

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YONETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA KİŞİLERİN  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE  
BEKLENTİLERİNİN TESPİT EDİLMESİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Sevinur AVCI**

İSTANBUL, 2010

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA KİŞİLERİN  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE  
BEKLENTİLERİNİN TESPİT EDİLMESİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:  
**Sevinur AVCI**  
Öğrenci No:  
080746080

Danışman:  
Doç. Dr. Hakan KİTAPÇI

İSTANBUL, 2010

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak “Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi Ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.19/07/2010

Aday: Sevinur AVCI

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

19.07.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **080746080** numaralı *Sevinur AVCI'nın* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA KİŞİLERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BEKLENTİLERİNİN TESPİT EDİLMESİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 12.07.2010 tarih ve 2010/18 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (15) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN  
YRD. DOÇ.DR. HAKAN KİTAPÇI



ÜYE  
DOÇ.DR. HALİM KAZAN



ÜYE  
DOÇ.DR. GÖKHAN ÖZER



# AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA KİŞİLERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE BEKLENTİLERİNİN TESPİT EDİLMESİ

**Tezi Hazırlayan: Sevinur AVCI**

## **Özet**

Son yıllarda her sektörde olduğu gibi sağlık sektörü de bir değişim içindedir. Aile hekimliği uygulaması da bu değişimlerden biridir. 2005 yılı içerisinde uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye'nin sistemli ve koordineli bir şekilde sisteme geçmesi planlanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle de aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye'de yürürlükte olması hedeflenmiştir. "09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan " Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun" ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde, 2007 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamına alınan Yalova'da tüm geçiş aşamaları tamamlanarak, 15 Ekim 2008 tarihi itibarı ile Aile Hekimliği uygulamasına başlanmıştır. Bu araştırma ile Yalova'da yaşayan vatandaşların sağlıkta dönüşüm ve reform sürecini nasıl yaşadığını, Aile hekimliği kavramını nasıl algıladığını ve aslında nasıl bir hizmet beklediğini ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. Amaç doğrultusunda hazırlanan anket 01-10/03/2010 tarihleri arasında aile hekimliği uygulamasından faydalanan seçilmiş 165 kişiye uygulanmıştır. Uygulamadan geçen bir yıldan fazla süre içerisinde halkın aile hekimliği uygulamaları hakkındaki değerlendirmeleri ve kendileri açısından taşıdığı önem araştırılarak ortaya konmuştur. Araştırma sonucunda; Yalova ilinde aile hekimliği uygulamasının halkın uygulamaya verdiği önem düzeyinde karşılanmadığı ve bu görüşün bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel açıdan farklılaşmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, Aile hekimi

# **EVALUATION OF PEOPLE’S KNOWLEDGE LEVEL ABOUT THE APPLICATION OF FAMILY PHYSİCIAN AND DETERMINATION OF THEIR EXPECTATIONS**

**Submitted by : Sevinur AVCI**

## **Abstract**

In recent years, the health sector is in a change as every industry. Family physician application is also one of these changes. Family physician application has started in 2005 and it has been planned to be put into system in coordination. By the end of 2010, the family physician practice to be in force in all the regions of Turkey has been targeted. Within the framework of “The law of Pilot Application of Family Physician” and “Health Transformation Program” published on the official journal dated 09.12.2004 and number 25665, all stages of transtion have been completed in Yalova which has already been incorporated in Pilot Application of Family Physician and by 15 October 2008, Family Physician application has started. This research aimed to expose how the residents of Yalova experience the transformation and reform period in health, comprehend the term of Family Physician and expect what kind of service. The questionnaire prepared for this purpose has been applied to selection of 165 person who benefited from family physician application between 01-10 /03/2010. In more than one year of application, Public’s assesment regarding the family physician application and it’s importance for them have been investigated and surveyed. As a result of this research, it has been observed that family physician application in Yalova has not been given enough importance by the public and this opinion does not differ statistically according to the demographic features of individuals.

**Key words :** Family physician, family doctor

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

Özet.....	iii
Abstract.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR .....	ix
GİRİŞ .....	1
<b>1. AİLE HEKİMLİĞİ.....</b>	<b>3</b>
1.1. Aile Hekimliği Kavramı .....	3
1.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri .....	7
1.3. Dünyada Farklı Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler .....	12
1.3.1 Hollanda .....	12
1.3.2 Danimarka .....	13
1.3.3 İngiltere .....	14
1.3.4 Almanya .....	15
1.3.5 Polonya.....	16
1.3.6 Çek Cumhuriyeti .....	17
1.3.7 Bulgaristan .....	18
1.3.8 Küba .....	19
1.3.9 Finlandiya.....	20
1.4. Türkiye’de Aile Hekimliği .....	21
1.4.1 Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri.....	22
1.4.2 Aile Hekimliğimde Amaç ve Hedefler .....	23
1.4.3 Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları.....	25
<b>2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI .....</b>	<b>28</b>
2.1. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu .....	29
2.2. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü .....	31
2.3. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması.....	32
2.4. Çalışma Saatleri ve İzinler .....	33
2.5. Aile Hekiminin Rutin Takip ve Muayeneleri.....	34
2.6. Etkili Sevk Sistemi ve Geri Bildirim.....	34

2.7.	Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmet.....	36
2.8.	Aile Sağlığı Merkezleri ve Grup Çalışmaları.....	38
2.9.	Tetkik ve Tahlil İşlemleri.....	38
2.10.	Acil Sağlık Hizmetleri.....	39
2.11.	Kayıt Sistemi.....	39
2.12.	Aile Dış Hekimliği.....	41
2.13.	Aile Sağlığı Birimi / Merkezi Standartları.....	41
2.13.1	Yerleşim.....	42
2.13.2	Fiziksel Mekan.....	42
2.13.3	Asgari Tıbbi Donanım.....	43
2.13.4	Personel.....	44
2.14.	Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi.....	44
2.15.	Kontrollü Yerel Uygulamalar ve Kademeli Geçiş.....	45
2.16.	İşyeri ve Kurum Hekimlikleri.....	47
2.17.	Türkiye’deki Aile Hekimliği Uygulamalarının Sonuçları.....	47
<b>3.</b>	<b>AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK BİR UYGULAMA ..</b>	<b>53</b>
3.1.	Araştırmanın Amacı.....	53
3.2.	Araştırmanın Modeli.....	53
3.3.	Evren ve Örneklem.....	53
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	54
3.5.	Verilerin Toplanması.....	55
3.6.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	55
3.6.1	Ölçeklerin Güvenilirliği.....	56
3.7.	Araştırmanın Bulguları.....	56
3.7.1	Örneklem Grubuna İlişkin Demografik Özellikler.....	56
3.7.2	Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Uygulama Öneminin Değerlendirmesi.....	59
<b>4.</b>	<b>SONUÇ.....</b>	<b>71</b>
	<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>74</b>
	<b>EKLER.....</b>	<b>78</b>
	Ek-1 Anket Formu.....	78



## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 1. Aile, Aile Hekimi ve Aile Hekimliğinin Tanımı .....	4
Tablo 2. Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları .....	56
Tablo 3. Örneklem Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	56
Tablo 4. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı .....	57
Tablo 5. Örneklem Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	58
Tablo 6. Örneklem Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	59
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi .....	60
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Öneminin Değerlendirmesi .....	61
Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve öneminin karşılaştırılması .....	62
Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve öneminin soru bazında karşılaştırılması .....	63
Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Yaşa Göre Dağılımı .....	67
Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	68
Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	69
Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı .....	69

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No.

Şekil 1. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı .....	36
Şekil 2. Örneklem Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	57
Şekil 3. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı .....	58
Şekil 4. Örneklem Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	58
Şekil 5. Örneklem Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı .....	59
Şekil 6. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi Ve Öneminin Soru Bazında Karşılaştırılması .....	67

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>AH</b>	: Aile Hekimliği
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>DBT</b>	: Difteri Boğmaca Tetanoz Aşısı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	: Elektokardiyografi
<b>HİB</b>	: Hemofilus İnfluenza tip b (Menenjit aşısı)
<b>İPV</b>	: İnaktive (ölü) çocuk felci aşısı
<b>KKK</b>	: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak aşısı
<b>MERNİS</b>	: Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
<b>b.t.</b>	: Belirtilmemiş tarih
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>USSF</b>	: Ulusal Sağlık Sigorta Fonu
<b>vb.</b>	: Ve benzeri
<b>vd.</b>	: Ve diğerleri
<b>WONCA</b>	: Wold Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

## GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sisteminin sağlıklı işlememesi, sürekli aksayan ve sorunlu yönlerinin bulunması, sistem hakkında çalışmalar yapılmasını zorunlu kılmıştır. Ancak iyileştirme yönünde yapılan tüm çabalar istenen düzeyde iyileştirme sağlamamıştır.

Sağlık sistemine işlerlik kazandırmak ve toplumun her kesimine eşit, adaletli sağlık hizmetleri ulaştırmak yönünde yapılan kapsamlı son çalışma ise sağlıkta dönüşüm projesidir. Bu proje kapsamında ülkenin sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması doğrultusunda aile hekimliğine geçiş süreci başlamıştır. İlk uygulama 2004 yılında Düzce ilinde pilot uygulama ile başlamıştır. Uygulamadan alınan sonuçlar doğrultusunda tüm Türkiye’ye sistemin yerleştirilmesi hedeflenmiştir. 2010 yılında tüm Türkiye’nin aile hekimliği uygulamalarına geçmesi planlanmıştır.

Aile hekimliği uygulamaları hem hizmet verenler hem de hizmet alanlar açısından Türkiye’nin daha önce tanımadığı bir sistemdir. Aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı illerde uygulama ile ilgili halkın bakış açısı, beklentilerinin karşılanıp karşılanamama durumunun belirlenerek sistemin eksik ve aksayan yönlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda iyileştirici çalışmaların yapılması sisteme işlerlik kazandıracaktır.

Bu araştırma; Yalova’daki aile hekimliği uygulamalarının bireylerin bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bu uygulamaların bireyler açısından önem düzeyinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Amaç doğrultusunda giriş ve sonuç bölümleri dışında çalışma üç ana bölümde ele alınmıştır.

İlk bölümde aile hekimliğinin tanımı yapılmış, özellikleri açıklanmıştır. Ardından dünya ülkelerinde aile hekimliği uygulamalarından örnekler verilerek, Türkiye’deki aile hekimliği geçme nedenleri, aile hekimliği uygulamasının hedefleri ve aile hekimlerine düşen görev ve sorumluluklar açıklanmıştır.

Araştırmanın takip eden bölümünde; Türkiye aile hekimliği uygulaması kapsamlı bir şekilde açıklanarak, Türkiye'deki aile hekimliği uygulamalarından elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Araştırmanın uygulama bölümünde ise; Yalova ilinde yapılan anket çalışmasına dair bilgiler ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmadan çıkan sonuçlar ve bu doğrultuda getirilen öneriler ile araştırma tamamlanmıştır.

# 1. AİLE HEKİMLİĞİ

## 1.1. Aile Hekimliği Kavramı

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliğinin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. Aile hekimliğine (AH) olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’in kurulması olmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’ın 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (Dikici ve diğerleri, 2007, s.412; Paycı ve Ünlüoğlu, 2004, s.23).

Bu gelişmelerle idari kabul aşamasını tamamlayan AH uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı yapılmıştır. Burada birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak AH’nin tanımı yapılmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004, s.23).

Gerek kurum ve kuruluşlarca gerekse akademisyenlerce aile hekimliğinin birbirine benzeyen ancak farklı birçok tanımı bulunmaktadır. Aşağıda bu tanımlara yer verilmektedir.

Tüm dünyada tanımlandığı şekliyle Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın

öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlamaktadır (<http://www.ailehekimligidergisi.org/>).

**Tablo 1. Aile, Aile Hekimi ve Aile Hekimliğinin Tanımı**

<b>Aile</b>	Aile, aralarında halen süren hukuki, genetik ve duygusal bağ olan bireylerin oluşturduğu insanlar gurubudur. Ailenin toplumsal rolü özellikle çocuk ve yaşlı bireylerin korunması ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.
<b>Aile Hekimi</b>	Aile Hekimleri, Aile Hekimliği ihtisasının esaslarına uygun nitelikte hizmet sunan uzman tıp doktorlarıdır. Aile hekimi aldığı eğitim ve tecrübesi sayesinde belli tıp ve cerrahi dallarını kapsayan geniş bir yelpazede hizmet vermeye yetkindir. Aile Hekimliği eğitimi bu dalda uzmanlaşan hekimlere cinsiyet, yaş veya başvuruya sebebiyet veren biyolojik sorun, davranış bozukluğu veya sosyal sorundan bağımsız olarak bakımını üstlendiği aile fertlerinin tümüne, koruyucu sağlık hizmetleri dâhil, sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti vermesine olanak sağlar. Bu süreçte Aile Hekimi hastanın veya ailenin sağlıkla ilgili bütün meselelerinde gerekli konsültasyon ve sosyal hizmetlerde dahil olmak üzere, her türlü danışmanlığı da üstlenir.
<b>Aile Hekimliği</b>	Aile Hekimliği, birey ve ailelere süregelen ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir uzmanlık dalıdır. Bir uzmanlık dalı olarak biyolojik klinik ve davranış biliminin birçok unsurunu bünyesinde barındırır. Aile Hekimliğinin boyutları bütün yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, bütün organ sistemlerini ve bilinen her hastalığı kapsar. Bu anlamda Aile Hekimliği genel tababetin çağdaş ve aile çevresine odaklanmış modern bir yorumdur.

Kaynak: Kerimi E. Gökay, (2004). Aile Hekimliğinde Genetik Moleküller Tanı Uygulamaları, s.3.

Dünya Sağlık Örgütü “Aile Hekimini” şöyle tanımlamıştır: “Kendisine bağlı olan topluma, yas, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az 2 yıl eğitim görmüş tıp doktorudur.” (<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/nedir.html>)

Amerikan Aile Hekimliği Akademisinin (AAFP) 1993 yılında yayımlandığı “Aile hekimliği hakkındaki gerçekler” başlıklı yayında aile, aile hekimi ve aile hekimliği tablo 1’de tanımlanmıştır. Aile hekimliğinin en önemli esasının hizmette devamlılık ilkesi olduğu vurgulanmıştır. Burada kastedilen bireyi ve tercihen ailesinin tamamını, aynı kişi, kurum ve kuruluştan hizmet almaya devam ettiği sürece karşılaşılan tüm hastalık süreçlerinde ve sağlam kişi muayenelerinde tek bir aile hekiminin en azından belli rutin aralıklarla görmesidir. Böylesine devam eden hasta-doktor ilişkisinin doğal olarak karşılıklı güven ve saygıya dayalı güçlü bir sosyal ilişki yaratacağı bilinmektedir. Dahası, bu şekilde tesis olunan karşılıklı güven Aile Hekimliğinde sıkça kullanılan güçlü bir terapötik unsurdur (Gökay, 2004, s.2).

Sağlık Bakanlığı aile hekiminin tanımını “... Bakanlıkça belirlenmiş asgari standartlara uygun bir mekânı asli görev yeri olarak kullanan, bölge sağlık idaresi ile sözleşmeli olarak kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden sorumlu hekimdir” olarak yapmakta ve bu tanıyı zaman zaman değiştirse bile temel felsefesinden geri adım atmamaktadır (Algın, Şahin ve Top, 2004, s.253).

Aile hekimi, bütün hastalarını bilen, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanan bireysel doktordur (Dağdeviren, 2007, s.7).

Aile hekimi, kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte/refere eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimdir.

Aile hekimi, kişilerin sağlıklarının sürdürülmesi ve hastalıklarının tedavisi için kendilerinin seçtikleri bir hekimdir. Aile hekimi anne karnındaki bebekten, en



yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığından, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumludur. Aile hekimi ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda sürdürülmesi esastır. Aile hekimi, kişinin sağlığının emanet edildiği, bireylere ayırimsız hizmet sunan, sağlıklı bir toplum hedefine hizmet eden, düzenli sağlık kontrolü, bağışıklama, aile planlaması, kronik hastalığa yönelik hizmetleri sunan ve her türlü sağlık sorununa çözüm bulmayı amaçlayan ve yol gösteren bir hekimdir (Korukluoğlu, 2005, s.18).

Tıp bilimi bazı dönemlerde bilimsel ve teknolojik, bazı dönemlerde ise sosyal etkilere cevap olarak gelişmiştir. Tedavi edici hekimliğin gelişme aşamalarına bakıldığında; halk hekimliğinin ardından, klinik bilimlerde bilimsel yöntemin kullanılması ile bilimsel hekimliğin doğuşu, teknolojik gelişmelerle ise yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıktığı görülmektedir (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004, s.23).

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Bir uzman olarak aile hekimi, birinci basamak iyileştirici hizmetleri sunmak üzere eğitilmiş hekimdir. Farklı ülkelerde bu uzmanlık dalına “genel pratisyenlik”, “uzman pratisyenlik” de denilmektedir. Çeşitli ülkelerde 2–5 yıl süren eğitimden sonra (Türkiye’de 3 yıl) belge alan bu uzmanlar, hizmet modeli ne olursa olsun evde ve ayaktan iyileştirici sağlık hizmeti veren kuruluşlarda görev alırlar. Bu kuruluşlar “sağlık ocağı” gibi kamu hizmeti veren kuruluşlar olabileceği gibi, aynı tür hizmetleri veren özel kuruluşlar da olabilir. Türkiye’de de aile hekimliği uzmanlığı vardır. Bu kişiler, eğitim hastanelerinde eğitilirler ve pediatri, iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri, acil tedavi gibi temel klinik dallarda rotasyonlar yaparak eğitim görürler. Yani, aile hekimliği uzmanlığı bir klinik tıp dalıdır ve genellikle tedavi edici sağlık hizmeti vermek üzere eğitilmişlerdir. Aile hekimlerinin eğitimlerinde birinci basamak rotasyonunun olmayışı en sık yapılan eleştiridir (Öztek, 2006, s.2).

Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinden sonra, hizmet sunum organizasyonunun akılcı ve etkili bir biçimde düzenlenmesinin ilk ve öncelikli adımı; kişilere yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütüleceği 'aile hekimliği

uygulamasının kurulmasıdır. Aile hekimliği, hastalara hekimlerini seçme fırsatı tanınması ve hekimle hasta arasında uzun süreli ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması nedeniyle hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran, dolayısıyla kişilerin tedavi hizmetinden hakkaniyete uygun bir biçimde yararlanmasını sağlayan bir disiplin olarak dünya çapında yaygınlık kazanmıştır.

