaç yıldır Antalya'da yaşıyorsunuz?

- a. 6 aydan az...
- b. 6 ay- 1 yıl
- c. 1-5 yıl
- d.5 yıldan uzun süredir

11. Doğum yeriniz?

İl....., ilçe.....,  
köy.....

12. En uzun süre yaşadığınız yer?

İl....., ilçe.....,  
köy.....

13. Kendinize ait ev ya da araziniz var mı?

- a. Evet      b. Hayır

14. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?, belirtiniz.(astım, şeker, hipertansiyon, sakatlık.....

.....(hastalığı varsa

a. raporu var

15. Son 15 gün için sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

b. raporu yok

a. Çok iyi

b. İyi

c. Orta

d. Kötü

e. Çok kötü

16. Sizin ya da ailenizden herhangi birinin bir sağlık problemi olduğunda, öncelikle hangi sağlık kuruluşuna gitmeyi tercih edersiniz? (lütfen tek şık işaretleyiniz)

a. Aile hekimi, çünkü:.....

b. Devlet hastanesi, çünkü:.....

c. Üniversite hastanesi, çünkü:.....

d. Özel hastane/poliklinik., çünkü:.....

e. Özel muayenehane, çünkü:.....

f. Diğer (belirtiniz..... çünkü:.....

17. Son 1 yıl içinde aşağıdakilerden herhangi birine -kaç kez başvurunuz oldu?(birden fazla işaretlenebilir)

a. Aile hekimi .....kez

b. Devlet hastanesi .....kez

c. Üniversite hastanesi .....kez

d. Özel hastane/ poliklinik. ....kez

e. Özel muayenehane.....kez

f. Diğer (belirtiniz....., .....kez

g. Başvurum olmadı

18. En son ve bir önceki sağlık kurumu başvurunuzu hangi kuruma yaptınız?

18.1. En son başvurum:.....

18.2. Bir önceki başvurum:.....

19. Son 1 yıl içinde ödeme güçlüğü nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?

- a. Evet b. Hayır

20. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ile ilgili uygulamalarından genel olarak memnuniyet dereceniz nedir?

- a. Çok memnunum b. Memnunum c. Kısmen memnunum d. Memnun değilim e. Hiç memnun değilim

21. Son bir yılda aile hekiminizin ya da aile sağlığı elemanınız evinize ziyarete geldi mi?

- a. Evet (.....kez) b. Hayır

22. Aile hekiminizi biliyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır →

22.1. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız sizinle hiç temas kurdu mu?

- a. Evet (.....kez) b. Hayır

LÜTFEN 41. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

23. Hanedeki diğer bireylerle aynı aile hekimine mi kayıtlısınız?

- a. Evet b. Hayır Hayır ise nedeni.....

24. Şimdiye kadar hiç aile hekiminizi değiştirdiniz mi?

- a. Evet, değiştirdim b. Hayır, değiştirmedim c. Değiştirmeyi düşünüyorum

Evet ise ya da değiştirmeyi düşünüyorsa nedeni.....

25. Aile hekiminize hiç muayene/kontrol oldunuz mu?

- a. Evet b. Hayır →

LÜTFEN 41. SORUDAN DEVAM EDİNİZ

26. Aile hekimliği sisteminden önce sağlık ocağını kullanıyor muydunuz?

- a. Hayır b. Evet →

26.1. Sizce verilen hizmetler açısından Sağlık ocağı ile Aile Hekimliği Sistemi arasında herhangi bir farklılık oldu mu?

a. Hayır olmadı

b. Fikrim yok

c. Evet oldu

(açıklayınız.....)

LÜTFEN 27. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

27. En son aile hekiminize başvuru zamanınız?

- a. Son 3 ay içinde  
b. 6 ay içinde  
c. 1 yıl içinde  
d. 1 yıldan uzun  
e. Hiç başvurmadım

28. Son 1 yıl içinde aile hekiminize kaç kez başvurduunuz?.....

29. Herhangi bir hizmet almak için aile hekiminize gittiğinizde bu hizmete ulaşmak için ortalama olarak ne kadar beklersiniz?

