



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİTEMİNDEN
MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**NURSEL BAKIRCAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. HEDİYE ARSLAN**

İSTANBUL- 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

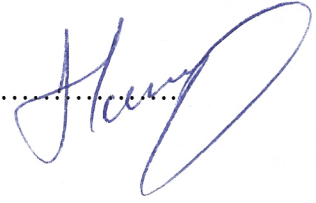
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nursel BAKIRCAN tarafından hazırlanan "*Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 10.07.2012

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

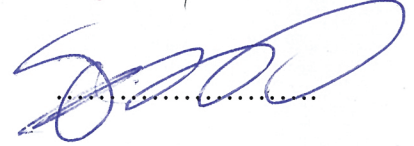
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hediye ARSLAN
: Bilim Üniversitesi / HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Haliç Üniv./SBYO



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
: Haliç Üniv./SBYO



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I.ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve ilgisini gördüğüm tecrübe ve bilgisiyle beni destekleyen her sorunumda mutlaka zaman ayıran çok değerli tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hediye ARSLAN'a,

Çalışmam sırasında destek olan Pendik Toplum Sağlığı Merkez'i çalışanlarına ve özellikle bilgisini ve manevi desteğini esirgemeyen Dr. Mehmet YILDIZ' a,

Tez uygulamamı yaptığım hastalara,

Çalışmam esnasında büyük bir sabırla manevi desteklerini sunan sevgili aileme özellikle annem Menşure BAKIRCAN'a desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Nursel BAKIRCAN

İstanbul - 2012

II. İÇİNDEKİLER

I.ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. KISALTMALAR.....	IV
IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	v
TABLOLARIN LİSTESİ.....	1
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
GİRİŞ VE AMAÇ	4
4.GENEL BİLGİLER.....	7
4.1 Gebeliğin Tanımı	7
4.2 Aile Hekimliği.....	7
4.2.1 Aile Hekimliği Kavram.....	8
4.2.2 Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri.....	11
4.2.3 Aile Hekimliği Disiplininin Temel İlkeleri.....	13
4.2.4 Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi	15
4.2.5 Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	18
4.2.5.1 Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri	20
4.2.5.2 Aile Hekimliğinde Amaç ve Hedefler	22
4.2.5.3 Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları	24
4.2.5.4 Aile Hekimliği Uygulaması	27
4.2.6 Gebelik Sürecinde Aile Hekimliği Uygulamaları.....	28
4.3 Gebelik Sürecinde Ebe/ Hemşirelerin Görevleri (2010 Hemşirelik Yönetmeliği).....	30
4.3.1 Doğum Öncesi Bakım Sıklığı	32
4.3.2 Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi	33
4.3.2.1 Öykü Alma.....	33
4.3.2.2 Fizik Muayene (Boy, kilo takibi, vb.).....	35
4.3.2.3 Laboratuar Testleri.....	36
4.3.2.4 Bağışıklama	36

4.3.2.5 Bilgilendirme ve Danışmanlık	37
4.3.2.6 Gebe İzlem Fişi Kayıtlarının Tamamlanması ve Kontrol Edilmesi	38
5.GEREÇ ve YÖNTEM	41
5.1 Araştırmanın Türü	41
5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	41
5.3 Araştırmanın Evreni	41
Araştırmanın Örneklemi	41
Örneklem Büyüklüğü.....	41
5.4 Veri Toplanması	42
5.5 Veri Toplama Araçları	42
Ölçeğin Güvenirlik ve Geçerliliği.....	43
5.6 Verilerin İstatistiksel Analizi	45
5.7 Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	45
6. BULGULAR.....	46
7.TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
8.KAYNAKLAR	70
9.EKLER	77
Ek 1 Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri Ölçme Aracı..	77
Ek 2 Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerini Ölçme Aracı İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar	79
Ek 3 Protokol	80
10.ÖZGEÇMİŞ.....	81

III. KISALTMALAR

AH	Aile Hekimliği
Akt	Aktaran
Ark	Arkadaşları
DÖB	Doğum öncesi bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MEGEP	Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
NTD	Nöral Tüp Defekti
TDB	Türk Diş Hekimleri Birliği

IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 4.1. Aile Hekimliği Uygulaması Hayata Geçtiğinde Yerel Sağlık Kurumlarının Konumlanma Şekli.....	10
Şekil 4.2. Gebe-Lohusa İzleme Fişi Ön Yüzü	39
Şekil 4.3. Gebe-Lohusa İzleme Fişi Arka Yüzü	40
Şekil 6.1. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri	48