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin etkili ve hakkaniyete uygun organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedefleyen ve Sağlık Bakanlığı'nca 2003'ün başından beri uygulanmakta olan 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biridir; sağlık uygulamalarının değişim ve yeniden yapılanma gündeminin ilk sıralarında yer almaktadır (Saran, 2006, s.11).

Aile Hekimliğinin amaçları şunlardır (Aydoğan, 2005, s.4–5):

- Erken tanı ve tedaviyi sağlamak.
- Hastalık ve sağlık konularına sadece fiziksel etmenleri değil sosyal ve ruhsal etmenleri de göz önüne alarak yaklaşmak.
- Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak.
- Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, böyle hastalıkları olan kişileri izlemek.
- Hastalarla uzun süreli ilişkileri kurarak onları izlemek.
- Birinci basamakta verilmesi gereken hizmetleri topluma sunmak.
- Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumların gelişmelerine katkı yapmak.

## **1.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri**

Aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel özellikler vardır. Bu özelliklerin bazıları aşağıda verilmiştir (Ünalın, 2004, s.13-14);

**Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur;** hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir olanak sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

**Kolay ulaşılabilir:** Yalnızca coğrafı anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar.

**Entegre ve koordine:** Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin ozemediği sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemi yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir, aile hekimi ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynar.

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

**Bütüncül:** Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir.

**Kişisel:** Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir.

**Aile ve toplumsal yönelimli:** Sorunlar sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdır.

**Gizlilik ve yakınlık:** Aile hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle aile hekimi için temel etik sorumluluk ve haklardan biri olan, kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması can alıcı önemdedir.

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

**Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı:** Bireylere sunulan bakımı koordine eder, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışır, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yönetir ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk üstlenerek bunu sağlar. İlk başvuru yapılan hekim olarak, aile hekimi büyük kaynakları kontrol eder. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar. Bütün dünyada olduğu gibi ölkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır.

**Özgün bir görüşme ve klinik karar verme süreci vardır.** Çünkü; etkili bir iletişimle zaman içinde doktor ve hasta arasında gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Sıklıkla henüz ayrımlaşmamış şekildeki rahatsızlıklarla ilgilidir. Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

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

Bir hekim bu niteliklerde hizmet sunuyorsa, basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir (Ünalın, 2004, s.13-14).

2002 yılında WONCA- AVRUPA bölgesi Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir. Bunlar (Ungan ve Ceyhun, 2007):

**1. Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yetenekleri kapsar:**

- Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme,
- Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme,
- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
- Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğunu yapma.

**2. Kişi merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:**

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve (hasta ile) işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süregelen ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi.

**3. Özgün problem çöze becerileri aşağıdaki yetenekleri kapsar:**

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliği tolere etme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkeleri benimseme,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrışmamış durumları yönetme, tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

#### **4. Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki yetenekleri kapsar:**

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, hastalık belirtilerinin hafifletilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.

#### **5. Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeteneği kapsar:**

- Var olan kaynakları dengeli bir biçimde kullanarak hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama.

#### **6. Bütüncül yaklaşım - modelleme aşağıdaki yeteneği kapsar:**

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modelini uygulama

Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifletme sağlayarak yerine getirirler. Bu sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli

bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (Evans, 2002, s.11).

### **1.3. Dünyada Farklı Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler**

Aile hekimliği, tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir sağlık hizmet sunum modelidir. Başta AB ülkeleri olmak üzere, dünyanın farklı coğrafyalarında yer alan ülkeler, aile hekimliği uygulamasına büyük önem vermektedirler. 1978 Alma-Ata Konferansı'nın sonucunda tüm ülkelere temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak, karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetler yerine, rahat ulaşılabilir, daha ucuz ve gerçekçi olan verimli bir sisteme doğru ilerlemeleri önerilmiştir. Ancak Alma-Ata Konferansı, temel sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamını bir arada değerlendirdiğinden maksadı tam olarak anlayamamıştır. 2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konulduğu görülmektedir. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri kapsamında, birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetlerine öncelik getirilmektedir. Temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini önemli oranda kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri ana görevi üstlenmektedir (Korukluoğlu, 2005, s.14).

Dünyada farklı aile hekimliği uygulamalarından örnekler aşağıda verilmektedir.

#### **1.3.1 Hollanda**

Nüfusu Türkiye'nin 23' te biri olan Hollanda' da 8500 aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin sorumlulukları bulunur ve hastalar sadece bir aile doktoruna kayıtlıdır. Kural olarak aile hekimliği ofisleri otomobille 10–15 dakika içerisinde erişilebilir olmalıdır ki nüfus yoğunluğunun Türkiye' den 22 kat daha fazla olan Hollanda' da bu durum daha kolay olmaktadır (km başına 385' e 85 kişi düşmektedir). Her bir AH, ortalama 2300 hastadan sorumludur. Hastalarının %73' ü her yıl muayeneye başvurur. Uzman ve hastanelerin sağladığı tedavi edici hizmetler

en çok sağlık harcamasına neden olsa da AH'leri kendisine başvuran sağlık sorunlarının %95' ini çözer. Uzmanlara sevk oranı %3 ve diğer birinci basamak çalışanlarına sevk oranı %2'dir (örn. fizyoterapistlere). AH' lerinin uzmanlara oranı geçmiş yıllar boyunca sabit kalmıştır ve 0,8 AH' ne 1 uzman düşmektedir (Wayenburg, Weel and Yaman, 2007, s.23).

Acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hastalar dal uzmanı olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadırlar. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300 ve hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdürler (Kılıç, 2006, s.62-63).

### **1.3.2 Danimarka**

Danimarka'da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta mevcuttur. Toplumun %97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile hekimi seçmek zorundadır. Aile hekimine veya aile hekiminin sevk ettiği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile hekimine veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile hekimlerinden sevk zorunlulukları yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Doktor temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır.

Danimarka'da her aile hekimi ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılanması ve gerektiğinde uygun ilâçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütölmektedir.



Danimarka’da Şu anda 3.300 aile hekimi vardır. Bir aile hekimi her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluŐmaktadır. Hastaların öncelikle kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi tercih edilmektedir. Ancak anlaşmazlık olması halinde hasta uzaktaki bir doktoru da aile hekimi olarak tercih edebilmektedir. Genellikle doktorların 2.066’dan fazla hasta kaydetmemesi öngörölse de, doktor sayısının yoğun olmadığı yani alternatif sıkıntısı çekilen yerlerde bu sınır aŐılmaktadır. Birinci tip sigortalı sayısının aile doktoru başına 1.306’yı geçmesi durumunda o bölgede yeni bir aile doktorunun çalışmasına izin verilmektedir. Tamamen sigorta sisteminin dışında kalan doktorlar da çalışmaktadır. Ancak bu doktorlardan hizmet alan hastaların bütün ücreti ödemeleri gerekir.

Aile doktoru ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.21–22).

### **1.3.3 İngiltere**

İngiltere’de Aile Hekimliği sisteminin temelleri oldukça eskiye dayanmakta olup, aile hekimliği uygulamalarının en fazla oturduğu ülkelerden biridir. Ulusal Aile Hekimliği Kurumu’nun kurulması Aralık 1844 yılına dayanmaktadır (National Association of General Practitioners). 1948’de Ulusal Sağlık Servisi (National Health Servis) oluşturulmuş ve Aile Hekimliği (General Practice-GP) bütün herkesin sağlık bakımına ulaşması ve hastane servisinden yararlanması için giriş kapısı haline gelmiştir. 1952’de Royal College of General Practitioners kurulmuş, bu olay Aile Hekimliği’ nin tarihsel gelişim sürecinde önemli kilometre taşlarından biri olmuştur (Bayam, 2007).

Sağlık hizmetinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar.

Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü hem hastanın hem de devletin gözünde aynıdır. Bu durum mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır.

Aile hekimlerine temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de yapılmaktadır. Hastanede çalışan doktorlara maaş verilmektedir.

İngiltere’de ayrıca kendi bütçesi olan aile hekimleri de vardır. Bu şekilde çalışmak isteğe bağlıdır. Bu aile hekimleri finans yöneticisiyle birlikte çalışırlar ama kendileri de işe dahildir. Yönetimle uğraşmak için haftada bir gün serbest olmalarına izin verilmektedir. Maaşlarında ayrıca bir artış olmamakta. Yılın sonunda eğer bütçelerinden tasarruf edebilirlerse, bu parayı ofislerinde sağlık hizmetini daha iyi sunmaları için harcama yetkisi kazanmaktadırlar. Bütçe yöneten aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilerin 1. ve bazı 2. basamak sağlık hizmetlerini kamu veya özel hizmet sunucularından rekabet ortamı içinde satın alarak yönetme hakkına sahiptirler (Paycı ve Ünlüoğlu, b.t.).

#### **1.3.4 Almanya**

Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin 4 yaşına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır (Korukluoğlu, 2005, s.15).

Almanya’da, sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan “Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi” hakimdir. Hemen her meslek dalının sigortası ayrı olup, bu sistem prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler. Nüfusun %90’ını kapsar. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta altındadır, ya da kamu

sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler. Geriye kalanlar sosyal yardım programından yararlanabilirler.

Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerini, öncelikle AH uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı mevcuttur. Eğitimin sonunda zorunlu bitirme sınavı vardır. 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışacak hekimler için AH uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

Almanya’da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimi kural olarak, acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile ortaklaşa üstlenir (Göktaş, b.t., s.5-6).

Alman sağlık sistemi çalışan ve işveren tarafından finanse edilen sosyal sigorta tarafından taşınır. Nüfusun %90’a yakını kanuni sağlık sigortası (KSS) güvencesi altındadır. Ödenen primler kişilerin gelirine göre belirlenmektedir. Aile üyeleri belirli koşullar altında prim ödemeksizin sigortalıdırlar. Sigorta ödenen prime bağlı olmaksızın, gerekli, yeterli, amacına uygun ve ekonomik sağlık hizmetini karşılar. Ek ödemeler ile kanun koyucular sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını engellemiş bulunmaktadır. Toplumun % 9’u özel sigortalıdır. Özel sigortalar hizmet çerçevesine, sağlık düzeyi, cinsiyet ve sigortaya bağlanma yaşına göre prim alır. Alman vatandaşlarının %80’i aldıkları sağlık hizmetlerini iyi ile mükemmel arasında değerlendirmektedirler. Hekimlik mesleği toplumda hala en saygın meslek konumundadır (Sandholzer and Yaman, 2006, s.32).

### **1.3.5 Polonya**

Polonya’nın Krakow şehrinde 1996 yılında ilk adımları atılarak uygulanmaya başlayan olan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile hekimleri kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların olurlu

istemektedir. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile hekiminin sevk etmesi halinde Őehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile hekimleri haftada 5 gün, saat 8.00 ile 18:00 arasında hizmet vermektedir. Her hekimin 2.500 hastaya ulaŐıncaya kadar en az 2 hemşire alıŐtırması gerekmektedir (Korukluoğlu, 2005, s.18).

### **1.3.6 ek Cumhuriyeti**

ek Cumhuriyeti'nde 1 Ocak 1993 tarihinde zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Vergiye dayalı sağlık hizmetlerinden sağlık sigortası finansmanlı sağlık hizmetlerine geçiş sağlık çalışanlarının sağlık sigortası sisteminin getirilmesini desteklemeleri sonucu hızlanmıŐtır. Günümüzde bu hizmetler dokuz sağlık fonundan karşılanmaktadır. Sistem eŐitlik ve beraberliğe dayanmaktadır. Bireylerin, iŐverenlerin ve devletin (iŐsizlerin, emeklilerin, çocuklara 26 yaşına kadar velilerinin, oğrencilerin, doğum sonrası ayrılanların, orduda çalışan erkeklerin, mahkmların, sosyal yardım alanların ödemelerini devlet yapmaktadır) katkılarıyla finanse edilmektedir. 1990'lardaki geçiş döneminde finansman desteği devlet bütçesinden, belediyelerin bütçesinden, kişisel ödemelerle, bađıŐlarla ve sağlık sigorta fonundan sađlanmıŐtır.

Sağlık hizmetleri sunumu bölgesel baz da sunulmaktadır. Bölge sağlık bürosu o bölgede yaşayan vatandaşların kendi seçmiŐ olduğu birinci basamak hekimine ulaŐıp sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli Şartları oluŐturmakla yükümlüdür. İstenirse anlaŐma yapılmış olan hekimler vatandaŐlarca 6 ay sonunda değiştirilebilir. ek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta 4 hekim tipi hastayla temas kurmaktadır. EriŐkinler için pratisyen hekimler, ocuk ve gençler için pratisyen hekimler, mobil jinekoloji hizmeti veren pratisyen hekimler ile ağız ve diŐ sağlığı hekimleri bulunmaktadır (Sakarya Sağlık Müdürlüğü, 2009).

### 1.3.7 Bulgaristan

Sağlık reformları 2000 yılında başlamış ve hekimler bu tarihten itibaren aile hekimliğine geçmişlerdir. İlk aile hekimleri aile hekimliği sertifikası alan iç hastalıkları ve pediatri uzmanları gibi özel dal uzmanları olmuştur. Günümüzde Bulgaristan'da 5402 aile hekimi çalışmaktadır. Bunlardan %1.01'i aile hekimliği uzmanıdır. Aile hekimlerinin 2/3'ü kadındır. Aile hekimlerinin diğer uzmanlara oranı 0.2'dir. Her bir aile hekimine ortalama 1300 hasta kayıtlıdır. Bunların % 80'i doktorunu yılda bir kez görür. Uzman hekime sevk oranı çok yüksektir (% 60 civarında). Rutin günlük uygulamada aile hekimi her hastaya ortalama 10 dakika ayırmaktadır. Her Bulgar vatandaşı, bir aile hekimini seçmekte özgürdür ve aile hekimini her altı ayda bir değiştirme hakkına sahiptir.

Acil durumlar dışında sağlık bakım sistemine ilk giriş noktası Aile hekimidir. Aile hekimleri tek ya da grup halinde uygulama yaparlar. Tek kişilik uygulama bir hemşire ya da bir ekip tarafından desteklenen tek AH tarafından sunulur. Grup uygulamasında genellikle iş arkadaşları ekibi tarafından desteklenen iki ya da daha fazla AH birlikte çalışırlar. Aile Hekimliği ofislerinin önemli bir bölümü kağıt kaydı ile birlikte elektronik tıbbi kayıtlar kullanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri aşağıdaki sağlık hizmetlerini sunarlar:

- Ayaktan bakım
- Sürveyans, ev ziyaretleri, konsültasyonlar
- Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri (örn. servikal smearler, ana çocuk sağlığı, kronik hastalıklar vb.)
- Aşılama hizmetleri
- Tıbbi ve tanısal testler için sevk
- İlaçların reçete edilmesi

Aile hekimlerine, kendi listelerindeki hasta sayısı üzerinden, bu temel hizmet paketi içindeki hizmetleri sunmalarına göre ödeme yapılmaktadır. Bu temel hizmet paketine ek olarak, aile hekimleri, Sağlık Önceliklerinin Yönetimi olarak adlandırılan

özel sağlık programlarına da katılır. Bu programın kapsamında anne ve çocuk sağlığı ile ergen sağlığı yer almaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri veren aile hekimlerinin ücretlenmelerine ilişkin ödemenin bileşenleri:

- Aile hekiminin hasta listesinde kayıtlı bulunan kişi başına alınan ücret
- Öncelikli hastalara sunulan paketin tamamlanmasıyla verilen prim
- Kırsal yerlerde çalışan ve zor koşullar altında çalışan hekimlere verilen ek ödeme
- Hastalarda edinilen ek ödeme (%1'i bulabilen bu miktar devlet tarafından belirlenir).

Bazı hastalar ek ödemelerden muaf tutulabilmektedir. Aile hekimlerinin ödemeleri USSF ve cepten ödemeler şeklindedir. Devlet ayrıca bir destekte bulunmaz. Bir aile hekiminin geliri, 1500 kayıtlı hasta için yaklaşık 750 Euro'dur. Bu ücretin yarısı personel, donanım, ofis ödemeleri gibi harcamalara gider. Aile hekimlerinin % 96'sı tek başına ve %4'ü grup halinde çalışırlar. Aile hekimleri yılda 365 gün ve 24 saat hizmet vermekle yükümlüdürler. Bu nedenle çalışma koşulları açısından kırsal bölgede ve kentte çalışanlar arasında fark bulunmaktadır. Kentte çalışan bazı aile hekimlerinin başka hekimler ile sözleşmeleri bulunmaktadır. Mesai dışı, hafta sonları ve tatillerde bu hekimlerin yardımlarından faydalanmaktadırlar. Kırsal bölgelerde ise bu gibi durumlar olmadığı için sıkıntılar yaşanmaktadır. Aile Hekimlerinin günlük çalışmalarına yön verecek az sayıda rehber bulunmaktadır (Asenova ve diğerleri, 2009).

### **1.3.8 Küba**

Küba'nın ulusal sağlık sistemlerinin en üst seviyesinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu vardır. İl ve belde meclislerine bağlı olarak hastaneler olduğunu gibi bazı hastaneler ve araştırma enstitüleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Poliklinikler ve aile hekimleri belde meclislerine bağlıdır.

Küba sağlık sistemi herkesi kapsar, ücretsiz ve erişilebilirdir. Gayri Safi Milli Hâsıla'nın % 6,8'i sağlığa ayrılmaktadır. 2004'te sağlık harcaması 174,9 milyon dolardır.

Küba'da tıp eğitimi 6 yıldır. 2 yıl daha aynı merkezde çalışarak hekimlerin genel tıp uzmanı yani aile doktoru olabilirler. Diğer branşlarda da uzmanlaşma ancak bu iki yıldan sonra mümkündür. Tıp eğitimi Küba'nın sağlık hizmetleri ihtiyaçları belirlenerek yapılmaktadır. Tıp Fakültelerinde 18 uzmanlık alanında eğitim verilmektedir. 25 yıl önce bir olan tıp fakültesi sayısı günümüzde 22 'ye çıkmıştır (Kasım, Üstü ve Doğuşan, 2007).

Yerel sağlık yönetimleri kır sağlık evlerinde, hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar ve doğumevlerini yönetir.