- a. Fazla beklemeden hizmete ulaşıyorum
- b. Biraz fazla beklediğimi düşünüyorum
- c. Çok fazla beklediğimi düşünüyorum
- d. Kararsızım

30. Aile hekiminize/ Aile sağlığı merkezimize ulaşımınız nasıl?

- a. Yürüyerek rahatlıkla ulaşabileceğim mesafede
- b. Yürüyerek uzun sürede ulaşabileceğim mesafede
- c. Ancak araçla gidebileceğim mesafede
- d. Yerini bilmiyorum

31. Aile hekiminizin size ve diğer hastalara yaklaşımını nasıl buluyorsunuz?

- a. Çok iyi
- b. İyi
- c. Orta
- d. Kötü
- e. Çok kötü

32. Aile sağlığı elemanının size ve diğer hastalara yaklaşımını nasıl buluyorsunuz?

- a. Çok iyi
- b. İyi
- c. Orta
- d. Kötü
- e. Çok kötü

33. Başvurduğunuz herhangi bir durum hakkında aile hekiminizin sizi yeterince bilgilendirdiğini düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Kararsızım

34. Aile hekiminizin bilgisine güven duyuyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Kararsızım

35. Aile hekiminiz izinli/ görevli olduğu zaman aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekimlerinden hizmet almada sorun yaşıyor musunuz?

- a. Böyle bir durumla karşılaşmadım
- b. Aile hekimim binasında tek doktor olarak çalışıyor
- c. Evet, problem yaşıyorum (belirtiniz.....)
- d. Hayır, işlerimi her zamanki gibi halledebiliyorum
- e. Diğer (belirtiniz.....)

36. Aile hekiminizin verdiği hizmetlerden genel olarak memnuniyet dereceniz?

- a. Çok memnunum
  - b. Memnunum
  - c. Kararsızım
  - d. Memnun değilim
  - e. Hiç memnun değilim
- } 36.1. nedeni? .....

37. Aile hekiminiz mesleğinizi biliyor mu?

- a. Evet      b. Hayır      c. Kararsızım/bilmiyorum

38. Aile hekiminize en çok hangi nedenle gidersiniz?

- a. İlaç yazdırmak için  
b. Muayene olmak için  
c. Aile planlaması yöntemi almak/ danışmak için  
d. Bebek- çocuk izlemi- aşısı için  
e. Diğer.....

39. Sigara içiyor musunuz?

- a. Hayır      b. Evet → 39. 1. Aile hekiminiz zararları ve bırakmanız konusunda sizi bilgilendirdi mi?  
a. Evet      b. Hayır      c. Kararsızım

40. Aile planlaması yöntemleri hakkında AH. ya da ASE sizi hiç bilgilendirdi mi?

- a. Evet      b. Hayır

41. Kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?

a. Evet →

b. Hayır

41. 1. Lütfen hangi yöntemi kullandığınızı işaretleyiniz

- a. Geri çekme (kaç yıldır?..... →  
b. Hap/iğne  
c. Spiral  
d. Tüp ligasyonu/vazektomi  
e. Kondom

41. 2. Hap- iğne- kondom kullanıyorsanız bu yöntemi genellikle nereden temin ediyorsunuz?

- a. Eczaneden  
b. Aile hekimimden  
c. Özel hastane/özel poliklinik  
e. Kamu hastanesi  
g. Diğer(belirtiniz.....)

41.1.1. Başka bir yöntem kullanmanız gerektiği hakkında aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanı herhangi bir öneride bulundu mu?

- a. Hayır  
b. Evet ama başka yöntem kullanmayı tercih etmedim  
c. Diğer (belirtiniz:.....  
LÜTFEN 42. SORUDAN DEVAM EDİNİZ

Lütfen nedenini belirtiniz.....

42. Son 2 yıl içinde gebeliğiniz oldu mu?

a. Evet

b. Hayır

LÜTFEN 53. SORUYA GEÇİNİZ.