TABLolarIN LİSTESİ

Tablo 5.1	Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Ölçeği Faktör Yapısı.....	44
Tablo 6.1	. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	46
Tablo 6.2	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri.....	47
Tablo 6.3	Gebelerin Aile Hekiminden Memnuniyet Düzeyleri	48
Tablo 6.4	Gebelerin Aile Hekimliği Uygulamasındaki Olanaklardan Memnuniyet Düzeyleri.....	49
Tablo 6.5	Gebelerin Aile Hekimliği Uygulamasında Görevli Ebe ve Hemşirelerden Memnuniyet Düzeyleri	50
Tablo 6.6	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri.....	50
Tablo 6.7	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılaşması	51
Tablo 6.8	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması.....	52
Tablo 6.9	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Gebelik Sayısına Göre Farklılaşması.....	55
Tablo 6.10	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Gebelik Ayına Göre Farklılaşması.....	57
Tablo 6.11	Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşması.....	59
Tablo 6.12	. Gebelerin Aile Hekimliği Sistemi Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi	60

1. ÖZET

Bu araştırma; gebelerin aile hekimliği sisteminde çalışan sağlık personeli, hekim, hemşireler ve ebeler tarafından yürütülen bakım uygulamalarından memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Amaç doğrultusunda kişisel bilgi formu ve gebe memnuniyet ölçeğinden oluşan veri toplama aracı 2011 Ekim 2012 Ocak ayları içerisinde Pendik'te bulunan 3 aile sağlığı merkezine gelen çalışmaya katılmayı kabul eden 323 gebeye uygulanmıştır.

Formlardan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistik paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğe güvenilirlik ve faktör analizleri yapılmıştır. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde istatistiklerinden, gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet derecelerinin belirlenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre aile hekimliği sisteminden memnuniyet derecelerinin farklılaşma düzeylerinin belirlenmesinde ise; Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testlerinden faydalanılmıştır. Aile hekimliği sisteminden gebelerin memnuniyetini belirleyen faktörler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde ise korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda; aile hekimliği sisteminden gebelerin yüksek derecede memnun oldukları belirlenmiştir. Gebelerin aile hekimliği sisteminden en memnun oldukları boyutun aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet olduğu saptanmıştır. Gebelerin memnuniyet düzeylerinin yaşlarına ve gebelikte buldukları aya göre farklılaşmadığı, gebelik sayılarına, öğrenim durumlarına ve çalışma durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. Ayrıca; gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerini belirleyen boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Gebelikte bakım gereksinimleri, Aile hekimliğinde gebe memnuniyeti

2.SUMMARY

The Evaluation of Pregnant Women's Satisfaction with The Family Medicine Implementation

This study is conducted for examining the satisfaction of pregnant women about care practices in family medicine system by health care providers, physicians, nurses and midwives.

In order to purpose of the study, personal information form and satisfaction of pregnant scale are applied between the months of October 2011 January 2012 in the three family health centers in Pendik, to 323 pregnant women.

The data from the questionnaires were analyzed with using SPSS 17.0 statistical package program. Scale that is used in the study was conducted in reliability and factor analyzes. For analyzing the descriptive characterization of pregnant women frequency and percentage were used, for determining the level of satisfaction of the pregnant women from family medicine system, the mean and standard deviation statistics were used.

For determining the differentiation level of satisfaction of pregnant women from family medicine system, Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U test were used. Determining the relationships between the factors of the satisfaction of pregnant women in the family medicine system, the correlation analyzes were used.

As results of this study; pregnant women were satisfied with a high degree from family medicine system. The most satisfied dimension from family medicine system of pregnant women was the working of midwives and nurses in family practice satisfaction. Satisfaction levels did not differ in order to age and month in which pregnant women during in pregnancy, number of pregnancies, and differs in order to

educational status and working conditions. Also, the satisfaction levels of pregnant women from the family medicine system have significant relationships with each other in determining the dimensions.