1974'de birinci basamak hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesinden sonra 1984 yılında Aile Hekimliği Planı uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamada bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekipler mevcuttur. Aile hekimliği ekipleri hizmet ettikleri bölgede yaşarlar ve 800 kişiyi izlemekle yükümlüdürler; aynı zamanda okullardan ve fabrikalardan da sorumludurlar. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004, s.24).

### **1.3.9 Finlandiya**

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için mecburi sağlık sigortası olan KELA'ya kaydolma mecburiyeti vardır. Buraya kaydolmayanlara kamunun sağladığı diğer hizmetlerden faydalanmada da kısıtlama getirilmektedir. Sağlık giderleri merkezi ve yerel idarelerin topladığı vergilerce karşılanmaktadır, ancak ücretlerin %35'ine varan sağlık primi kesilmektedir, ayrıca işverende bu miktara katılım sağlamaktadır (Sakarya Sağlık Müdürlüğü, 2009).

Sağlık hizmeti yerel idarelerce sunulmaktadır. Her bölgede bulunan sağlık merkezlerinde her hekimin bir bölgesi vardır. Bu bölgede yaşayanlar genel pratisyen olarak çalışan bu hekimler vasıtası ile sağlık sistemine giriş yapmaktadırlar.

Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 6 yıllık uzmanlık eğitimi ile genel pratisyen ünvanını almaktadırlar. Genel pratisyenler iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreterden oluşan ekipler halinde çalışmaktadırlar (Kılıç, 2006, s.64).

Kişiler kendi bölge hekimlerinin dışında özel muayenehanelerde ve işyerlerinde çalışan hekimlerden de hizmet alabilmektedir. Bekleme sürelerinin uzun olması nedeni ile kişiler bölgelerindeki hekimler yerine özel muayenehanelere giderek artan oranda başvurmaya başlamıştır. Bunu engellemek için Mart 2004'te yürürlüğe giren bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasaya göre birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3 günden uzun süreye randevu verilmeyecektir. Bu süre hastane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlar için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulmayacağı hükmü getirilmiştir.

Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Sağlık istasyonları adı verilen birinci basamak sağlık merkezlerinde bir yıl içindeki ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret alınmaktadır. Bu istasyonlarda acil gözlem yatakları, rehabilitasyon hizmeti veren mekanlar, tetkik ve görüntüleme imkanları da bulunmaktadır. Kişilerin hastaneye sevki gerekirse genel pratisyen, ilgili uzmandan veya klinikten randevu almaktadır (Sakarya Sağlık Müdürlüğü, 2009).

#### **1.4. Türkiye’de Aile Hekimliği**

Aile Hekimliği (AH) kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. Türkiye’de, Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde 1980’li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlamış ve birinci basamakta gereksinim duyulan yeni tipte uzman yetiştirilmesi amacıyla aile hekimi uzmanlık eğitimi uygulamaya girmiştir ( Algın, Şahin ve Top, 2005, s.2).

1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan AH uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de AH bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim



süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (Algın, Şahin ve Top, 2004, s.251).

Türkiye'deki 50 tıp fakültesinin sadece 26'sında ana bilim dalı kurulmuştur. Bunların da sadece 15'inde uzmanlık eğitimi verilmektedir (Aydoğan, 2005, s.4-5). 2008 yılında ülkemizde 400 aile sağlığı merkezinde 5628 aile hekimi hizmet vermiştir (Çom, 2008: 32). Aile hekimliğini tüm Türkiye'ye yayma çabaları halen sürmektedir.

#### **1.4.1 Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri**

Büyük bir bölümü birinci basamak hizmeti olan sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ikinci basamak ücretleriyle sunulmaktadır. Bunun yanı sıra, hastalıkların büyük bir çoğunluğu birinci basamak hekimlerince tedavi edilebilmekte iken gerek hastaların bilinçsiz sevk isteği ve birinci basamak hekimlerinin donanım eksikliği nedeniyle güvensizlik yaratmaları, gerek hastane hekimlerinin hastalar üzerindeki yanlış yönlendirmeleri ve gerekse de bir çok ilacın uzman hekimler tarafından reçete edilmesine dair talimatlar hastaları ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirmekte ve tedavi maliyetlerini yükseltmektedir.

Sağlıkta kaliteyi artırmak amacıyla aile hekimliğinin uygulanması 8.Beş yıllık kalkınma planında da kararlaştırılmıştır: “Dünya Bankası desteğiyle yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı yapısını; herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortasını; yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemini; güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile

hekimliğini; etkili, kademeli sevk zincirini; idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerini; bilgi ve beceri ile donatılmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; ulusal ilaç kurumu; tıbbi cihaz kurumu; karar sürecinde etkili bilgiye erişim için sağlık bilgi sistemini öngörmektedir.” (İlter ve Çaylan, 2006, s.17-18).

Aile hekimi; anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu kişidir. Aile hekimliği ile (Korukluoğlu, 2004, s.72):

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

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

#### **1.4.2 Aile Hekimliğinde Amaç ve Hedefler**

Aile hekimliği dünyada, Avrupa'da, Amerika'da, Yeni Zelanda ve Avustralya'da çok uzun yıllardır, Türkiye'de ise 21 yıldır mevcut olan bir uzmanlık dalı ve özgün bir tıp disiplini. Pek çok ülkede tıp fakültesinden mezun olduktan sonra birinci basamakta çalışmak isteyen bir hekimin en az iki yıl, çoğu yerde de 3

ya da 4 yıl süren bir uzmanlık eğitimini almış olması şart koşulmaktadır. Bu uzmanlık eğitimi sonucunda bireye, koruyucu, tanıya dönük ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sürekli, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla vermeye yönelik bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış kaliteli birinci basamak hekimlerinin yetişmesi amaçlanmaktadır (Ersoy, 2005, s.19).

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamanın en yaygın yolu tüm ülkelere birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olarak belirlenmiştir. Bu yolla kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının artırılması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri ise sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedefler arasında belirlenen etkililik; uygulanacak sistemin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı; verimlilik, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi; hakkaniyet ise, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali ölçüleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanması olarak tanımlanmıştır (Kılıç, 2006, s.59).

Bu hedeflere aile hekimliği uygulaması ile ulaşabilmek için (Aydın ve diğerleri, 2004, s.50):

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması,
- Herkesin kendisinin seçebileceği ve kolayca ulaşabileceği bir aile hekiminin olması,
- Koruyucu hekimlik uygulamaları ile insanların hasta olmalarının önlenmesi,
- İnsan kaynaklarının uygun dağılımı,
- Malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği,

- Farklı sosyal gruplar, kır-kent ve doğu-batı arasında hizmete ulaşım ve sağlık göstergeleri arasındaki farkları azalmak hedeflenmiştir.

### 1.4.3 Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimi; “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”te, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlü tutulmuştur. Ayrıca kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla görevlendirilmiştir (Kılıç, 2006, s.68).

Bunların yanında Aile hekiminin görevlerini şöyle ifade edilmektedir (Sezen, 2006, s.34);

1. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.
2. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmak,
3. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
4. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,
5. Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anaçocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
6. İlk kayıтта ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

7. Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
8. Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,
9. Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,
10. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
11. Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
12. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
13. Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
14. Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
15. Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,
16. Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,
17. Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak ile yetkili ve görevlidir.

Aile Hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Bireylerin ağır acil durumlar dışında sağlık sistemine giriş kapısını oluştururlar. Hastalarının sağlık kayıtlarını tutmak, başışıklama ile birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek aile hekiminin görevleridir. Ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin planlamasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve planlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak görevleri arasındadır.

Aile hekimi olarak göreve başlayan hekim, o bölgedeki bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı ve tedavi hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve verem savaşı gibi dikey yapılanmalarla yürütülmekte olan görevler aile hekimliği birimlerine devredilir. Topluma ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ilçe sağlık idarelerinde, aile hekimliği yapmayan diğer hekimler tarafından verilir, yani adli hekimlik, kamuya ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri aile doktorluğu birimi hizmetlerinden ayrılır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.189).

Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle olan ilişkilerinde sürekli olarak hastanın yanında yer almalıdır. Aile hekimi yönlendirici, destekleyici hizmeti basamaklardan bağımsız şekilde sunar. Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda aile hekimi bireyin sağlık avukatıdır (Dikici ve diğerleri, 2007, s.416).

## 2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Aile hekimliği uygulamasının, nüfusun ve ailenin değişmekte olan yapısına ilişkin öngörülerinin olmadığı, hizmetin planlanması ve değerlendirilmesinde demografi biliminden yararlanmadığı belirtilmiştir.

Sağlıklı oluştta; sosyoekonomik statü, çalışma ve yaşam koşulları, yaşanan çevre gibi toplumsal belirleyicilerin önemli bir yeri olduğu, bu belirleyicilerin olumlu ve destekleyici nitelikte olmasının sağlığa olumlu yönde katkı yaptığı, böyle ilişkilerden yoksun olmanın ya da bunlarda çatışma, ihmal veya istismarla karşılaşmanın ise sağlığa zarar verdiği bilinmektedir. Günümüzde ekonomik ve sosyal koşulların baskısı pek çok aile için;

- Seçtiği değil sürüklendiği bir fiziksel ve ekolojik ortamda yaşamayı,
- Riskli işlerde çalışmayı,
- Yetersiz konut koşullarına tahammül etmeyi,
- Yetersiz beslenmeyi,
- Kimi sağlık gereksinimlerini ertelemeyi ya da görmezden gelmeyi dayatmaktadır. Bu bağlamda;
  - Ailenin kendi sağlığını geliştirmedeki rolü sınırlıdır.
  - Bireyler gibi aileler de sağlığı geliştirmek için gerekli bilgilerin tümüne sahip değildir.

Sağlık algısının, sağlık arama davranışını etkilediği bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık algısının “hasta değilsem, hayatta isem iyiyimdir” gibi negatif tanımlama düzeyinde kaldığı ve kapsam itibarıyla çağdaş sağlık tanımından farklı algılandığı gösterilmiştir. Bu istem ve tutuma sahip aile tipinin yaygın olduğu ülkemizde, sadece bireylerden gelecek sağlık hizmeti talepleriyle hizmet sunmanın doğru olmadığı, ailenin kendi sağlığının mutlak belirleyicisi olamayacağı, bu nedenle Aile Hekimliği uygulamasının bu süreçte sağlıklı olma hakkının karşılığını bulması anlamında yeterli olamayacağı açıktır (Eskiocak, 2007, s.13).

Aile hekimliği doğru uygulanırsa, hekim açıkları hızla kapatılırsa, halk açısından çok büyük bir imkândır. Onu sürekli takip eden bir hekim var, bütün

hastalıklarını biliyor, hasta olmadan önce onu uyarıyor, ilaçlarını takip ediyor vs. Bu özellikle psikiyatrik rahatsızlığı olanların arayıp da bulamadıkları bir durumdur. Gereksiz ilaç kullanmayacaklar, gereksiz hastaneye gitmeyeceklerdir. Hipertansiyon hastaları, diyabet veya diğer kronik hastalıkları olan hastalar için çok iyi bir hizmettir (Sezen, 2006, s.30).

## **2.1. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu**

Aile hekimliği uygulaması başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi ile başlayacak ve meslek içi eğitimle önceden belirlenmiş müfredatın uygulanması yoluyla Avrupa Birliği normlarında uzmanlık eğitimi düzeyine ulaştırılacaktır. Bu hekimlerimiz mevcut pratik uygulamalarının yanında teorik eğitimlerini de sürdürecektir (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.194).

Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülmesi öngörülmüştür. Geçiş dönemi eğitimi disiplinin temel özelliklerini içeren bir adaptasyon eğitiminden oluşan 10 günlük bir birinci aşama eğitimi (aile sağlığı elemanı için 3 günlük) ve ardından esas olarak görev yerinde eğitim ve koçluk özelliklerinden oluşacak olan 3 yıllık bir eğitimden oluşmaktadır. Birinci aşama eğitimi olarak planlanan ve adaptasyon amaçlı bu 10 günlük eğitim sonunda katılımcıların birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının temel özelliklerini kavramaları, bu özelliklerine uygun tutum geliştirmeleri, kendi öğrenme gereksinimlerini tanımlayabilmeleri, var olan bilgilerini tazelemeleri ve hekimlik uygulamalarında kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmaları amaçlanmaktadır (Göktaş; 2005, s.43).

Aile hekimliği uygulamasını sürekli yapabilmek için gereken bu ikinci aşama eğitimlerinin de birinci aşama eğitimlerinden sonra alınması gerekmektedir. İkinci aşama eğitim programının içeriğinin hazırlanması ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin Anabilim dallarının yer aldığı komisyonlarda halen devam etmektedir. Buradaki eğitimlerden de Avrupa Birliği ile uyum sürecinde geçiş dönemi eğitimi alanların klinik uygulama yapabilmesinin sağlanması ve geçiş dönemi eğitimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bir bölümüne sayılması hedeflenmektedir (Göktaş, 2005, s.43–44).



Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci asama eğitilere katılması zorunlu değildir. Bununla birlikte aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabileceklerdir. Aile sağlığı elemanları da Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabileceklerdir. Bununla birlikte aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az %80'ine katılmak zorundadır. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. Ayrıca bu şekilde aile hekimi olan pratisyenler için kısmi zamanlı uzmanlık eğitimini sürdürmesine fırsat tanınması planlanmaktadır (Korukluoğlu, 2004, s.78-79).

Uyum eğitimini almış olan hekimlerin sertifikalarının geçerliliği, aile hekimliği uygulamasına devam etme ve kalıcı sertifika için öngörülen ikinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlıdır. İkinci aşama eğitimi, birinci aşama eğitimin ardından başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. İkinci aşama eğitimi modüller tarzda ve sürekli tıp eğitimi şeklinde belirlenir. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri bu tür eğitimin srekliлик kazanması için büyük katkı sağlayacaktır. Halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev almaları, öğrencilerin ve asistanların sahada eğitimini gerçekleştirecektir (Aydın ve diğerleri, 2004, s.79).

İl Sağlık İdaresi (İl Sağlık Müdürlüğü)'nce 3000 kişiye 1 hekim düşecek şekilde, plnlama yapılır. Mümkün olduğu lde kırsal bölgelerde ve mobil hizmette en az 2 aile doktoru birbirine yakın bölgelere bakacak şekilde düzenleme yapılır. Böylece izin, mazeret ve eğitim hizmetleri sırasında birbirlerinin hastalarına bakabileceklerdir.

Aile hekimi ihtiyaının belirlenmesinde, ilin nüfus yapısı, coğrafi özellikleri, hastalık örgüsü ve sağlık istatistikleri ışığında bölünmüş bölgeler dikkate alınır. Aile doktorları ihtiyaı 3000 kişiye bir aile doktoru düşecek şekilde, Sağlık İl Müdürlüğü veya İl zel İdaresinin/ Belediyenin nerisi ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Bu durumda ilk aşamada, uygulamanın bütün ülkeye tamamı ile

yaygınlaştırıldığı zaman 3000 kişiye bir aile hekimi olarak hesaplanırsa, yaklaşık 23.300 aile doktoru istihdam edileceği öngörülebilmektedir. Mevcut durumda bu sayı, istekli aile hekimliği uzmanlarından ve diğer istekli hekimlerden karşılanmaktadır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.194).

## **2.2. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü**

Birey, aile doktorunu ideal olarak bölgesinde çalışan hekimlerden seçer ve Bakanlıkça belirlenen süre çerçevesinde değiştirebilir. Doktor tercihinde yakınlık ve kolay ulaşılabilirliğin önemli rol oynayacağı aşikardır. Ancak olumlu yarışma ortamını sağlamak amacı ile hastaların belirli hekimlere kayıt yaptırmaları zorunlu tutulmayacaktır.

Yukarıda da sözü edildiği gibi nüfusun dağınık olarak yaşadığı ve ulaşım sorunlarının yaşandığı kırsal bölgelerde bu özgürlük sınırlı kalmak zorundadır. Ancak koşulların elvermesi ölçüsünde bu özgürlüğün kısıtlanmaması gerekir. Kişinin doktorunu değiştirmesi halinde tutulan kayıtların devredilmesi esastır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.80–81).

Birey, aile doktorunu ideal olarak bölgesinde çalışan hekimlerden seçer ve en erken 6 ayda bir değiştirebilir.

Diğer taraftan hastanın başka doktor alternatifinin bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında hekim de hastasını kabul etmeyebilir. Bunlar (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.195):

- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb.) olması,
- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,
- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması,
- Taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.

Kronik hastalık gibi nedenlerle yoğun sağlık hizmeti gereksinimi olan hastanın kabul edilmemesi halinde Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sağlık güvencesini sağlayan kurumun hastanın aile hekimini resen belirleme hakkı vardır. Ülkemizdeki demografik yapının değişmesi ve hastalık örüntüsünün farklılaşması nedeniyle, yaşlılık sorunlarına ve kronik hastalıkların erken tanı ve tedavilerine yönelik çalışmalara aile hekimliği uygulamaları içinde özel önem verilecektir. Bu amaçla, belli yaş üzerinde olanların ve kronik hastalığı bulunan kişilerin periyodik takibini sağlayacak ve özendirilecek tedbirler alınacaktır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.80–81).

### **2.3. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması**

Aile hekimlerinin bölgelere gönüllü olarak gitmelerini sağlamak hizmetin sürekliliğinde ilk adımdır. Aile doktorluğunda başarının sırrı, hizmetin bütüncül ve sürekli olmasıdır. Belli bir hekime alışan hastaların hekim değiştirmesi sistemin ana mantığına terstir ve sonuçta istenen hedeflere ulaşamaz. Sistemin başarı ile uygulandığı ülkelerde aynı aile doktoruna ortalama kayıt süresinin 8-13 yıl olması bunun iyi bir göstergesidir.

Aile hekimleri 24 saat ulaşılabilir olmak zorunda olduğundan, eğer o bölgede tek başına çalışıyorsa, çalıştığı bölgede ikamet etmesi zorunludur. Aynı bölgede farklı mekanlarda birden fazla aile hekimi çalışıyorsa veya 2-5 aile hekiminin bir arada çalıştığı müşterek muayenehanede hizmet veriliyorsa, mesai saatleri dışındaki hizmetleri kendi aralarında koordine ederek sırayla icapçı ya da nöbetçi tarzında düzenleme ile sürdürebilirler. Ertesi gün icapçı aile doktoru diğer hekimlere hastaları ile ilgili bilgi verir. Meydana gelecek aksamalardan nöbet tutan hekim sorumludur. Bu nedenle bir sonraki ayın icap veya nöbet listesi İlçe Sağlık İdaresine gönderilir.