43. Bu gebeliğinizi ne şekilde öğrendiniz?

a. Aile hekimliğinde

b. Hastanede

c. Evde kendim test yaptım

d. Laboratuarda

e. Diğer.....

44. Gebeliğinizi öğrendiğinizde kaç haftalık?.....

45. Aile hekiminizin gebeliğinizden haberi oldu mu?

a. Hayır

b. Evet

45. 1. Ne şekilde haberi oldu?

a. Testi aile hekimliğinde yaptırdığım için

b. Gebeliğimi öğrenince aile hekimine giderek kayıt oldum

c. Başka bir nedenle aile hekimine gidince haberi oldu

d. Aile sağlığı elemanı eve ziyarete geldiği zaman

e. Diğer.....

45. 2. Aile hekiminiz gebeliğinizi kayıt ettiğinde kaç haftalık gebeydiniz? Lütfen hafta olarak belirtiniz:.....

LÜTFEN 46. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.



46. Gebelik kontrolleri için çoğunlukla nereye gittiniz?

a. Özel poliklinik/hastane, çünkü.....

b. Devlet hastanesi, çünkü.....

c. Üniversite hastanesi, çünkü.....

d. Diğer....., çünkü.....

47. Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

a. Evet.....

b. Hayır

48. Gebelik süresince aile hekiminiz sağlık kontrollerinizi yaptı mı?

a. Evet, .....kez

b. Hayır



49. Aile hekiminiz gebelik tetanoz aşılarınızı yaptırdı mı?

a. Evet, 1 kez    b. Evet, 2 kez    c. Hayır yapılmadı → 49. 1. Nedeni nedir?

- a. Aşı yaptırmam gerektiğini bilmiyordum  
b. Aşı yapılmasını ben istemedim  
c. Kadın doğum doktorum yaptırmama gerek olmadığını söylediği için yaptırmadım.  
d. Diğer.....

50. Lohusalık döneminde aile hekiminiz/ aile sağlığı elemanınız tarafından sağlık kontrolleriniz yapıldı mı?

a. Henüz doğum yapmadım    b. Evet, yapıldı.....kez    c. Hayır, yapılmadı

51. Lohusalık döneminde aile hekiminiz/ aile sağlığı elemanınız tarafından lohusalık- emzirme- aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirildiniz mi?

- a. Henüz doğum yapmadım  
b. Evet, hepsi hakkında bilgilendirildim  
c. Evet, ama sadece..... hakkında bilgilendirildim.  
d. Hayır, bilgilendirilmedim.

52. Gebelik ve lohusalık döneminde aile sağlığı elemanı(ebe) eve ziyarete geldi mi?

- a. Hayır gelmedi  
b. Gelmiş ama evde bulamayınca not bırakmış  
c. Evet, geldi

---0-24 AY ÇOCUĞU OLANLAR İÇİN (YOK İSE 62. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.)----

53. Kaç aylık.....(birden fazla ise ayrı ayrı belirtiniz)

54. Sizinle aynı aile hekimine mi kayıtlı

- a. Evet  
b. Hayır  
c. Bilmiyorum  
d. Aile hekiminde kayıdı yok.(gebeliği aile hekiminde kayıt olduysa doğumla otomatik olarak anneyle aynı hekime kaydı alınır.)

**(54)Varsa 2. çocuk için**

- a. Evet  
b. Hayır  
c. Bilmiyorum  
d. Aile hekiminde kayıdı yok.

55. Aile hekimiminiz ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzun sağlık izlemleri (boy-kilo-baş çevresi ölçümleri) için sizi kuruma davet ediyor mu?

- a. Evet b. Hayır

**(55)Varsa 2. çocuk için**

- a. Evet  
b. Hayır

56. Çocuğunuzun sağlık izlemleri (boy-kilo-baş çevresi ölçümleri) için genelde nereyi kullanıyorsunuz?

- a. Aile hekimi  
b. Özel poliklinik/hastane  
c. Devlet hastanesi  
d. Üniversite hastanesi  
e. Diğer.....