Vatandaşların hekimlere ulaşabilmesi için, bölgedeki hekimlerin isimleri, adresleri ve telefon numaraları belli aralıklarla güncelleştirilerek İlçe Sağlık İdaresi veya muhtarlıkta ilan edilir.

Maliyetleri düşürmesi ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkân vermesi bakımından grup olarak çalışılan birimler (2–5 hekimden oluşan) oluşturulabilir.

Ulaşım zorluğuna neden olabileceğinden bir müşterek muayenehanede çalışan aile doktoru sayısı 5’den fazla olamaz.

Bir bölgede aile hekimi sayısında eksiklik söz konusu ise, hizmetin devamlılığı için, doktorsuz kalan nüfus, yeni aile hekimi başlayıncaya kadar, bölgedeki diğer aile hekimleri tarafından takip edilir.

İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile hekiminden **“Geçici bakım belgesi”** alır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile hekimine verir. Kendi aile hekimi geçici belge verdiği kişiye ait bildirim yaparak ücret tahsil edemez. Kişi geri dönerken geçici aile hekiminden ayrıldığını gösteren ve yapılan işlemleri gösteren bir belgeyi kendi aile hekimine götürerek kaydını yeniler. Geçici belge ile hizmet veren aile hekimi bu geçici belgenin ibrazı sayesinde hastayı kendi listesine ekleyerek ücretini alır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.195-196).

#### **2.4. Çalışma Saatleri ve İzinler**

Aile hekimi haftada 40 saatten az olmamak kaydı ile aktif görev yapar. Mesai saatleri ve günleri çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınarak, hekim tarafından belirlenip yerel sağlık idaresince onaylanır. Çalıştığı günler ve saatler mutlaka çalıştığı yerin görünür bir yerinde belirtilir. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, diğer aile hekimleriyle nöbetleşe hizmetin devamlılığı sağlanır.

Aile hekimleri sağlık hizmetinin aksamadan yürütülmesinden sorumludur. Mesai saatleri dışındaki sorumluluğunu bölgedeki doktor sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde sürdürür. Hekimler tam gün esasına göre çalışırlar. Gerekli hallerde mesai saatleri dışında da ulaşılabilmesi beklendiğinden ayrıca serbest meslek icra etmesi veya başka bir iş yerinde çalışması pek uygun görülmemektedir. Birden fazla aile hekiminin aynı mekanı paylaştığı aile sağlığı merkezleri (ASM) uygulamasının teşvik edilmesi, mesai saatleri dışındaki hizmetleri kendi aralarında koordine ederek icapçı ya da nöbetçi tarzındaki düzenlemeleri kolaylaştıracaktır.

Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur (Aydın ve diğerleri, 2004, s.83).

## **2.5. Aile Hekiminin Rutin Takip ve Muayeneleri**

Aile hekimi ilan edilen tarihte hizmet vermeye başladıktan sonra, hekime kayıt olan kişilere hekim ve diğer sağlık personeli tarafından birlikte ev ziyaretleri yapılır, böylece hekimin ev ziyaretleri toplumda güveni arttıran bir yaklaşım olarak aile hekimliğini benimsenmesine katkıda bulunur. Ayrıca aile hekimi de kişinin / ailenin yaşam koşullarını ve evlerini görerek tespit etmiş olur, gerekli notları ve kayıtları düzenler. Hekim, kayıtlı kişilere bir yıl içinde bitecek şekilde ev ziyaretleri yapar. Sonraki dönemde sadece yeni kaydolanlara ve eski kayıtlardan gerekli görülen kişilere ev ziyareti yapılır.

Bunun yanı sıra, belli bir süre hastaların hekime gelmesi beklenebilir ancak bu uygulama kayıt açısından sorun çıkarabilir. Aile doktoru kendisine kayıtlı her ferde tek tek dosya açarak rutin muayenelerini yapar. Böylece her birey bir kez sağlık kontrolünden geçmiş olur. Bu muayenelerin tamamlanması için aile doktorunun 1 yıl süresi vardır. Fakat hekim isterse ev ziyaretleri sırasında da bu muayeneleri gerçekleştirebilir (Uğurlu ve diğerleri, 2004 s.195).

## **2.6. Etkili Sevk Sistemi ve Geri Bildirim**

Birinci basamak doktoru aynı zamanda “sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu doktor”dur. Aile hekimi, hastasının belirli dalda uzman olan bir hekime başvurmasına gerek olup olmadığına karar vermenin yanı sıra, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmet birimleri arasında koordinasyon sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder. Bu da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir iletişim ve denge oluşturur. İsrافی, gereksiz kullanımı, mükerrer tetkik yapılmasını önler.

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

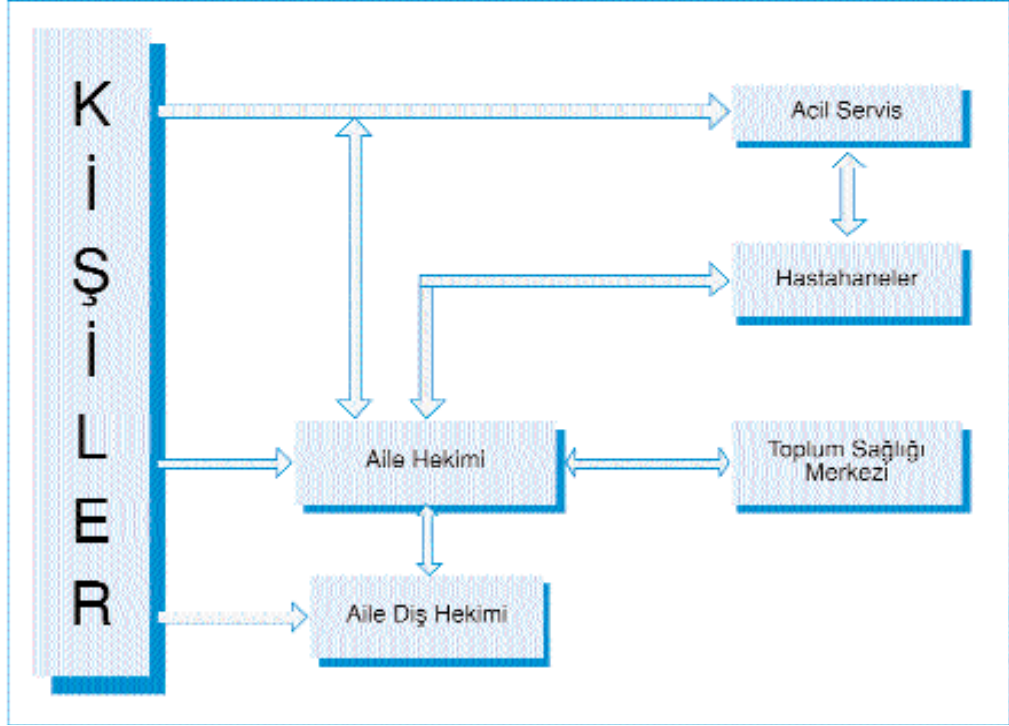
Geri bildirim, her türlü hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastanın sağlık düzeyinin daha iyi korunabilmesine imkân tanırken, ikinci basamak hizmetlerinin de kontrol altına alınmasını sağlar.

Sevk zincirine girmek istemeyen hastalar zorlanamaz; bu zorlama pratikte de istendiği ölçüde gerçekleşmemektedir. Ancak sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hasta, tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi ödeyecektir. Bu aşamada ödeyeceği miktar, sevk sisteminin işlemlerini sağlayacak ölçüde caydırıcı olmalıdır. Hastanelerin sağlık giderlerini geri ödeme kuruluşundan tahsil edebilmesi için aile hekimlerine geri bildirim zorunluluğunun uygulanabilmesi bu tür sevk sistemini zorlayan sınırlı sayı da kişinin kayıtlarının da aile hekimlerince tutulmasına imkân verecektir. Bu uygulama, ayrıca hastaların doğrudan ikinci basamağa başvurmasının hastaneler tarafından özendirilmesini önler mahiyettedir.

Sağlık kuruluşları arasında basamaklandırılmış sağlık hizmetinin verilmesini ve öncelikle birinci basamağa başvuruyu sağlamak için acil durumlar ve takipteki hastalar dışında doğrudan hastaneye başvuranlarda katkı payı uygulamasının yanı sıra randevu ve öncelik sağlama gibi çeşitli teşvik uygulamaları yapılabilir. Şekil 1’de kişilerin sağlık sistemi içinde hareketleri tasvir edilmektedir.

1978 Alma-Ata Bildirgesi’ne göre sağlık sorununun %85- 90’ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin diğer sağlık kurumlarına sevk oranları %20’nin üzerine çıkmamalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından, yöresel özellikler, epidemiyolojik veriler ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin yaptığı geri

bildirimler değerlendirilerek bu oran dinamik olarak belirlenebilir. Belirlenen oranın üzerinde sürekli sevk yapan aile hekimleri denetlenir, uyarılır, eğitime alınır ve ihmali görülenler için ödeme kat sayısı sonraki yıl için geçerli olmak üzere azalır.



Şekil 1. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı

## 2.7. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmet

Sistemin en önemli ayaklarından biri gezici sağlık hizmetidir. Aile hekimi birden fazla belde veya köye bakmak zorunda ise (mobil hizmet), ilgili denetleyici kurumun (İlçe Sağlık İdaresi) uygun gördüğü en merkezi konumdaki belde veya köyde ikamet eder. 24 saat ulaşılabilir konumdadır. Bölgedeki her köy ve beldeye ayda en az bir kez gider. Belirlenen gün ve saatler köy muhtarı vasıtasıyla vatandaşa duyurulur. Bu sabit gün ve saatler İlçe Sağlık İdaresine bildirilir. Aile hekimi, mobil hizmet için, Bakanlıkça başka bir uygulama başlatılmazsa, köylere kendi aracı ile gider. Devlet memuru olan aile hekimlerine araç, İlçe Sağlık İdaresi tarafından sağlanır. Mobil hizmette, muayene için hekimin kendi temin ettiği mobil araç ya da varsa o bölgedeki boş sağlık ocağı veya sağlık evi kullanılır. Muhtarın hazırladığı bir mekan da olabilir. Ayrıca aile hekimlerinin ikamet ettiği yerde de muayenehanesi olur (24 saat ulaşılabilir olması nedeniyle). Mobil hizmet veren veya kırsal bölgelerde

görev yapan hekimlerin yardımcı sağlık personeli olarak ebe çalıştırması tercih edilir (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.197- 198).

Gezici sağlık hizmetleri öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri için yapılıdır. Bu kapsamda verilecek hizmetler şunlardır (Karadağ, 2007, s.34):

- Ev ziyaretleri,
- Gebe takipleri,
- Bebek takipleri,
- Aşılama hizmetleri,
- Aile hekiminin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleridir.

Standart muayene hizmetleri ancak yukarıda sayılan hizmetler bittikten sonra verilebilir. Hizmet sunumunda problem yaratmaması amacıyla gezici hizmet verilen köylerin muhtarlarına hizmetin özellikleri bildirilir.

Kırsal bölgede hekim seçme özgürlüğü sunabilmek zor görünmektedir. Kişi başı ücretlendirmede teşvik için aşılama oranları, gebe izlemi v.b. gibi performans kriterleri konulabilir. Bunların öngörülen (objektif ölçülebilen) oranların üzerinde olması şarttır. Belli bir orandaki düşüklük varsa kişi katsayısı bir yıl süreyle düşürülür. Burada hekim, perifere kaydıkça rekabet azalmakta, gelir düzeyine etki edecek olan hasta sayısı sabit olduğu için bu durum avantaj haline dönüşmektedir. Bu avantajın oluşmadığı mahrumiyet bölgelerinde kişi başı prim yüksek tutularak teşvik uygulanır.

Kırsal bölgede mümkün olduğunca birbirine yakın köyler 2 ailehekimi düşecek biçimde planlama yapılıdır. Böylece izin, mazeret ve eğitim durumlarında birbirlerinin hastalarına bakarlar.

Eczanelerin olmadığı yerlerde (kırsal) özellikle temel ilaçlar doktor tarafından temin edilmeli, hasta ayrıca ilaç temini için il veya ilçe merkezine gitmek zorunda kalmamalıdır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.197- 198).



## 2.8. Aile Sağlığı Merkezleri ve Grup alışmaları

Maliyetleri azaltması ve hekim çalışma surelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte gorev yaptığı aile sağlığı merkezleri nufusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilir. Buralarda sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilecektir. Bu tur grup çalışmaları dayanışma, eğitim ve hizmet surekliliği açısından avantajlar taşımaktadır. Bu yuzden mumkun oldukça grup çalışmaları özendirilmelidir. Bu sayede:

- Maliyet duşer.
- Mesai dışı nobeti doktor uygulaması ile hizmete ulaşılabilirliği artırmak mumkun olur.
- Tanı koymayı hızlandıracak laboratuvar Őartlarını oluşturmak kolaylaşır.
- İzin veya zorunlu eğitim durumunda hasta devri kolaylaşır.

## 2.9. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

Yonetmeliğe gore, aile hekimi, tanı ve takip için gerekli gorlen basit gorntuleme ve laboratuvar tetkiklerini mumkunse kendi çalıştığı birimde yapacaktır. Diğer laboratuvar hizmetleri İlçe Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde surdrlecek veya İl Sağlık Müdürlüğü'nun uygun gordğ sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılacaktır. Her aile hekimine kendisine kayıtlı hastaların tetkik ve tahlil işlemleri için her ay için 2.050 YTL limit tanınmıştır. Kanuna gore belirlenen limiti aşmamak kaydıyla bu tetkik ve tahlillerin creti ödenecektir. Bu miktarı ay itibari ile aştığında aştığı miktar aile hekimi tarafından karşılanır (Karadağ, 2007, s.35).

Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan Őekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir. Bu tetkiklerin mumkun olduğunca aile sağlığı birimi / merkezi içinde yapılabilmesi hizmeti kolaylaştırır. Burada sayılan basit tetkikler ile birlikte tanı ve takip için gerekli gorlen diğer tetkiklerin toplum sağlığı merkezince (TSM) yaptırılabilmesine imkan sağlanacaktır. Bu tetkiklerin yapılması koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından da etkilidir. Yapılan çalışmalara gore, tetkik

imkanı arttıkça, hastanın birinci basamakta tutulma oranı artmaktadır. Bu nedenle laboratuvar imkanları mümkün optimal seviyede tutulmalıdır.

## 2.10. Acil Sağlık Hizmetleri

Hastaneye başvuruyu gerektiren acil durumlarda, hasta veya başvuru alan acil servis kısa süre içinde aile hekimine bilgi verir. Hastanın aciliyetinin kabul edilmemesi normal sevk zinciri kurallarının uygulanmasını gerektirir (Aydın ve diğerleri, 2004, s.90).

**Hastane Tedavisi Gerektirmeyen Acil Hizmetler:** Danışmanlık ve birinci basamak sağlık hizmeti veren ailehekiminin günlük aktif çalışma saatleri iş kanununda belirlenen sürelerle uygun olabilir. Ancak bu doktorların aslında fiili görevleri 24 saat olmak durumundadır. Bireylerin her an aile hekimini arama ihtimali vardır. Hastaları daha çok mesai saatlerine kaydırmak, hekimin günlük çalışma düzenini korumak açısından mesai dışı acil olmayan başvurularda hastadan ek ücret talep edilerek gereksiz talebi önleyici bir tedbir oluşturulabilir. Ancak acil durumlar açısından aile hekiminin en azından icapçı olarak ulaşılabilir olması gerekir. Belli sayıda doktorun bir arada çalışmaları halinde nöbet sistemi uygulamaları kolaylık oluşturacaktır. Yine belli bölgedeki aile hekimleri de aralarında nöbet sistemi uygulayabilirler. İlçe Sağlık İdareleri bu nöbetleri takip eder.

**Hastane Tedavisi Gerektiren Acil Hizmetler:** Hastane tedavisi gerektiren acil durumlarda hasta veya başvuru alan acil servis mümkün olan en kısa süre içinde aile hekimine bilgi verir. Acil servise başvuru yapan hastanın başvuru formuna aile hekimi tarafından en kısa sürede “acil vaka” şerhi düşülür. Aksi halde hasta, tahakkuk eden acil servis ücretinin bir kısmını kendisi ödemek zorundadır. Bu uygulama aile hekiminin bilgisi ve kontrolü dışında sağlık hizmeti alınmasını engellemeye ve sevk zincirini aşmaya çalışan kişileri caydırmaya yöneliktir (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.198-199).

## 2.11. Kayıt Sistemi

Kişisel sağlık kayıtlarının tutulmuş olması esastır. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin değiştiği durumlarda veya diğer bir uzman hekime veya sağlık kuruluşuna sevk gerektiği hallerde aile

hekimi dosyanın bir özetini hastaya veya tedaviden sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu taşır. Ayrıca sigorta kurumlarının denetimlerinde de aile hekimi dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanılarının açıklanmaması gerekir.

Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, teşhisler kodları ile birlikte aşı, gebe izlemi, bebek izlemi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler düzenli olarak ilçe sağlık idaresine bildirilecektir.

Günümüz iletişim imkanlarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecek elektronik bir sistem kurulması planlanmaktadır. O zaman formlar halinde iletilmekte olan bilgiler daha sık ve güvenli olarak veri tabanına aktarılabilir. Ayrıca hastalara uygulanan tedaviler, ilaç provizyonu gibi ek bilgilerin de veri tabanına girmesi sağlanabilir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkili, hızlı ve güvenilir bir hale gelmiş olacaktır. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veri tabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır.

Çıktıların analizi, problemlerin tespiti ve önceliklerin belirlenmesi, uygun hizmet sunulması ile kaynakların ve finansmanın yerinde kullanılması amacıyla uygun kararlar verebilmek için sistemli ve doğru bir şekilde verilerin toplanması gerekir. İş yoğunluğu oldukça fazla olan klinisyenlerden yüksek verimde ve sürekli bilgi toplamanın yolu, birey ve toplum sağlığı ile ilişkili olan basit ve etkili bir veri toplama sistemi oluşturmaktır. Genellikle bilgi sistemleri, esas sağlık hizmetinin verildiği uçtaki sağlık biriminden güvenilir veri girişi olmaksızın planlanmakta ve yönetilmektedir. Halbuki bilgi girişinin desantralizasyonu, yani mümkün olan en uç noktada kayıt yapılması, bireylerin ve toplumun sağlık göstergelerini belirlemede verilerin çok daha etkili olarak kullanılmasını sağlar.