**(56)Varsa 2. Çocuk için**

- a. Aile hekimi  
b. Özel poliklinik/hastane  
c. Devlet hastanesi  
d. Üniversite hastanesi  
e. Diğer.....

57. Aile hekimiminiz ya da aile sağlığı elemanınız aşlarını yaptırmamız gereken vakti haber veriyor mu?

- a. Evet b. Hayır

**(57)Varsa 2. çocuk için**

- a. Evet  
b. Hayır

58. Aşları düzenli yapıyor mu?

- a. Evet b. Hayır

58.1. Hayır ise nedeni.....

**(58)Varsa 2. çocuk için**

- a. Evet  
b. Hayır.....

59. Çocuğunuzun aşlarını genelde nerede yapıyorsunuz?

- a. Aile hekimi  
b. Özel poliklinik/hastane  
c. Devlet hastanesi  
d. Üniversite hastanesi  
e. Diğer.....

**(59)Varsa 2. Çocuk için**

- a. Aile hekimi  
b. Özel poliklinik/hastane  
c. Devlet hastanesi  
d. Üniversite hastanesi  
e. Diğer.....

60. Ař kartı var mı?

- a. Evet b. Hayır

**(60)Varsa 2. çocuk için**

- a. Evet  
b. Hayır

60 .1. Evet ise görebilir miyiz?

- a. Çocuğun doğum tarihi.....  
b. En son aşısı ve kayıt tarihi.....  
c. Aşı kartını göremedik

**60.1. Varsa 2. çocuk için**

- a. Çocuğun doğum tarihi.....  
b. En son aşısı ve kayıt tarihi.....  
c. Aşı kartını göremedik

-2. SINIFA GİDEN ÇOCUĞU OLANLAR İÇİN (YOK İSE 63. SORUDAN DEVAM EDİNİZ)-

61. Çocuğunuzun 1. Sınıftayken aşıları yapıldı mı?

- a. Evet      b. Hayır      c. Bilmiyorum

61.1. Aile Hekimimizin ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzun 1. Sınıf okul aşıları hakkında size bilgi verdi mi ya da aşısını yaptı mı?

- a. Evet.....      b. Hayır

62. İlkokul aşısı yapıldığına dair aşı kartı var mı?

a. Hayır

b. Evet →

- a. aşı kartını gördük  
b. aşı kartını göremedik

63. Son 2 yıl içinde yaşadığınız hanede herhangi bir ölüm oldu mu?

- a. Evet (lütfen yaşını belirtiniz.....)      b. Hayır

**TEŞEKKÜRLER**

**Ek 3. Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerinde Çalışan Aile Hekimlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Anketi.**

**AİLE HEKİMLİĞİNİN İKİNCİ YILINDA ANTALYA İLİ KEPEZ VE YAALTI İLÇELERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ**

Sayın Aile Hekimi; Ülkemizde 2010'da tüm illerde uygulamaya geçilen Aile Hekimliği Sistemi'nin halen yeni bir model olması dolayısıyla hem sağlık çalışanları ve kullanıcıları açısından hem de bazı sağlık sonuçları açısından değerlendirilmesi amacıyla Akdeniz Üniversitesi Halk sağlığı uzmanlık tez projesi kapsamında anket çalışması uygulanmaktadır. Aile hekimlerine uygulanacak bu anketle; hekimlerin iş yükü, memnuniyeti ve sistem hakkında düşündükleri ve bunların etkilendiği değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılımınız bu amaca katkıda bulunacaktır.

Doldurduğunuz bu anket formu herhangi bir şekilde isim bilgileriniz ya da çalıştığınız ASM'nin adı belirtilerek herhangi bir kurum/kişi ile paylaşılmayacaktır. Teşekkürler...

Konu ile ilgili merak ettiğiniz herhangi bir durum söz konusu olursa ulaşım bilgileri:

AÜTF. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. F. Yeşim Karakoç: 249 60 00'dan 34 86

Doç. Dr. İlker Belek: 249 69 40

**1. Yaşınız .....**

**2. Cinsiyetiniz**      **a. Erkek**      **b. Kadın**

**3. Meslekteki yılınız .....**

**4. Daha önce çalıştığınız yerler (birden fazla işaretlenebilir.)**

- a. Hastane acil .....**yıl
- b. Özel hastane plk./ Acil .....**yıl
- c. İşyeri /Kurum hekimliği .....**yıl
- d. Başka bir branşta uzman olarak .....**yıl
- e. Başka bir branşta asistan olarak .....**yıl
- f. Sağlık ocağı .....**yıl
- g. Hastane/sağlık müdürlüğünde yönetici olarak .....**yıl
- h. Diğer .....**yıl

**5. En son nerede çalıştınız? (tek seçenek)**

- a. Hastane acil .....yıl
- b. Özel hastane plk./ Acil .....yıl
- c. İşyeri /Kurum hekimliği.....yıl
- d. Başka bir branşta uzman olarak.....yıl
- e. Başka bir branşta asistan olarak.....yıl
- f. Sağlık ocağı.....yıl
- g. Hastane/sağlık müdürlüğünde yönetici olarak.....yıl
- h. Diğer .....yıl

**6. En son çalıştığınız**

**il.....ilçe.....köy.....**

**7. Aile hekimliğine isteyerek mi geçtiniz? (size en yakın gelen tek seçenek işaretleyiniz.)**

- a. Evet, aile hekimliği sistemini onaylıyorum, isteyerek geçtim
- b. Sistemi beğenmiyorum, sadece ücreti için tercih ettim
- c. Acil yada TSM'de çalışmaktan daha mantıklı geldiği için tercih ettim
- d. Diğer

**8.Sizce aile hekimliği sistemi bir tür özelleştirme mi?**

- a. Hayır
- b. Evet
- c. Kısmen

**9.Aile hekimliğinde sizi zorlayan yönler var mı?**

- a. Hayır
- b. Evet

**9.1. Evet ise sizi en çok etkileyen nedeni ve derecesini belirtiniz (birden fazla işaretlenebilir)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a. sözleşmeli çalışmak										
b. s.o. sistemindeki ekip anlayışının kalmaması										
c. tek yardımcı personel olması										
d. performans kesintileri										
e. hekimlik dışında işlerle uğraşmak zorunda kalmak										
f. hastaların artan beklentileri										
g. AHBS yazılım programında eksiklikler										
h. nüfus fazlalığı										
ı. diğ er (belirtiniz.....)										

**10. Aşağıdaki sorulara size en uygun gelen cevabı veriniz**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a. aile hekimi olmaktan duyduğunuz memnuniyet derecesi										
b. Sizce aile hekimliği sisteminin 1. Basamak sağlık hizmetleri için uygunluk derecesi										

**11. Aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılması hakkında düşünceleriniz (birden fazla işaretlenebilir)**

- a. ASM'lerin kalitesini artırdı
- b. ASM'ler/dolayısıyla hastalar açısından eşitsizlik yarattı
- c. Kararsızım
- d. Diğ er.....

**12 .Bu zamana dek kaç tane hastanız başka aile hekimine kayıt aldırdı?.....**

**13. Aynı aile sağlığı merkezinde çalıştığınız bir aile hekiminden, size kayıt aldırarak isteyen hastayı nedenine bakmadan kendinize kayıt alır mısınız?(yalnızca tek seçenek işaretleyiniz)**

- a. Evet alırım, bu hastanın kendi tercihi
- b. Evet alırım, sonuçta benim hasta sayım artacak
- c. Evet alırım, diğer hekimler de benim hastalarımın nedenlerini sorgulamıyor
- d. Saçma bir neden ise hastaya bunun hekim değiştirmek için geçerli bir neden olmadığını söyler, bir daha düşünmesini isterim
- e. Diğer.....