Bu şekilde ortak bir veri tabanı üzerinden standart verilerin iletilmesi sağlanabilecek ve bu verilerin karar mekanizmalarında rol alacak şekilde analizi yapılabilecektir. İkinci basamak sağlık kurumuna sevk edilen hastaların gerekli

bilgilerinin ve epikriz bilgisinin geri bildiriminin de bu yolla sağlanması mümkün olabilir.

## **2.12. Aile Dış Hekimliği**

Aile hekimliği uygulamasının tamamlayıcısı olarak aile dış hekimliği uygulaması da geliştirilecektir. Toplumumuzda büyük oranda ihmal edilen ağız-dış sağlığı ve koruyucu dış hekimliği hizmetleri bu yolla yaygın olarak verilebilecektir. Dış hekimlerinin büyük oranda serbest muayenehane hekimliği yaptığı ülkemizde, buralardan sözleşmeli hizmet alımı yoluyla aile dış hekimliğini yaygınlaştırmak mümkündür. Kişilerin tercih ettikleri dış hekimlerine kayıt olması ve verilen hizmetlerin karşılığının sistem içinde kişi başı ödeme yöntemi ile verilmesi sistemin uygulanmasını kolaylaştıracaktır.

İleri yaş dış tedavileri, çeşitli ve pahalı tedavilerdir. Bu tedaviler geri ödeme kuruluşlarınca farklı oranda karşılanmaktadır. Bu uygulamanın devamı ile birlikte, çocukluk ve erken adölesan döneminde aile dış hekimliği uygulaması büyük önem kazanabilir. Bu dönemde ağız dış sağlığının korunması, koruyucu önlemlerin alınması pahalı olmayan ve ileride ortaya çıkacak sorunları büyük oranda önleyen uygulamalardır. 5–15 yaş grubuna ücretsiz dış hekimliği hizmetinin verilebilmesi ağız dış sağlığının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında büyük önem taşımaktadır. Aile dış hekimliği kapsamında kişilere ücretsiz verilecek hizmetler Bakanlık ve ilgili kurumlarca belirlenecektir.

## **2.13. Aile Sağlığı Birimi / Merkezi Standartları**

Birinci basamakta hizmet verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşılacağı yerde olmalıdır.

Aile hekimleri öncelikle, eğer varsa, bölgedeki Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık merkezlerinde hizmet vereceklerdir. Yoksa çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan özel mekanlarda hizmet vereceklerdir. Bununla mevcut altyapının kullanılması hedeflenmektedir.

Mevcut alt yapı (sağlık ocağı gibi kamu kuruluşları) kullanılıyorsa, en çok kaç aile doktorunun çalışabileceği, İlçe Sağlık İdaresi tarafından belirlenir. Esas önemli nokta, aile hekimi ofislerinin bölge halkının ulaşabileceği bir konumda olmasıdır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.200).

### **2.13.1 Yerleşim**

Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür; bölgede yaşayan nüfus, ulaşım kolaylığı, halkın tercihi gibi kriterlere göre İl Sağlık İdareleri planlama yapacaklardır.

Aile hekimleri, bölgedeki Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verebilecektir. Yeterli imkanın sağlanamaması halinde hekimler çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekanlarda hizmet verebileceklerdir. Bu durumda ücretlendirmede kira bedeli dikkate alınacaktır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.93–94).

### **2.13.2 Fiziksel Mekan**

Aile doktorlarının hizmet vereceği yer, özel bir mekan ise, en az 60 metrekare olması uygun olacaktır. Birden fazla doktor aynı mekanda çalışacaksa, eklenen her aile doktoru için 20 metrekare daha eklenir. Ancak çalışılan ortamın özellikleri bölgesel özellikler nedeni ile yerel sağlık idaresince değiştirilebilir. En çok 5 aile doktoru birlikte çalışabilir.

Aile doktoru muayenehanesinin asgari fiziki şartları şöyle sıralanabilir:

1. Binanın güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkanlarına sahip olması gerekir.
2. Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.
3. Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.

4. Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve müdahalelerin, acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Bu oda ayrıca ön muayene odası olarak da vital bulguların ve boy-kilo gibi ölçümlerin yapılması için kullanılabilir.
5. Çalıştırılması planlanıyorsa laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.
6. Hasta kayıtlarının tutulacağı, faturalandırma, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro bulunmalıdır.
7. Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır (Uğurlu ve diğerleri, 2004, s.200).

### 2.13.3 Asgari Tıbbi Donanım

Aile sağlığı biriminde asgari olarak aşağıdaki tıbbi malzemeler bulundurulmalıdır.

- Stetoskop (erişkin ve çocuk için)
- Tansiyon aleti (gerekli manşonlarla birlikte)
- Otoskop
- Oftalmoskop
- Termometre
- Dil basacağı (tek kullanımlık)
- Işık kaynağı
- Snellen eşeli
- Küçük cerrahi seti
- Pansuman seti
- Jinekolojik muayene seti
- Muayene masası
- Jinekolojik muayene masası
- Tartı (bebek boy, çocuk ve erişkin boy)

- Boy ölçer (bebek boy, çocuk ve erişkin boy)
- Mezura
- Refleks çekici
- Keskin atık kabı
- Enjektör (disposabl)
- Hava yolu (airway)
- Ambu (erişkin ve çocuk için)
- Oksijen tüpü (portabl)
- Seyyar lamba
- Buzdolabı
- Paravan
- İlaç ve malzeme dolabı
- Temel acil ilaçlar (Bakanlıkça belirlenecek liste).

#### **2.13.4 Personel**

Tek hekimin olduğu birimlerde (aile sağlığı birimi) en az bir adet aile sağlığı elemanı bulunur. Bu eleman ebe, hemşire, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni olabilir. Hizmet yoğunluğu, kayıtlı kişi sayısı dikkate alınarak birden fazla eleman çalıştırılması tercih edilebilir. Kırsal bölgelerde aile sağlığı elemanının ebe olması tercih edilmektedir. Aile sağlığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbi hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar. Birden fazla hekimin bulunduğu birimlerde (aile sağlığı merkezi) hizmetin gereği kadar aile sağlığı elemanı çalıştırılacaktır. Kayıt işlemleri, hasta takibi ev ziyaretleri, laboratuvar ve radyoloji gibi hizmetler açısından farklı özellikte personel çalıştırılabilir. Ayrıca hizmet ve temizlik elemanı çalıştırmak hekimlerin kendi tercihidir.

#### **2.14. Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi**

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), belirli bir sabit ücret ve/veya kişi başlı ödemeye ek olarak, hizmet başlı ödemeyi içeren karma bir sistemi en uygun model olarak önermektedir (Aydın ve diğerleri, 2004, s.97).

Ülkemizde sistemin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından sabit ücret ve kişi başı ödemeyi öngörmekteyiz. Kaliteyi ön plana çıkarmak, koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başlı ödemeler sisteme ilave edilecektir.

Kişi başı ödeme 1000 kişinin üzerinde nüfus kaydı yapmış olan aile hekimlerine Maliye Bakanlığı'nın belirlediği kişi başı ücret ile hekime bağlı kişi sayısının çarpımıyla hesaplanacak ve aylık olarak hekimin hesabına yatırılacaktır. Ancak, kişi başı ücretler kişinin yaşına göre belirlenmiş katsayılarla çarpılarak hesaplanacaktır. Örneğin 0-4 yaş arasındaki bireyler için Maliye Bakanlığı'nın belirlediği ücretin çarpılacağı katsayı 1.3, 15-64 yaşındakiler için 1.0 ve 65 yaş üzerindeki için 2 olacaktır. Aile hekimlerinin sunduğu hizmet kalite araştırmalarıyla denetlenecektir (Kocaeli Tabip Odası, 2004, s.22).

Aile hekimliği uygulaması yerleştiğinde ülkede sağlık harcamaları daha kontrollü olacaktır. Aile hekimleri kişilerin hayat boyu sağlık durumunu ve yaşama ortamını yakından takip edecekler ve koruyucu ve bilgilendirici hizmetlerin rolü pahalı sağlık harcamalarının önüne geçecektir. Hastanelerde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara ait harcamalar aile hekimliği uygulaması ile azalacak, bireye yönelik koruyucu hizmetlerin artması, doktorun daha kolay erişilir olması, erken teşhis gibi nedenlerle hastalık yükü ve sağlık harcamaları azalacaktır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.99).

### **2.15. Kontrollü Yerel Uygulamalar ve Kademeli Geçiş**

Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak orta ölçekli bir ilde başlanıp, uygulama modelinin pratikte işlerlik kazanması kısa sürede sağlandıktan sonra farklı bölgelerde ve farklı özelliklere sahip değişik ölçekli 5 ilde pilot olarak uygulanmaya devam edilecektir. Seçilecek illerin ülkemizin farklı özelliklerini yansıtması, yaygınlaştırma çalışmaları için önemli deneyim sağlayacaktır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, kademeli olarak yaygınlaştırılma sağlanacaktır. Bu kademeli yaygınlaştırma kontrollü yerel uygulamalardan elde edilen birikimlerin değerlendirilmesi ve ülkenin farklı şartlar taşıyan yapısına uyum sağlayabilme fırsatını verecektir.



Belirli illerde başlatılan uygulamalar başladığı ilin bütününe kapsadıktan sonra ikinci aşamada her ilin kendi karakteristik yapısına yakın illere de yayılacaktır. Bu şekilde ülkemizin farklı bölgelerinde gittikçe daha fazla nüfusu kapsayacak şekilde genişleyen bir aile hekimliği uygulamasına kavuşulacaktır. Bu tarz genişleme, edinilen deneyimlerin değerlendirilmesi, sistemin etkililiği ve verimini artıracak önlemlerin alınması, motivasyonun artırılması ve eğitilmiş aile hekimi sayısının artırılması ile uygulamanın yürütülmesi açısından yararlı olacaktır (Aydın ve diğerleri, 2004, s.100).

Bu bağlamda Türkiye’de temel sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmak amacıyla aile hekimliği sistemine geçilmesi ile ilgili Kanun 9 Aralık 2004 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak Düzce’de pilot uygulamaya başlanılmıştır (İlter ve Çaylan, 2006, s.18).

Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce İlinde başlatılmıştır. Uygulamadan 2008 yılına kadar; 33 ilde uygulamaya geçilmiş, yaklaşık 19.590.369 nüfusa (%27,76) aile hekimliği hizmeti vermiştir. 33 ilde 73’ü il merkezinde olmak üzere toplam 400 Toplum Sağlığı Merkezi kurulmuştur. 1.856 Aile Sağlığı Merkezinde 5.701 Aile hekimliği pozisyonu ile hizmet yürütülmektedir. 5.701 Aile hekimliği pozisyonunun 5.628 (% 99) tanesi sözleşmeli aile hekimi olup 73 pozisyon geçici görevlendirmeli hekimler ile sağlık hizmeti verilmektedir. 5.701 aile hekimliği pozisyonunun 4.300’ünde (% 75,4) bir aile sağlığı elemanı ile sözleşme imzalanmış olup, 1.401 (% 24,6) birimde ise görevlendirmeli aile sağlığı elemanı ile hizmet verilmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen 33 ilde aile hekimliği pozisyonlarının % 99’unda sözleşmeli aile hekimlerimiz ile hizmet verilmekte bu sayede dengeli, herkesin eşit oranda ulaşabileceği bir sağlık hizmeti sağlanmış olmaktadır (Çom, 2008:30).

2010 yılında ise tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olacaktır.

## **2.16. İşyeri ve Kurum Hekimlikleri**

İşyeri hekimi sevk gerektiğinde çalışanı yönlendirir ve aile hekimine bildirir. Kişiler aile hekimlerince takip edilmek durumundadır. Belli koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmeti gerektiğinde işyeri hekimi ve aile hekimi işbirliği içinde bu hizmetlerin yerine getirilmesini sağlarlar. Rutin birinci basamak sağlık hizmetinin yürütülmesi anlamında uygulanan kurum hekimliği aile hekimliği ile birlikte düşünülemez. Ancak kurumların kendi işleyiş durumlarına göre özelleşmiş sağlık denetimi ve kontrolleri, rapor tanzimleri gibi hususların yürütüldüğü kurum hekimliği anlayışı aile hekimliğinden ayrı düşünölmek zorundadır. Cezaevi, yatılı okul gibi toplu yaşama mekanlarında oluşturulan revir benzeri sağlık birimleri de aile hekimliğinden bağımsızdır. (Aydın ve diğeri, 2004, s.101).

İşyeri ve kurum hekimleri talepleri ve uygun görülmesi halinde yetkilendirilmiş aile hekimleri olarak hizmet verebilecekler. Yetkilendirilmiş aile hekimleri kendilerine bağı nüfusa hizmet verebilecek, ancak aile hekimliği sözleşmesi yerine yetkilendirilmiş aile hekimliği sözleşmesi imzalayacak buna karşılık ücretlerini de kendi kurum ve işyerlerinden alacaklar. Bu uygulama ile hem kurum ve işyerlerinin ihtiyaçlarını karşılamayı, hem de hekim ihtiyacının azaltılması amaçlanmıştır (Akdağ, 2009).

## **2.17. Türkiye’deki Aile Hekimliği Uygulamalarının Sonuçları**

Aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte bu uygulamanın olumlu ve olumsuz yanlarını tespit etmek üzere Sağlık Bakanlığı’nca bu uygulamaya geçilen illerde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Aşağıda bu aile hekimliği uygulamaların yapıldığı illerdeki bazı sonuçlara yer verilmektedir:

Trabzon’da Aile Hekimliğine 05.01.2009 tarihinde geçilmiştir. Bu tarih itibari ile 212 Aile hekimliği pozisyonu; il merkezinde 70, ilçe merkezlerinde 94, belde ve köylerde 48 Aile Hekimi olacak şekilde oluşturulmuştur. İl genelinde 62’si Sağlık Ocağında, 3’ü İlçe Hastanesinde ve 3 tanesi de Sağlık Biriminde olmak üzere toplam 68 Aile Sağlığı Merkezi hizmete açılmıştır.

Aile hekimliğine geçildikten 6 ay sonra yapılan değerlendirmede şu sonuçlar açıklanmıştır:

- Vatandaş daha iyi ve erişilebilir hizmet alması nedeniyle büyük ölçüde memnundur. Daha önce Sağlık Ocağı olup Sağlık Evine dönüştürülen yerlerde memnuniyet oranları nispeten düşüktür.
- Aile Hekimleri çalışma koşulları ve verilen ücret nedeniyle memnundur.
- Aile hekimlerinde oluşan memnuniyet kadar Aile Sağlığı Elemanlarında (alınan ücretin tatminkar olmaması ve iş yoğunluğundan) memnuniyet oluşmamıştır.
- İnsan kaynakları daha verimli kullanılmaya başlanılmıştır.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemiyle sağlıkla ilgili veriler daha doğru ve güvenilir şekilde kayıt altına alınmış, veri kaçakları minimize edilmiştir.
- Uygulama yeni olmasına rağmen koruyucu sağlık hizmetlerinde gebe-bebek izlemleri ve aşılama oranları %95'in üzerinde olup, yüz güldürücüdür.
- Hastaların hastaneye gidiş alışkanlıklarında ilk 6 ayda pek bir değişim gözlenmemiştir. Yeterli bilgilendirme ve Aile Hekimlerine konan performans nedeniyle önümüzdeki süreçte 1. basamakta bakılan hasta sayısında artış, 2. ve 3. basamakta bakılanlarda düşüş beklenmektedir.
- Coğrafyanın sahil kesimi dışındaki yerlerde zorlu ve nüfusun dağınık olması nedeniyle mobil hizmet verilmektedir. Gerek hizmet vermede gerekse de hizmete ulaşmada sıkıntılar olabilmektedir.
- Aile Hekimliğine geçiş yeni olduğu için doğru ve sıhhatli değerlendirme yapabilmek için daha çok veri ve zamana ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak; Trabzon'da ilk 6 ayı tamamlanan Aile Hekimliği Uygulamasının sağlık hizmetlerine olan yansımalarının olumlu olduğu, önümüzdeki süreçte hedeflenen başarıyı yakalayabilmek için bugüne kadar gösterilen çabanın artarak devam etmesi gerektiği öngörülmektedir (Aile Hekimliği Dergisi, 2009).

Aile hekimliği uygulamasına geçen diğer bir il ise İzmir'dir. 14 Mayıs 2007'de İzmir ilk defa aile hekimliğine geçmiştir. Uygulamadan 1 yıl sonra aile hekimliği değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Birinci basamak ve ikinci basamak başvuru oranı tersine dönmüştür. Daha önceden ikinci basamak başvuru sayısı daha fazla iken, aile hekimliğinin daha birinci yılında bu oran olması gerektiği şekilde birinci basamak lehine artmıştır. Hep uygulanmak istenen ama bir türlü uygulanamayan sevk zinciri; zorunlu bir şekilde değil de halkın tercihiyle gerçekleşme yoluna girmiştir. Vatandaş tercihini birinci basamaktan yana kullanmıştır. Birinci basamak hekimleri ve sağlık hizmetleri hak ettiği konuma gelmiştir.

Daha önceden sağlık ocağı bünyesinde 693 poliklinik odası mevcutken şu anda 1091 poliklinikte halkımız hizmet almaktadır. Muayene sayısı da artmış ancak poliklinik başına düşen hasta sayısı azalmıştır. Daha kaliteli poliklinikler ve daha güler yüzlü hekimler vatandaşa hizmet vermiştir.

Bu veriler dahilinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle, aile sağlığı merkezlerinde sağlık hizmeti almış kişilere uygulanan Hasta Memnuniyet anketi sonuçları da bunun en büyük ispatıdır. Bu anket toplam nüfusun %1'ine denk gelecek şekilde İzmir ili için 3750 kişiye aynı anda uygulanmıştır. Ve ekibin en önemli parçalarından aile sağlığı elemanları da bu ankette yer almış ve İzmir halkı aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmetten oldukça memnun olduklarını beyan etmişlerdir.