**14.Sizi tercih ederek kaydını size aldırarak isteyen hastalar için oturduğu bölgeyi dikkate alır mısınız?**

- a. Evet.....
- b. Hayır

**15.Koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince verebildiğinizi düşünüyor musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır

**15.1.Hayır ise sizce nedeni nedir, derecelendiriniz (birden fazla şık işaretlebilir)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>a. personel yetersiz</b>										
<b>b.tedavi edici hizmetlere ağırlık vermeye mecbur kaldığım için</b>										
<b>c. hasta uyumsuzluğu</b>										
<b>d. ev ziyaretine vakit kalmıyor</b>										
<b>e. diğer (açıklayınız.....)</b>										

**16. Aile sağlığı elemanınız ev ziyaretlerine çıkıyor mu?**

- a. Evet, gerektiği kadar çıkıyor
- b. Fırsat buldukça, ama yetersiz
- c. Hayır hiç çıkıyor.

**16.1. Hayır ise nedeni (birden fazla işaretlenebilir)**

- a. Böyle bir şeye gerek yok zaten
- b. Telefonla tüm izlemleri asm'ye davet ediyoruz,hepsi geliyor
- c. Telefonla tüm izlemleri asm'ye davet ediyoruz, gelmeyen yada ulaşamadıklarımıza eve ziyarete gidiyoruz
- d.Vakti olmuyor
- e. Diğer

**17. Çalıştığınız aile sağlığı elemanından memnun musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır

**17.1. Hayır ise nedeni.....**

**18. Lütfen size bağlı nüfusun bilgilerini doldurunuz**

Toplam nüfus	
Gebe sayısı	
Bebek sayısı	
Çocuk sayısı	
Günlük poliklinik sayısı	
Günlük poliklinik hizmeti içinde yaklaşık rpt. yüzdesi	

**19. Gebe tespiti /izlemleri konusunda yaşadığınız zorluklar?**

- a. Herhangi bir zorluk yaşamıyorum
- b. Bana kayıtlı bazı ailelerin adres bilgileri yanlış, ulaşamadığım 15-49'lar var
- c. ASM'yi kullanmayan hastalar var, kendileri ile temasa geçemedim
- d. ASM'yi kullanmayan bazı hastalar var, , kendileri ile temasa geçtiğimde gelmek istemediklerini söylüyorlar
- e. Haber vermeden taşınan hastalara ulaşım problemim oluyor
- f. Diğer.....



**20. Gebe izlemleri için performans kesintiniz oldu mu?**

a. Evet, toplam.....tl.

b. Hayır

20.1. evet ise nedeni.....

20.2. evet ise itiraz ettiniz mi .....  
sonuç.....

**21. Bağlı nüfusunuzda son bir yıl içinde hiç anne ölümü oldu mu?**

a. Evet            b. Hayır

21.1. Evet ise nedeni.....

**22. Bebek/çocuk izlemleri konusunda yaşadığınız zorluklar?**

a. Herhangi bir zorluk yaşamıyorum

b. Bana kayıtlı bazı ailelerin adres bilgileri yanlış, ulaşamadığım aileler var

c. ASM'ni kullanmayan hastalar var, kendileri ile temasa geçemedim

d. ASM'ini kullanmayan bazı hastalar var, , kendileri ile temasa geçtiğimde, gelmek istemediklerini söylüyorlar

e. Haber vermeden taşınan hastalara ulaşım problemim oluyor

f. Diğer.....

**23.Bebek /çocuk izleminden performans kesintiniz oldu mu?**

a. Evet, toplam.....TL.            b. Hayır

23.1. Evet ise itiraz ettiniz mi.....  
sonuç.....

**24. Size bağlı nüfusta son bir yıl içinde kaç bebek ölümü oldu?.....tane bebek ölümü oldu.**

**25. Size bağlı nüfusta son bir yıl içinde kaç çocuk ölümü oldu?.....**

**26. Ölüm bilgilerinin hepsinin size ulaştığını düşünüyor musunuz? açıklama ekleyebilirsiniz**

a. Evet.....

b. Hayır.....

c. Kararsızım.....

**27. Doğumların hepsinden haberdar olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

- a. Evet.....
- b. Hayır.....
- c. Kararsızım.....

**28. Aşıdan performans kesintiniz oldu mu?**

- a. Evet, toplam.....TL.
- b. Hayır

**28.1. Evet ise itiraz ettiniz mi.....  
sonuç.....**

**29. Size bağlı nüfus içinde okul aşısı yapılanların bilgileri eksiksiz bir şekilde size ulaşıyor mu?**

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bilmiyorum

**30. Aile hekimliği yönetmeliğe göre “başka bir kurumda tespiti ya da izlemi yapılan gebe-bebek-çocuk izlem yada tespitlerinin 5 gün içinde bağlı olduğu aile hekimine bildirilmesi” kuralının en azından kendi nüfusunuz için uygulandığını düşünüyor musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Diğer.....

**31. Aile hekimliği sisteminin geleceği hakkında ne düşünüyorsunuz(birden fazla seçenek işaretlenebilir**

- a. Sistem devam edecek
- b. Sistemin sürekliliği konusunda kararsızım
- c. Uzun süre devam edebileceğini düşünmüyorum
- d. Yeni aile hekimliği birimleri açıldıkça ücretler azalacak
- e. Diğer.....

**32. Bir aile hekimi olarak sistem ya da uygulamalar hakkında belirtmek istediğiniz başka bir şey?.....**

**Teşekkürler**

**Ek 4.** Hekimlerin Sistem / Uygulamalar Hakkında Belirtmek İstedikleri Diğer Düşünceler.

Hekimlikle ilgili şu anki durumu yansıtan ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Aile hekimleri sessiz kalmamalı	2
Geçmiş olsun	1
Gelecek belirsiz	6
Mecburiyetten yapıyoruz	2
Sağlık ocağımı geri istiyorum	1
Sözleşmeli olduğum için fazla yazmak istemiyorum	2
Mesleki doyum azaldı	1
Gidebildiği yere kadar gider	1
<b>TOPLAM</b>	<b>16</b>

Performans ve sözleşmeye yönelik ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
O kadar para veriyoruz, yapacaksınız, muamelesi var	1
Aile hekimine dayatmalar söz konusu	1
Aile hekimi her işi yapar algısı düzeltilmeli	1
Sözleşmeliyiz diye görev yaratılıyor	1
Her açık aile hekimine kapattırılmaya çalışılıyor	2
Her kurum aile hekiminin amiri gibi	1
Kurumlar aile hekimlerini istatistikçi olarak kullanıyor	1
Sadece aile hekimine yüklenerek sözleşme yapılmamalı	1
Sistem aile hekimlerini daha fazla desteklemeli	1
Hekim olarak yaptırımımız yok	1
Tayin bile olamıyorsunuz	1
Atama -nakil sıkıntılı	1
Aile hekimi ek yerleştirmesinde asker-doğum sonrası önceliği haksız	1
Başarı ödüllendirilmeli	2
4 bin hasta üstüne para yok, ancak cezası var	1
Ceza sistemi kaldırılmalı ya da mantıklı olmalı	2
Her şey ceza üzerine	2
<b>TOPLAM</b>	<b>21</b>

İdari ve politik yönle ilgili ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Sürekli yönetmelik, görev değişiyor	2
Yasalara ters düşen yönetmelik	1
Kanundaki muğlak ifadeler kaldırılmalı	1
Bürokratlar sistem yürümesin diye elinden geleni yapıyor	2
Sağlığın siyasete malzeme olması kötü	1
Popülist politikalar	2
Sistem yok, siyasi-politik uyarılma var	1
Aile hekimliği hükümet politikalarının uzantısıdır	1
Böyle giderse sistem yürümez	1
Yapılanlar halk sağlığına ihanet	1
Avrupa formata Asya kafası	1
İdari teşkilatın yanlış yönelim/uygulamaları	1
Sistem daha adil olmalı	1
Evrak işleri belirsiz	1
Finansman sorunu giderilmeli/etikleşmeli	1
Kapitalist sistemin getirdiği sağlık sistemi	1
Özelleştirme ile bütünleştirilmiş bir aile hekimliği uygulaması	1
Ticari muayenehane olduk	2
Sistem aile hekimlerinin ilgili bilgiye ulaşmasını sağlamalı	1
Birinci görev koruyucu sağlık hizmeti olmalı	2
Sevk formuna cevap olmalı	1
Sevk olmalı	1
Sevk sistemi olmadan performans usulsüz	1
Sınırları net olmayan bir sistem	1
Sistem entegre değil	2
Toplum Sağlığı Merkezleri yetersiz	1
Toplum Sağlığı Merkezleri her işi bize yıkmaktan vazgeçmeli	1
Koşullar daha elverişli olursa daha başarılı olur	1
Bazı konularda hekim kendi kararını verebilmeli	1
Aile hekiminin ücretsiz olması kötü	1
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>