Koruyucu hekimlik hizmetlerine dair rakamlara baktığımızda aşı oranlarımız ve öncelikli hizmet gruplarında izlem oranlarımız %100 lere ulaşmıştır. Hekimler koruyucu hekimlik uygulamalarına dahil olmuş ve sadece poliklinik yapıp hasta muayene eder durumdan sağlıklı bireylere de periyodik muayeneler planlayabilecek motivasyona ve imkana kavuşmuşlardır.

İzmir ilinde şu anda birinci basamakta 36 adet toplum sağlığı merkezi olup bunlardan 22'sinin bünyesinde görüntüleme hizmeti verilmektedir. Tüm TSM'lerin bu hizmeti sunması için çalışmalar devam etmektedir. Toplum sağlığı merkezleri mevzuatlar çerçevesinde üzerine düşen görevleri özveriyle yerine getirmektedir.

Sonuç olarak Mayıs 2007'den önceki kaygılı durum ortadan kalkmış ve hastasıyla hekimiyle yardımcı sağlık personeliyle motive bir birinci basamak dinamiği yaratılmıştır (Özkan, 2008).

Adıyaman ilinde 25 Aralık 2006 tarihinde Aile Hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Uygulamadan 2 yıl sonra yapılan değerlendirmede aşağıdaki bilgiler verilmiştir;

Birinci basamak sağlık hizmetlerine yeni bir bakış açısı getiren bu uygulama ile koruyucu sağlık hizmetleri disiplinler bir anlayış ile verilmeye başlanmıştır. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimlerince verilirken topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından bütüncül bir yaklaşımla verilmeye başlanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması ile sağlık alt yapısının iyileştirilmesi, beraberinde hizmet sunum kolaylığını sağlamıştır. Hizmet sunumun önündeki engellerin kalkması vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti verebilme imkanı doğurmuştur. Son yıllarda bilişim alt yapısında yaşanan gelişmeler gerek birinci basamakta ve gerekse yataklı tedavi kurumlarımızda verilen tüm sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınmasına imkan sağlamıştır.

Koruyucu hekimliğin bütün parametrelerinde etkili ve kaliteli hizmet üretmenin yanı sıra insan kaynağımızın da verimli ve daha üretken hale gelebilmesi için hizmet içi eğitimlere önem verilmiştir. Aile hekimleri kendilerine tahsis edilen ofislerinde sorumluluğunu aldıkları kişilerin primer sağlık takipçileri olmuşlardır. Hekimlerimiz kullandıkları bilgi sistemi ile kişisel sağlık kayıtlarını düzenli tutarak çok farklı sağlık göstergelerine ulaşma ve değerlendirme yapabilme imkanı bulmuşlardır. Hekimler kendilerini yenileme ihtiyacı hissedip eğitim programlarını takip etmişlerdir. Bir taraftan kendilerini yenilerlerken öte yandan hastalarına modern tıbbın gereklerini uygulama fırsatını yakalamışlardır (Taş, 2008).

Türkiye'de ilk olarak aile hekimliği pilot uygulaması daha öncede belirtildiği üzere 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmıştır. Uygulamadan sonra geçen

4 yıl İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeden çıkan sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

- İkinci ve Üçüncü Basamak kurumların muayene sayısı 2004 yılında 512.505 iken, 2008 yılında 917.781'dir
- Birinci basamak ve hastaneye başvuru sayıları toplam olarak değerlendirildiğinde kişi başına düşen muayene sayısı 2004 yılında 3,4 iken, 2008 yılında 5,9'dur.
- Birinci basamak ve hastanelerde yapılan muayenelerin oransal dağılımları değerlendirildiğinde 2004 yılında tüm muayene hizmetlerinin % 50'si birinci basamakta veriliyor iken, aile hekimliği uygulaması sonrasında 2008 yılında bu oran % 55 olmuştur.
- Gebe, bebek ve çocuk başına düşen izlem oranları değerlendirildiğinde gebe başına düşen izlem oranı 2004 yılında 2,9 iken, 2008 yılında 3,3'tür. Bebek başına 2004 yılında 7,5 izlem düşerken, 2008 yılında 9,3 izlem düşmektedir. Loğusa başına düşen izlem sayısı 2004 ve 2008 yıllarında 1,7'dir. Çocuk başına düşen izlem sayısı ise 2004 yılında 1,8 iken, 2008 yılında 1,5'tir.
- Ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızını 2004 ve 2008 yılları olarak karşılaştırdığımızda bebek ölüm hızımızın binde 16,3'den, binde 12,6'ya düştüğü, ana ölüm hızının ise yüzbinde 71,9'dan, binde 43,3'e gerilediği görülmektedir. 2004 yılında hastanede gerçekleşen doğum oranı % 67,6 iken, 2008 yılında % 99,3 seviyelerine ulaşmıştır.
- Aşılama hizmetleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, BCG aşılama oranının 2004 yılında % 84 iken, 2008 yılında % 95 oranlarına çıktığı, yine DBT-İPV-HİB ve Oral Polio aşılama hizmetlerinin % 91'den % 95 oranlarına yükseldiği, Hepatit B aşısı oranının 2004 yılında % 87 iken, 2008 yılında % 93 olduğu, KKK aşısı oranının aynı yıllar için % 85 oranından % 96 oranına yükseldiği gözlenmektedir.
- Aile Hekimleri tarafından sunulan gezici sağlık hizmetleri kapsamında; 30.215 kişi muayene hizmetinden yararlanmıştır. Bu hizmet kapsamında 2.064 halk eğitim seansı düzenlenmiş, 11.672 kişi aile planlaması hizmetlerinden yararlanmış, 1.791 gebe, 620 loğusa, 3.472 bebek, 11.477 kadın (15-49 yaş) izlemi yapılmıştır. 1.216 bebek ve çocuk aşılanmıştır.

Gezici sağlık hizmetleri kapsamında 42 hekimimiz 154 k6y6 belirli periyotlarla ziyaret etmektedir.

Sonuç olarak D6zce’de aile hekimliği uygulamasına başlanılmasıyla birlikte hekime ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik artmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin 6cretsiz olarak sunulması herkesin eşit olarak yararlanabilmesini sağlamaktadır. Ana ocuk sağlığı ile ilgili verilerde yapılan değerlendirmelerde, uygulamada edinilen izlenimlerde ve istatistiki verilerde olumlu gelişmeler g6zlenmektedir. Gebe ve bebek izlemlerindeki artış hem niteliksel hem de nicelikselidir. Bu durum gebe ve bebek sağlığı açısından değerlendirilebilecek 6nemli bir parametredir. Bebek 6l6mlerindeki gerilemenin nedeni olarak; gebe ve bebek izlemlerindeki artış, Aile Hekiminin gebe ve bebeğini sahiplenmesi, tespitini ve takibini yapması, yataklı tedavi hizmetleri ile yapılan işbirliği sonucunda olduğu d6ř6n6lmektedir. İlimizde yeni doğan bebeklerin tespit ve takiplerinde, bebelere ait doğum bilgileri, ilk doz Hepatit aşısının yapılıp yapılmadığı, işitme tarama testi yapılıp yapılmadığı, yapıldı ise sonucu ve fenilketon6ri, tiroid hormonu, biotinidaz eksikliği testleri için numune alınıp alınmadığı gibi bilgilerin aile hekimleri ile etkin şekilde takibi sağlanmaktadır. Aşılama hizmetlerindeki başarı aile hekimliğinin 6nemli adımlarından biridir. Artık binası olan ancak hekimi, sağlık personeli bulunmayan sağlık ocakları ile karşılaşılmamaktadır, aile hekimliği uygulaması ile kişiler sağlık kuruluşuna başvurularında hangi hekim ve hangi aile sağlığı elemanı ile karşılaşacaklarını bilmektedirler. Hekime ulaşılabilirlik artmıştır. Her hekimin poliklinik odası bulunmaktadır. Aile Hekimliği Uygulaması ile kişiler hekim değiştirme uygulamasının farkına varmışlardır. Aile Hekimleri ofislerinin fiziksel, teknik ve tıbbi donanımlarının temininden, takibinden, bakım ve onarımından sorumlu olması sağlık idaresinin bu anlamda işg6c6 kaybını azaltmaktadır. Ankara Sosyal Araştırmalar Merkezi (ANAR) tarafından yapılan D6zce ili Aile Hekimliği Araştırması’nda “Yararlandığınız hizmetten memnun kaldınız mı” sorusuna % 77,5’i evet yanıtını vermiştir, Hayır diyenlerin oranı ise % 6,6’dır. Araştırma sonucunda vatandaşlarımızın aile hekimliğinden memnuniyetinin y6ksek oranda olduğu g6zlenmektedir (şimşek, 2009).

### **3. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK BİR UYGULAMA**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Yalova'daki aile hekimliği uygulamalarının bireylerin bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bu uygulamanın bireyler açısından önem düzeyinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Burada yaşayan vatandaşların Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı sağlıkta dönüşüm ve reform sürecini nasıl yaşadığı ve algıladığını, Aile hekimliği kavramını nasıl algıladığını ve aslında nasıl bir hizmet beklediğini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirildi.

Ayrıca katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve kendileri için önem durumunun farklılaşp farklılaşmadığını incelemektir.

#### **3.2. Araştırmanın Modeli**

Araştırma, farklı demografik özellikteki bireylerin aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmelerinin ve kendileri için önemli olma durumunun incelenmesine yönelik ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilemez. Bilmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir (Karasar, 2009, s.77).

#### **3.3. Evren ve Örneklem**

Araştırmalarda incelenen konularda ana kitlenin tümünü incelemek çok zaman alıcı ve maliyeti çok yüksek olduğu için ana kitleyi temsil etme yeteneği olan bir örnek kitlenin belirlenmesi tercih edilir. Evren büyüklüğü aile hekimliği uygulamalarından yararlanma olasılığı olan 249 kişi olarak tanımlanmıştır. Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde:



$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N - 1) + t^2 p q}$$

$$n = N t^2 p q / d^2 (N - 1) + t^2 p q$$

*N: Hedef kitledeki birey sayısı*

*n : Örnekleme alınacak birey sayısı*

*p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)*

*q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)*

*t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer*

*d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır.*

formülü kullanılarak öfke durumu daha fazla olanların bir yapıda olduğu değerlendirilen bu evren için % 95 güven aralığında,  $\pm$  %1 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü  $n = 69$  olarak hesaplanmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan, 4 demografik soru, 30 sorudan oluşan “Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme” ölçeği ve önemine ilişkin soru formu yardımıyla toplanmıştır. Katılımcılara sorulan sorular, anketin cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada kullanılan Likert Ölçeği, kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir. Anketi yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ölçeği;

(5) çok iyi

(4) iyi

(3) orta

(2) kötü

(1) çok kötü.

şeklinde bir ölçek kullanılmıştır.

Aile Hekimliği Uygulaması önemi ölçeği;

- (5) kesinlikle önemli
- (4) önemli
- (3) ne önemli ne önemsiz
- (2) önemsiz
- (1) kesinlikle önemsiz.

şeklinde bir ölçek kullanılmıştır.

Ölçek sonuçları 5.00-1.00=4.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek Ekip liderlerinin çatışmayı yönetim biçimleri düzeyi aralıkları belirlenmiştir. Buna göre; 1.00-1.79 puan aralığı, “çok düşük”, 1.80-2.59 “düşük”, 2.60-3.39 “orta”, 3.40-4.19 “yüksek” ve 4.20-5.00 arası “çok yüksek” olarak değerlendirilmektedir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından 01-10/03/2010 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin parametrelerin iki grup içi karşılaştırmalarında Eşlenik örnekler (Paired samples) t testi kullanılmıştır.

Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3.6.1 Ölçeklerin Güvenilirliği

**Tablo 2. Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları**

Ölçek	Cronbach's Alpha	Soru sayısı
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	0,9439	30
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	0,9424	30

30 sorudan oluşan Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ölçeği güvenilirlik düzeyi olan Cronbach's Alpha değeri 0,9439 olarak bulunmuştur. Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ölçeği yüksek düzeyde güvenilirdir.

30 sorudan oluşan Aile Hekimliği Uygulaması Önemi ölçeği güvenilirlik düzeyi olan Cronbach's Alpha değeri 0,9424 olarak bulunmuştur. Aile Hekimliği Uygulaması Önemi ölçeği yüksek düzeyde güvenilirdir.

### 3.7. Araştırmanın Bulguları

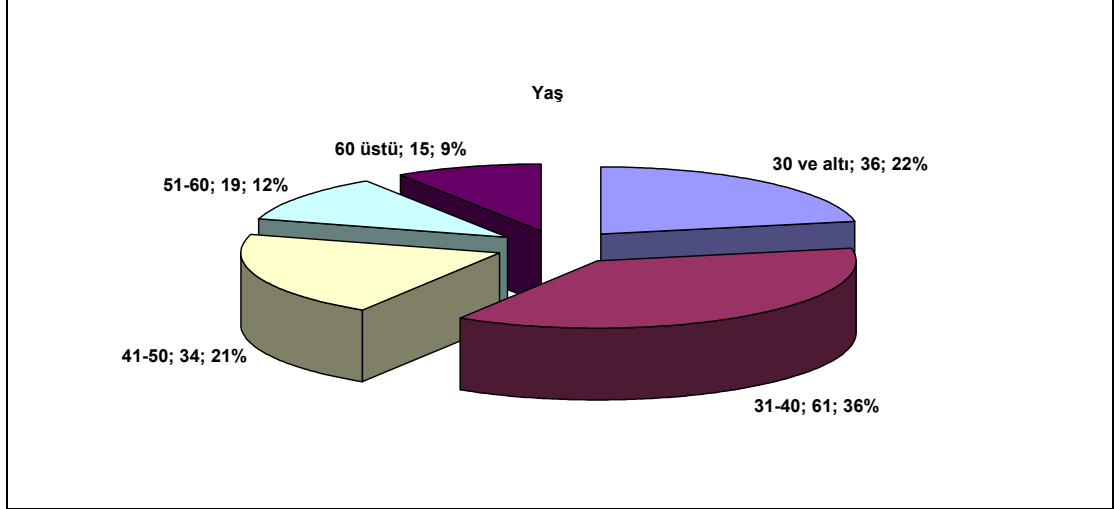
Bu bölümde, sırasıyla araştırma evrenindeki örneklem grubunun demografik özellikleri ve Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ve Aile Hekimliği Uygulaması Önemi ölçeğine ilişkin bulgular ile bunların yorumlarına yer verilmiştir.

#### 3.7.1 Örneklem Grubuna İlişkin Demografik Özellikler

**Tablo 3. Örneklem Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplamsal Yüzde
30 ve altı	36	21,8	21,8	21,8
31-40	61	37,0	37,0	58,8
41-50	34	20,6	20,6	79,4
51-60	19	11,5	11,5	90,9
60 üstü	15	9,1	9,1	100,0
Toplam	165	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların 36'sı (%21,8) 30 ve altı yaş grubunda; 61'i (%37) 31-40 yaş grubunda; 34'ü (%20,6) 41-50 yaş grubunda; 19'u (%11,5) 51-60 yaş grubunda; 15'i (%9,1) 60 üstü yaş grubundadır.

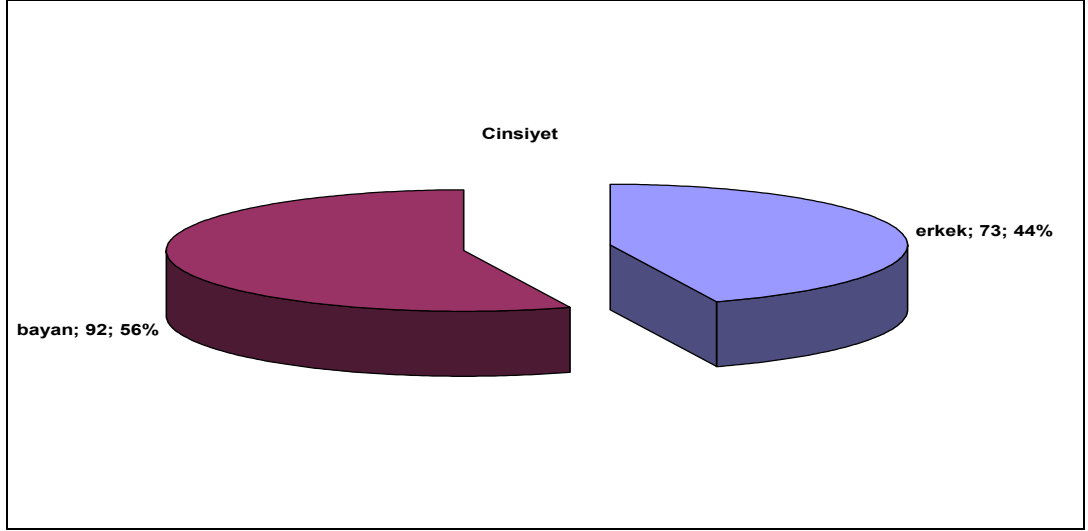


**Şekil 2. Örneklem Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

**Tablo 4. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplamsal Yüzde
Erkek	73	44,2	44,2	44,2
Bayan	92	55,8	55,8	100,0
Toplam	165	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların 73'ü (%44,2) erkek; 92'si (%55,8) bayandır. Bu çerçevede örneklem grubunun cinsiyet açısından eşit dağılıma sahip olduğu söylenebilir.

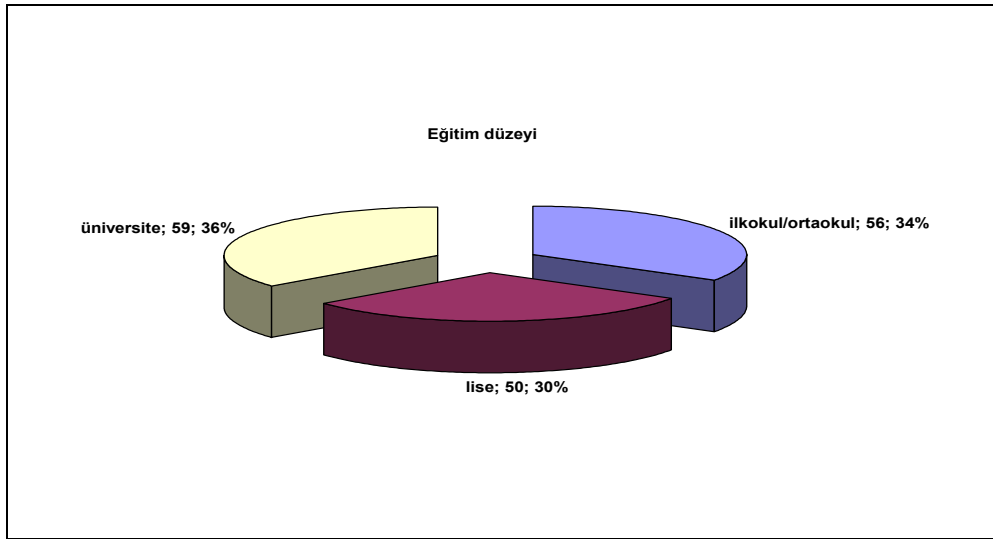


**Şekil 3. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

**Tablo 5. Örneklem Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplamsal Yüzde
İlkokul/ortaokul	56	33,9	33,9	33,9
Lise	50	30,3	30,3	64,2
Üniversite	59	35,8	35,8	100,0
Toplam	165	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların 56'sı (%33,9) ilkokul ve ya ortaokul mezunu; 50'si (%30,3) lise mezunu; 59'u (%35,8) üniversite mezunudur. Bu çerçevede örneklem grubunun eğitim düzeyi açısından eşit dağılıma sahip olduğu söylenebilir.

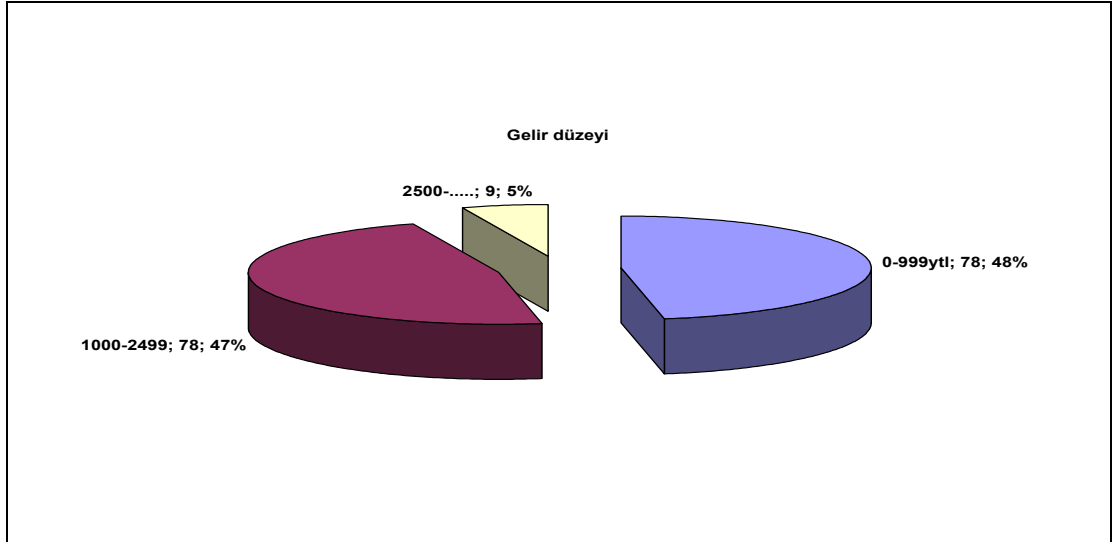


**Şekil 4. Örneklem Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı**

**Tablo 6. Örneklem Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı**

	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Geçerli Yüzde</b>	<b>Toplamsal Yüzde</b>
0-999ytl	78	47,3	47,3	47,3
1000-2499	78	47,3	47,3	94,5
2500-.....	9	5,4	5,4	100,0
Toplam	165	100,0	100,0	

Araştırmaya katılanların 78'i (%47,3) 0-999ytl arası gelir düzeyinde; 78'i (%47,3) 1000-2499 arası gelir düzeyinde; 9'u (%5,4) 2500 ve üstü gelir düzeyindedir.



**Şekil 5. Örneklem Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı**

### **3.7.2 Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Uygulama Öneminin Değerlendirmesi**

Bu bölümde, Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Aile Hekimliği Uygulama Öneminin Değerlendirmesi ölçeklerine ilişkin ilişkiler ve farkların hipotezler ile incelenmesi ile bunların yorumlarına yer verilmiştir.

**Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi**

		<b>Çok Kötü</b>	<b>Kötü</b>	<b>Orta</b>	<b>İyi</b>	<b>Çok İyi</b>
	<b>N</b>	3	7	18	80	57
<b>S1</b>	<b>%</b>	1,8%	4,2%	10,9%	48,5%	34,5%
	<b>N</b>	51	36	43	24	11
<b>S2</b>	<b>%</b>	30,9%	21,8%	26,1%	14,5%	6,7%
	<b>N</b>	3	10	26	92	34
<b>S3</b>	<b>%</b>	1,8%	6,1%	15,8%	55,8%	20,6%
	<b>N</b>	54	37	41	24	9
<b>S4</b>	<b>%</b>	32,7%	22,4%	24,8%	14,5%	5,5%
	<b>N</b>	33	35	29	48	20
<b>S5</b>	<b>%</b>	20,0%	21,2%	17,6%	29,1%	12,1%
	<b>N</b>	26	48	36	37	18
<b>S6</b>	<b>%</b>	15,8%	29,1%	21,8%	22,4%	10,9%
	<b>N</b>	8	17	33	74	33
<b>S7</b>	<b>%</b>	4,8%	10,3%	20,0%	44,8%	20,0%
	<b>N</b>	12	26	69	36	22
<b>S8</b>	<b>%</b>	7,3%	15,8%	41,8%	21,8%	13,3%
	<b>N</b>	9	20	29	71	36
<b>S9</b>	<b>%</b>	5,5%	12,1%	17,6%	43,0%	21,8%
	<b>N</b>	11	12	36	66	40
<b>S10</b>	<b>%</b>	6,7%	7,3%	21,8%	40,0%	24,2%
	<b>N</b>	17	16	46	65	21
<b>S11</b>	<b>%</b>	10,3%	9,7%	27,9%	39,4%	12,7%
	<b>N</b>	15	28	50	47	25
<b>S12</b>	<b>%</b>	9,1%	17,0%	30,3%	28,5%	15,2%
	<b>N</b>	14	20	41	60	30
<b>S13</b>	<b>%</b>	8,5%	12,1%	24,8%	36,4%	18,2%
	<b>N</b>	10	15	32	70	38
<b>S14</b>	<b>%</b>	6,1%	9,1%	19,4%	42,4%	23,0%
	<b>N</b>	12	25	39	72	17
<b>S15</b>	<b>%</b>	7,3%	15,2%	23,6%	43,6%	10,3%
	<b>N</b>	13	22	41	56	33
<b>S16</b>	<b>%</b>	7,9%	13,3%	24,8%	33,9%	20,0%
	<b>N</b>	21	25	51	45	23
<b>S17</b>	<b>%</b>	12,7%	15,2%	30,9%	27,3%	13,9%
	<b>N</b>	6	8	41	56	54
<b>S18</b>	<b>%</b>	3,6%	4,8%	24,8%	33,9%	32,7%
	<b>N</b>	5	12	40	64	44
<b>S19</b>	<b>%</b>	3,0%	7,3%	24,2%	38,8%	26,7%
	<b>N</b>	4	10	43	65	43
<b>S20</b>	<b>%</b>	2,4%	6,1%	26,1%	39,4%	26,1%
	<b>N</b>	26	34	52	34	19
<b>S21</b>	<b>%</b>	15,8%	20,6%	31,5%	20,6%	11,5%
	<b>N</b>	12	20	40	60	33
<b>S22</b>	<b>%</b>	7,3%	12,1%	24,2%	36,4%	20,0%
	<b>N</b>	3	10	46	70	36
<b>S23</b>	<b>%</b>	1,8%	6,1%	27,9%	42,4%	21,8%
<b>S24</b>	<b>N</b>	9	16	47	65	28

	%	5,5%	9,7%	28,5%	39,4%	17,0%
	N	3	5	18	64	75
<b>S25</b>	%	1,8%	3,0%	10,9%	38,8%	45,5%
	N	4	5	22	69	65
<b>S26</b>	%	2,4%	3,0%	13,3%	41,8%	39,4%
	N	9	13	36	76	31
<b>S27</b>	%	5,5%	7,9%	21,8%	46,1%	18,8%
	N	2	8	36	76	43
<b>S28</b>	%	1,2%	4,8%	21,8%	46,1%	26,1%
	N	11	16	54	55	29
<b>S29</b>	%	6,7%	9,7%	32,7%	33,3%	17,6%
	N	11	23	48	55	28
<b>S30</b>	%	6,7%	13,9%	29,1%	33,3%	17,0%

**Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Öneminin Değerlendirmesi**

		Kesinlikle		Ne Önemli		Kesinlikle
		Önemsiz	Önemsiz	Ne Önemsiz	Önemli	Önemli
<b>S1</b>	N	2	1	14	66	82
	%	1,2%	,6%	8,5%	40,0%	49,7%
<b>S2</b>	N	4	4	14	62	81
	%	2,4%	2,4%	8,5%	37,6%	49,1%
<b>S3</b>	N	1	2	12	78	72
	%	,6%	1,2%	7,3%	47,3%	43,6%
<b>S4</b>	N	2	3	15	61	84
	%	1,2%	1,8%	9,1%	37,0%	50,9%
<b>S5</b>	N	1	2	16	75	71
	%	,6%	1,2%	9,7%	45,5%	43,0%
<b>S6</b>	N	1	2	22	70	70
	%	,6%	1,2%	13,3%	42,4%	42,4%
<b>S7</b>	N		1	11	66	87
	%		,6%	6,7%	40,0%	52,7%
<b>S8</b>	N		1	13	64	87
	%		,6%	7,9%	38,8%	52,7%
<b>S9</b>	N			13	77	75
	%			7,9%	46,7%	45,5%
<b>S10</b>	N	2	1	9	68	85
	%	1,2%	,6%	5,5%	41,2%	51,5%
<b>S11</b>	N	1	1	14	65	84
	%	,6%	,6%	8,5%	39,4%	50,9%
<b>S12</b>	N	1	3	9	75	77
	%	,6%	1,8%	5,5%	45,5%	46,7%
<b>S13</b>	N	1	2	6	70	86
	%	,6%	1,2%	3,6%	42,4%	52,1%
<b>S14</b>	N		2	13	48	102
	%		1,2%	7,9%	29,1%	61,8%
<b>S15</b>	N	1	3	11	74	76
	%	,6%	1,8%	6,7%	44,8%	46,1%



<b>S16</b>	<b>N</b>	1	1	17	66	80
	<b>%</b>	,6%	,6%	10,3%	40,0%	48,5%
<b>S17</b>	<b>N</b>	2		11	66	86
	<b>%</b>	1,2%		6,7%	40,0%	52,1%
<b>S18</b>	<b>N</b>	2		13	43	107
	<b>%</b>	1,2%		7,9%	26,1%	64,8%
<b>S19</b>	<b>N</b>	1	3	12	57	92
	<b>%</b>	,6%	1,8%	7,3%	34,5%	55,8%
<b>S20</b>	<b>N</b>	1	1	10	75	78
	<b>%</b>	,6%	,6%	6,1%	45,5%	47,3%
<b>S21</b>	<b>N</b>	1	4	13	72	75
	<b>%</b>	,6%	2,4%	7,9%	43,6%	45,5%
<b>S22</b>	<b>N</b>	2		18	67	78
	<b>%</b>	1,2%		10,9%	40,6%	47,3%
<b>S23</b>	<b>N</b>	1	2	11	72	79
	<b>%</b>	,6%	1,2%	6,7%	43,6%	47,9%
<b>S24</b>	<b>N</b>	2	1	18	74	70
	<b>%</b>	1,2%	,6%	10,9%	44,8%	42,4%
<b>S25</b>	<b>N</b>		1	8	52	104
	<b>%</b>		,6%	4,8%	31,5%	63,0%
<b>S26</b>	<b>N</b>			11	61	93
	<b>%</b>			6,7%	37,0%	56,4%
<b>S27</b>	<b>N</b>			15	73	77
	<b>%</b>			9,1%	44,2%	46,7%
<b>S28</b>	<b>N</b>	1	1	7	69	87
	<b>%</b>	,6%	,6%	4,2%	41,8%	52,7%
<b>S29</b>	<b>N</b>	1	2	16	68	78
	<b>%</b>	,6%	1,2%	9,7%	41,2%	47,3%
<b>S30</b>	<b>N</b>	1	1	18	58	87
	<b>%</b>	,6%	,6%	10,9%	35,2%	52,7%

H<sub>0</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ile önemi arasında anlamlı fark yoktur. (**Red**).

H<sub>1</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ile önemi arasında anlamlı fark vardır. (**Kabul**).

**Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve öneminin karşılaştırılması**

<b>Ölçek</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	165	3,48	0,68	-15,55	<b>0,000</b>
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	165	4,39	0,44		

Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. (p<0,05).

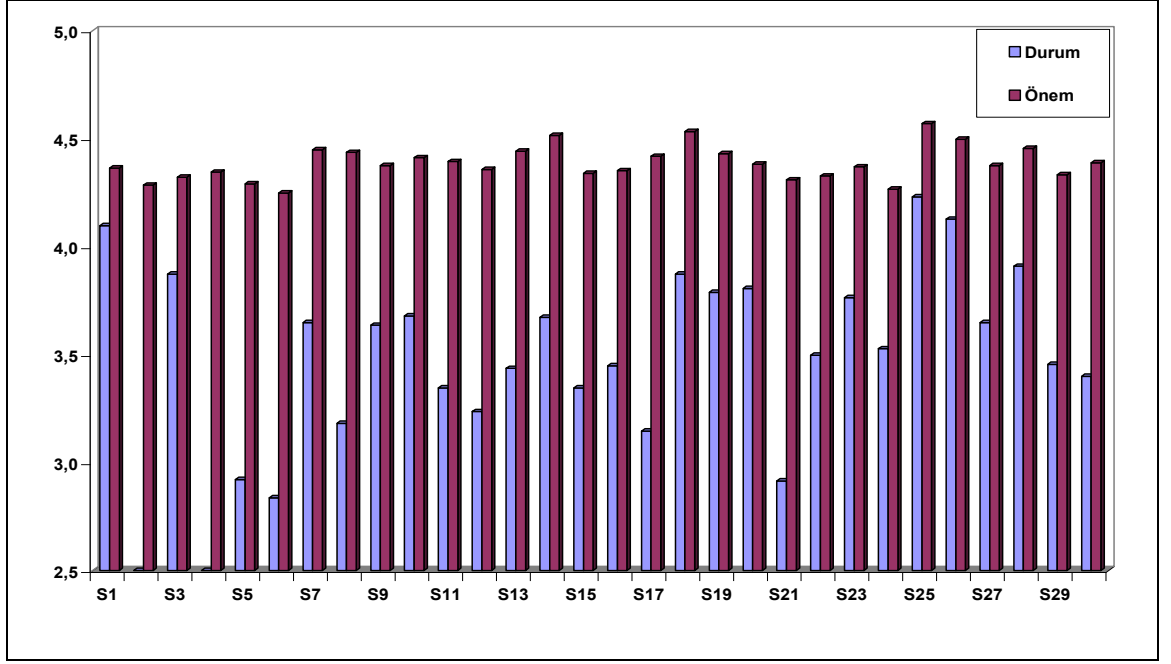
**Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi Ve Öneminin Soru Bazında Karşılaştırılması**

<b>Soru</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Evinizden Aile Hekimliği birimine ulaşım koşulları nasıl?	165	4,10	0,88	-3,36	<b>0,001</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,36	0,77		
Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilgilendirildiniz mi?	165	2,44	1,25	-16,11	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,28	0,90		
Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?	165	3,87	0,87	-5,31	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,32	0,72		
Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz nasıl?	165	2,38	1,23	-16,92	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,35	0,82		
Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp sevk etmesi nasıl?	165	2,92	1,34	-11,83	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,29	0,74		
Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıldır?	165	2,84	1,25	-12,31	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,25	0,78		
Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıldır?	165	3,65	1,06	-8,99	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,45	0,65		
Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl?	165	3,18	1,08	-13,45	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,44	0,67		
Aile hekiminizin sağlık ve bilgi kayıtlarınızı izlemesi nasıldır?	165	3,64	1,12	-8,06	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,63		
Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?	165	3,68	1,12	-7,48	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,41	0,73		
Aile hekiminizin ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıl?	165	3,35	1,14	-10,00	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,39	0,72		
Acil sağlık probleminiz için Aile hekiminizden yardım alabilme durumunuz nasıl?	165	3,24	1,17	-10,99	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,36	0,72		
Aile hekiminizin kronik hastalığı olan kişilerde izleme sıklığı nasıl?	165	3,44	1,17	-9,70	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,44	0,68		

Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum sonrası Loğusa ve bebeğine beraber izlemesi nasıl?	165	3,67	1,11	-9,52	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,52	0,69		
Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu eğitim vermesi nasıl?	165	3,35	1,09	-9,58	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,34	0,74		
Aile hekiminizi belirlemeniz nasıl?	165	3,45	1,18	-8,57	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,35	0,74		
Aile hekimliği uygulaması ile hastane kuyruklarında azalma nasıl?	165	3,15	1,22	-11,92	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,42	0,72		
Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?	165	3,87	1,04	-7,31	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,53	0,75		
Verilen hizmet kalitesi nasıl?	165	3,79	1,02	-7,06	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,43	0,76		
Sürekli aynı hekime gittiğinizden düzenli sağlık kayıt sisteminin kurulması nasıl?	165	3,81	0,97	-6,98	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,68		
Aile hekimliği uygulaması hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi nasıl?	165	2,92	1,23	-12,99	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,31	0,77		
Aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması sağlık hizmetlerine olan etkisi nasıl?	165	3,50	1,16	-7,64	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,33	0,77		
Aile hekiminizin muayenesi önceki muayenelerinize göre kalitesi nasıl?	165	3,76	0,92	-7,36	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,37	0,72		
Hastalandığınızda ilk müracaatınızın Aile hekimine olması nasıl?	165	3,53	1,06	-8,48	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,27	0,77		
Başvurduğunuzda size hizmet veren Aile hekiminin davranışı nasıl?	165	4,23	0,89	-4,40	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,57	0,62		
Başvurduğunuzda size hizmet veren sağlık personelinin davranışı nasıl?	165	4,13	0,93	-4,53	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,50	0,62		
İhtiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden Aile hekiminden alma durumunuz nasıl?	165	3,65	1,05	-8,95	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,65		
Aile hekiminizden genel olarak aldığınız hizmet nasıl?	165	3,91	0,88	-7,61	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,45	0,67		
Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?	165	3,45	1,10	-9,89	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,33	0,75		
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?	165	3,40	1,13	-10,36	<b>0,000</b>
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,39	0,75		

“Evinizden Aile Hekimliği birimine ulaşım koşulları nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilgilendirildiniz mi?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp sevk etmesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin sağlık ve bilgi kayıtlarınızı izlemesi nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Acil sağlık probleminiz için Aile hekiminizden yardım alabilme durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin kronik hastalığı olan kişilerde izleme sıklığı nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum sonrası Loğusa ve bebeğine beraber izlemesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu eğitim vermesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile

hekiminizi belirlemeniz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekimliği uygulaması ile hastane kuyruklarında azalma nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Verilen hizmet kalitesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Sürekli aynı hekime gittiğinizden düzenli sağlık kayıt sisteminin kurulması nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekimliği uygulaması hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması sağlık hizmetlerine olan etkisi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizin muayenesi önceki muayenelerinize göre kalitesi nasıl” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Hastalandığınızda ilk müracaatınızın Aile hekimine olması nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Başvurduğunuzda size hizmet veren Aile hekiminin davranışı nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Başvurduğunuzda size hizmet veren sağlık personelinin davranışı nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “İhtiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden Aile hekiminden alma durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekiminizden genel olarak aldığımız hizmet nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ). “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ( $p<0,05$ ).