Aile sağlığı Merkezleri'nin işleyişi, yardımcı personelle ilgili ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Ekip anlayışı yok	3
Aile sağlığı Merkez'inde çıkar çatışmaları olmamalı	1
Sistemin tümü için standart uygulama olmalı	1
Hizmet kalitesi standardize edilmeli	1
Aile Sağlığı Merkezleri'nin yerleşim-yeterlilikleri sınırlı	1
Aile Sağlığı Merkezleri standart olmalı	3
Bakanlık istediği kriterlere göre bina yapmalı	1
Ek personel çalıştırmak maliyetli	1
İstihdam lojistik destek vb. yok	1
Basit laboratuvar işlemleri için ve acil personeli olsa kalite artar	1
Personel desteği sağlanmalı	2
Yardımcı personel verilirse aile sağlığı elemanı, koruyucu sağlık hizmetlerine vakit ayırabilir	1
Aile sağlığı elemanlarının izninde aile hekiminin onayı da olmalı	1
Aile sağlığı elemanlarının aile hekiminin onayı da olmalı	1
<b>TOPLAM</b>	<b>19</b>

Hastalar hakkındaki ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Halk sistem hakkında bilgilendirilmeli	1
Hastaların anlamsız istekleri önlenmeli	1
Hasta memnuniyetine yönelik sağlık hizmeti	4
Hasta Şikayet/tacizi arttı	5
Hastaya da sorumluk/yaptırım olmalı (aşı-izlem-bilgi güncelleme-yanlı Őikayete ceza)	11
Sosyokültürel düzey artmadıka sistem oturmaz	1
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>

Kayıtlı nüfusla ilgili ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Hiçbir aile hekimine kaydı olmayanlar var	1
Ulaşamadığımız hastalar var	1
Bilgimiz dahilinde olmayanların izlemi yapılmıyor	1
Sağlık hizmetine ulaşımında eşitsizlik yarattı	1
İl dışında ikameti olan, göç eden hastalar bizden alınmalı	2
Göçler bizim dışımızda da kontrol edilmeli	1
Başta hasta adres, telefon bilgileri doğru olsa daha kolay olurdu	1
Performansın nüfus dinamiklerine bağlı kısmı bizden bağımsız	1
Hizmete değil, nüfusa göre ücret, olmamalı	1
<b>TOPLAM</b>	<b>10</b>

İş yükü ile ilgili ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Aile hekimleri, kendi nüfusu dışında iş yapmasın	1
İş yükü çok	15
Nüfus azaltılmalı	10
Poliklinik sayısı çok	2
1TL muayene ücreti alınsa poliklinik sayısı yarıya iner	1
Vakit sıkıntısı var	1
Sosyal yaşama vakit pek kalmadı	1
Aşırı mail emri var	1
Misafir hastanın fazla oluşu yük, başka birim ya da ek ücret olmalı	3
<b>TOPLAM</b>	<b>35</b>

Sistemi olumlu bulan ifadeler

<b>İfade</b>	<b>n</b>
Aile hekimliği kişiye özgü hizmet olarak iyi	1
İyi bir sistem	2
Zamanla daha iyi olacak	1
Sağlık ocağından çok farklı bir disiplin değil	2
<b>TOPLAM</b>	<b>6</b>