**Şekil 6. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi Ve Öneminin Soru Bazında Karşılaştırılması**

H<sub>0</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, yaşa göre anlamlı değişim göstermemektedir. **(Kabul)**.

H<sub>1</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, yaşa göre anlamlı değişim göstermektedir. **(Red)**.

**Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Yaşa Göre Dağılımı**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	30 ve altı	36	3,500	0,769	0,770	0,546
	31-40	61	3,534	0,669		
	41-50	34	3,298	0,768		
	51-60	19	3,489	0,451		
	60 üstü	15	3,560	0,447		
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	30 ve altı	36	4,382	0,536	1,044	0,386
	31-40	61	4,305	0,493		
	41-50	34	4,436	0,416		
	51-60	19	4,486	0,157		
	60 üstü	15	4,484	0,225		

Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi, yaşa göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı yaş gruplarındaki hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme eşit düzeydedir.

Aile Hekimliği Uygulaması Önemi, yaşa göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı yaş gruplarındaki hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Önemi eşit düzeydedir.

H<sub>0</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir. (**Kabul**).

H<sub>1</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermektedir. (**Red**).

**Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Cinsiyete Göre Dağılımı**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>S.s</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	erkek	73	3,382	0,683	-1,592	0,113
	bayan	92	3,550	0,664		
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	erkek	73	4,360	0,506	-0,675	0,501
	bayan	92	4,407	0,389		

Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Kadın ve erkek hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme eşit düzeydedir.

Aile Hekimliği Uygulaması Önemi, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Kadın ve erkek hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Önemi eşit düzeydedir.

H<sub>0</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, eğitim düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. (**Kabul**).

H<sub>1</sub>: Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, eğitim düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir. (**Red**).

**Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	İlkokul/Ortaokul	56	3,532	0,544		
	Lise	50	3,446	0,724	0,297	0,744
	Üniversite	59	3,446	0,750		
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	İlkokul/Ortaokul	56	4,457	0,328		
	Lise	50	4,391	0,451	1,479	0,231
	Üniversite	59	4,315	0,523		

Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi, eğitim düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı eğitim düzeyinde olan hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme eşit düzeydedir.

Aile Hekimliği Uygulaması Önemi, eğitim düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı eğitim düzeyinde olan hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Önemi eşit düzeydedir.

$H_0$ : Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. (**Kabul**).

$H_1$ : Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve önemi, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermektedir. (**Red**).

**Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme	0-999 YTL	78	3,471	0,692		
	1000-2499	78	3,464	0,671	0,182	0,834
	2500-.....	9	3,607	0,627		
Aile Hekimliği Uygulaması Önemi	0-999YTL	78	4,459	0,371		
	1000-2499	78	4,324	0,481	2,016	0,137
	2500-.....	9	4,293	0,631		

Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı gelir düzeyinde olan hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme eşit düzeydedir.



Aile Hekimliği Uygulaması Önemi, gelir düzeyine göre anlamlı değişim göstermemektedir. ( $p>0,05$ ). Farklı gelir düzeyinde olan hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Önemi eşit düzeydedir.

#### 4. SONUÇ

Yalova'daki aile hekimliği uygulamalarının bireylerin bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bu uygulamaların bireyler açısından önem düzeyinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan araştırmadan ulaşılan sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

##### ***Örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar:***

- Araştırmaya katılanların; %21,8'i 30 ve altı yaş grubunda; %37'si 31-40 yaş grubunda; %20,6'sı 41-50 yaş grubunda; %11,5'i 51-60 yaş grubunda; %9,1'i 60 ve üzeri yaş grubundadır.
- Araştırmaya katılanların; %44,2'si erkek; %55,8'i bayandır.
- Araştırmaya katılanların; %33,9'u ilkokul ve ya ortaokul mezunu; 50'si %30,3'ü lise mezunu; %35,8'i de üniversite mezunudur.
- Araştırmaya katılanların %47,3'ü 0-999ytl arası gelir düzeyinde; %47,3'ü 1000-2499 arası gelir düzeyinde; %5,5'i 2500 ve üstü gelir düzeyindedir.

##### ***Araştırmaya katılanların aile hekimliği uygulamasını genel değerlendirmesi ve uygulamanın öneminin değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar:***

Araştırmaya katılanlara göre aile hekimliği uygulamaları oldukça önemli, ancak uygulamalar önemli olduğu kadar başarılı değildir. Sonuçlar istatistiksel açıdan da tüm sorular bazında  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. Buradan aile hekimliği uygulamalarında temel oluşturan tüm konulara vatandaşların oldukça önem verdikleri ancak uygulamalardaki eksiklikler ve aksaklıklar nedeniyle aile hekimliği uygulamalarını yeterli görmemekte oldukları söylenebilir.

Araştırmaya katılanların aile hekimliği uygulamasında en önemli buldukları Aile hekiminin doğum öncesi, doğum sonrası ve bebeğine beraber izlemesi, aile hekimine olan güvenleri ve aile hekiminin davranışlarıdır. En önemsiz buldukları ise; rahatsızlıkları ile ilgili olarak uzman gerektiğinde aile hekiminden hastaneden randevu alıp sevk etme durumu, tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekimine iletilme durumu ve hastalandıklarında ilk müracaatın aile hekimine olması durumudur.

Araştırmaya katılanların aile hekimliği uygulamasında en iyi değerlendirdikleri; aile hekimliğine ulaşım koşulları ve aile hekiminin davranışları, en olumsuz değerlendirdikleri ise aile hekimliği uygulaması hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi ve tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesidir.

Araştırmaya katılanların yaşları ile aile hekimliği uygulamalarını genel değerlendirmeleri ve önemli bulmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile farklı yaşlardaki katılımcıların aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve önemli bulmaları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetleri ile aile hekimliği uygulamalarını genel değerlendirmeleri ve önemli bulmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile bayan ve erkek katılımcıların aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve önemli bulmaları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ile aile hekimliği uygulamalarını genel değerlendirmeleri ve önemli bulmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile farklı eğitim düzeyindeki katılımcıların aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve önemli bulmaları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların gelir düzeyleri ile aile hekimliği uygulamalarını genel değerlendirmeleri ve önemli bulmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile farklı gelir düzeyindeki katılımcıların aile hekimliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve önemli bulmaları benzerlik göstermektedir.

ıkan sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde; aile hekimliği uygulamasının bireyler açısından oldukça önem taşıdığı, ancak uygulamalarda

birtakım eksikliklerin olduğu, bu görüşlerin ise bireylerin demografik özelliklerine göre değişmediğidir.

*Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.*

- Çalışmanın bulguları dikkate alınarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafınca aile hekimliği uygulamasının bireylerin beklenti düzeyini karşılayacak şekilde uygulamanın aksayan yönlerinin düzeltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Gerek ulusal gerekse yerel basın yayın organlarında aile hekimliğini tanıtıcı, halkı bu konuda bilgilendirici yayınlar yapılmalıdır.
- Aile hekimliği konusunda sağlık personelini eğitmek ve bilgilendirmek üzere hizmet içi eğitim seminerleri düzenlenmelidir.
- Araştırmanın benzerleri diğer aile hekimliği uygulamaları yapılan illerde yapılarak sonuçlar bu araştırma sonuçları ile karşılaştırılabilir. Böylelikle eksik ve aksayan yönlerin sistemden mi yoksa il özel sonuçlar olduğu mu belirlenebilir.
- Belirli aralıklarla aile hekimliği uygulamalarından halkın memnuniyet düzeyini belirleyecek anketler düzenlenmeli, anket sonuçları değerlendirilerek aile hekimliği sisteminin halkın beklentilerini karşılayacak şekilde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Aile hekimliği uygulamalarının il hekimleri tarafından değerlendirilmesine yönelik araştırmalar yapılabilir. Böylelikle uygulama çok yönlü bakış açısı ile değerlendirilebilir.

## KAYNAKÇA

Aile Hekimliği Nedir, 03.05.2010 <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/nedir.html>

Akdağ, R.(2009). *Aile Hekimliği Dergisi*, (6) 3

Algın, K. Şahin, İ.ve Top, M.(2005).Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, (1), 2.

Algın, K. Şahin, İ.ve Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, (3) 7,250–274.

Asenova, R. Foreva, G. Akdeniz, M. Bulut, S.ve Yaman, H. (2009). Bulgaristan’ da Aile Hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, (6)3.

Aydın, S. ve diğerleri (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Mavi Ofset.

Aydoğan, Ü.(2005). *Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti*. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.

Bayam, L.(2007). İngiltere’deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış. *Aile Hekimliği Dergisi*, (1)1.

Çom, S. (2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2 (5-6), 30- 33.

Dağdeviren, N.(2007). Aile Hekimliğinin Kilometre Taşlarından Biri. Millis ve Willard Raporları. *Aile Hekimliği Dergisi*, (4)1,6–9.

Dikici, M. F. Kartal, M. Alptekin, S. Çubukçu, M. Ayanoglu, A. S.ve Yariş, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* , (27), 412- 417.

- Ersoy, F. (2005).Aile Hekimliği Uygulamaları, Gerçekler ve Öncelikler. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, (9),19.
- Eskiocak, M. (2007). *Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Evans, P. (2002). *Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı*.(Çev: Okay Başak, Wonca Europe: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.
- Gökay, K. (2004). Aile Hekimliğinde Genetik Moleküller Tanı Uygulamaları. Gökay Biyotek Ltd. Medikal Yayın Grubu
- Göktaş, O. (b.t.) *Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi*. Bursa Sağlık Müdürlüğü
- Göktaş, O.(2005).*Aile Hekimi ve Aile Hekimliğinin Evrensel Tanımı*. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Eğitimleri Bursa İl Koordinatörü.
- İlter , B., ve Çaylan B. (2006). Neden Aile Hekimliği? *Aile Hekimliği Dergisi*, (1) 16- 18.
- Karadağ, Z. (2007).*Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karasar, N. (2009).*Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 20. Basım. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım
- Kasım, İ. Üstü, Y.ve Doğuşan, A.R. (2007). Küba’da Aile Hekimliği Uygulaması. *Aile Hekimliği Dergisi*,(5)1, 6.

- Kılıç, S.(2006). *Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Kocaeli Tabip Odası (2004). *Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü*. Türk Tabipleri Birliği, Kocaeli.
- Korukluoğlu, S.(2004).Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri. *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na Sunulan Bildiri*, Afyon: 23–26 Nisan .
- Korukluoğlu, S.(2005). *Aile hekimliği*. SB Diyalog.Ocak, (9) 14-15
- Korukluoğlu, S.(2005). Her Aileye Bir Hekim Aile Hekimliği Uygulaması Başlıyor. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*,(1) 9.
- Özkan, M.(2008). İzmir'de Aile Hekimliğinin Bir Yılı. *Aile Hekimliği Dergisi*, (4) 2.
- Öztek, Z.(2006). *Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği*, *Toplum Hekimliği Bülteni*,(2) 25, 1- 6.
- Paycı, Ö.S. ve Ünlüoğlu, İ.(2004). *Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği*. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını
- Paycı, Ö.S. ve Ünlüoğlu, İ.(b.t.).Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği, 12.04.2010, <http://www.ailehekimirehberi.com/aile-dunyaaile.htm>
- Sakarya Sağlık Müdürlüğü. (2009). Sakarya Aile Hekimliği 15.03.2010 <http://www.sakaryasm.gov.tr/AileHekimligi/AileHekimi.aspx> .
- Sandholzer, H.ve Yaman, H. (2007). Almanya' daki Aile Hekimliği Uygulamaları. *Aile Hekimliği Dergisi*,(2)1,32-33.
- Saran, U. (2006). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. *Aile Hekimliği Dergisi*,(4)1, 10-15.

- Sezen, K.(2006). Aile Hekimliği' nin Bugünü ve Geleceği Üzerine. *Aile Hekimliği Aktüel Bilimsel Tıp Dergisi*, (1), 28–49.
- Şimşek, E. E. (2009).Düzce'de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl. *Aile Hekimliği Dergisi*, (3)3
- Taş, M. E.(2008). Adıyaman'da 2 Yılın Sonunda Aile Hekimliği Uygulaması. *Aile Hekimliği Dergisi*,(5) 2,6
- Trabzon İli Aile Hekimliği Uygulaması 6 Aylık Değerlendirmesi (2009). *Aile Hekimliği Dergisi*, (6) 3.
- Uğurlu, M. ve diğerleri (2004). *Aile Doktorunun Görevleri Aile Doktorları İçin Kurs Notları*. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık.
- Ungan, M. ve Ceyhun G.A.(2007). Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*,(1)1.
- Ünalın, P. (2004). *Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri*. (Ed.) Süleyman Görpelioğlu, Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama, Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Wayenburg, C.V. Weel, C.V.ve Yaman, H.(2007). Hollanda' Da Aile Hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(4),23–25.



Sayın katılımcı,  
Aile hekimliği hakkında bilgi düzeyinizi ölçmek amacıyla hazırladığımız anketimize değerli katkılarınızı beklemekteyiz. Anket sorularına ilgili iki işaretleme bölümünü yer almaktadır. SOL TARAFTAKİ işaretleme sizin için ne kadar iyi/başlı kötü olduğunuzu SAĞ TARAFTAKİ işaretleme sizin için ne kadar önemli olduğunuzu işaretlemenizi gerektirmektedir. İlginize şimdiden teşekkür eder, sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

ÇOK KOTU	KOTU	ORTA	İYİ	ÇOK İYİ
1	2	3	4	5

KESİNLİKLE ÖNEMSİZ	ÖNEMSİZ	NE ÖNEMLİ NE ÖNEMSİZ	ÖNEMLİ	KESİNLİKLE ÖNEMLİ
1	2	3	4	5

Evinizden Aile Hekimliği Bünyesine ulaşım kolay mıdır?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilginiz yeterli mi?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet almanız mümkün mü?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp senk etmesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Tanı ve tedaviyi uygulayan hastaların senk edildiğden sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlamanın nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin sağlık ve bilginiz kayıtlarının izlenmesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin ilk yardım ve acil durumlarda hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlamanın nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Acil sağlık problemleriniz için Aile hekiminizden yardım alabileceğiniz durumunuz nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin kronik hastalığı olan kişilerde izleme sıklığı nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum sonrası, doğum ve bebeğine doğrudan hizmetleri nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu eğitim vermesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizi beğleneniz nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekimliği uygulaması ile hastane kaynaklarında azalma nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Verilen hizmet kalitesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Sürekliliği aynı hekimden gittiğinizden düzenli sağlık kayıtlarının korunması nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekimliği uygulaması hakkında kamuyu kamu kuruluşlarının bilgilendirilmesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekimliği hizmetlerinin ücretleriz olmasını sağlık hizmetlerine olan etkisi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizin muayenesi öncesi muayenelerinde göre kalitesi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Hastalandığınızda ilk muayenenin Aile hekiminin devranı nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Başvurduğunuzda size hizmet veren Aile hekiminin devranı nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Başvurduğunuzda size hizmet veren sağlık personelinin devranı nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Thiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden Aile hekiminizden alma durumunuz nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekiminizden genel olarak aldığınız hizmet nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?	1	2	3	4	5	Bu durum sizin için ne kadar önemli?	1	2	3	4	5

► Lütfen ankete arka sayfadan devam ediniz

## EKLER

### Ek-1 Anket Formu

Yaşınız: .....

Cinsiyet:

a) Erkek

b) Bayan

Eğitim durumu :

a)İlkokul/ortaokul

b)Lise

c)Üniversite

Aylık Gelir durumu:

a)1000 YTL ve altı

b) 1000 -2499

c)2500 ve

üstü

**Teşekkür ederiz.**

## ÖZGEÇMİŞ

05 Mayıs 1977 tarihi, Bulgaristan Razgrad doğumluyum. 1989 yılında Türkiye'ye ailemle göç ettikten sonra Tekirdağ İli Çorlu ilçesine yerleştik. 1992 yılında Çorlu Lisesi Orta Okulunu, 1996 yılında Tekirdağ Sağlık Meslek Lisesinin Ebelik Bölümünü bitirdim. Aynı yıl kazandığım Marmara Üniversitesi Ebelik Lisans Bölümünden 2000 yılında ikincilikle mezun oldum. 2008 yılında da Beykent Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetiminde yüksek lisans eğitimine başladım.

Liseden mezun olduktan bir yıl sonra devlet memuru oldum ve Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmaya başladım. Burada yaklaşık yedi yıl çalıştıktan sonra Maltepe İlçesi Yalı 2 Nolu Sağlık Ocağına kendi isteğimle tayin oldum. Halen 2009 yılından beri de Maltepe Sağlık Grup Başkanlığının Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şubesi, Eğitim Şubesi ve Aile Hekimliği Biriminde çalışıyorum.

Evli ve bir çocuk annesiyim. Kitap okumaktan, el sanatları ile uğraşmaktan, ailemle vakit geçirmekten ve sağlık sektöründeki gelişmeleri takip edip paylaşmaktan çok hoşlanırım.

**Aday: Sevinur AVCI**