Keywords: Family Medicine, pregnancy care requirements, satisfaction of family medicine in pregnant

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğurganlık çağındaki her kadın için doğal bir süreç olan gebelik, ovumun (yumurta) bir erkek üreme hücresi (sperm) tarafından dölleniş ile oluşur. Dölleniş olan ovum ilk iki hafta içinde “zigot”, üçüncü haftanın başından, yedinci haftanın sonuna kadar “embriyo”, sekizinci haftanın başından itibaren de “fetüs” olarak adlandırılır (Taşkın 2003; Arlı 2003).

Gebelik; kadın, eşi ve ailesinde birçok değişimin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde yapılan bakım anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Doğum öncesi bakım ile gebelikteki riskler erken dönemde tanınabilir (Şahin ve ark., 2009). Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır. Fertilizasyondan hemen sonra başlayıp, gebelik süresince kadınlarda anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler oluşur ve bunlar gebelikte karşılaşılabilecek sorunların tedavisinde bilinmesi gerekli konulardır. Gebeliğin seyri sırasında gelişebilen normal ve anormal bulguların varlığını anlayabilmek için öncelikle nitelikli bir antenatal izleme bu değişikliklerin farkına varılması gerekir (Fenkeci 2006; Yücel 2001; Taşpınar ve ark. 2001).

Sağlıklı yeni nesiller, sağlıklı gebelik ve doğum süreci geçirmekle yetiştirilir. Sağlıklı bir gebelik geçirebilmek için de doğum öncesi bakım önemlidir. Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve bebek ölümlerini en aza indirmek için, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve testlerin yapılarak izlenmesi, risklerin erken belirlenmesi için sağlık personeli tarafından izlenmesidir (Sözeri ve ark., 2006; Beşer ve ark., 2007).

Hatta bu takip doğum sonrası 40 güne kadar sürdürülmelidir. Genel olarak ilk doktor muayenesi, âdet gününün 1 hafta gecikmesi üzerine hemen yapılmalıdır. Bu şekilde gebeliğin başlangıcında oluşan sorunlar erken teşhis edilmiş olur. Örneğin gebeliğin normal gebelik, dış gebelik veya çoğul gebelik olup olmadığı, düşük ihtimali, bebeğin canlı olup olmadığı belirlenebilir. Genel olarak bir sorun yoksa 36. haftaya kadar aylık, 36. haftadan sonra haftalık kontroller önerilir. 40. haftasını doldurmuş

gebeliklerde ise bebeklerde bazı sıkıntılı durumların görülme ihtimali arttığı için muayeneler üç günde bir indirilir. Bu muayene aralığını doktor gebeliğin seyrine göre sıklaştırabilir veya seyrekleştirebilir (Selman, 2011).

Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının yanı sıra, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi gibi faktörler de gebelik sürecinin kalitesini etkilemektedir (Sözeri ve ark, 2006).

Türkiye’de anneler hala gebelik ve lohusalık dönemlerinde karşılaştıkları komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve maalesef bu ölümlerin hemen hepsi önlenemez nedenlerden ortaya çıkmaktadır (Dünya Sağlık Raporu 1998; Taşkın 2003). O halde, kadınlara yönelik verilecek sağlık hizmetlerinin, kadınların doğumundan ölümüne kadar kesintisiz sürdürülmesinin, kadınların sağlığını etkileyen faktörler de dikkate alınarak, sağlığı koruyucu ve geliştirici tedbirlerin alınmasının ne kadar elzem olduğu söylenebilir (Taşkın, 2003, Meydanlıoğlu ve Emiroğlu, 2004).

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma, bu hizmetlerin kalitesi ve hizmet sunan sağlık kurumları arasında etkili ve etkin sevk sisteminin bulunması anne ve yenidoğan ölümlerini önlemede önemlidir.

Güvenli annelik; anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Türkiye’de gebelerin izlemleri ikamet ettikleri bölgede bulunan sağlık ocaklarındaki ebeler tarafından yapılmakta, gerekli gördükleri durumlarda da uzman bir doktora müracaat etmeleri önerilmekteydi. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte;

gebelerin izlemi aile sağlığı elemanı ve hekim tarafından birlikte yürütülmekte, kontrolleri bizzat hekim tarafından gerçekleştirilmekte, uzmanlık gerektirdiğinde ise ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevki gerçekleştirilmektedir (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı gebe izlem protokolüne göre; gebelerin aile hekimi tarafından en az dört izlem yapılması, riskli gebeliklerde izlem sayısının artırılması belirtilmiştir.

Türkiye 2005 yılında aile hekimliğine pilot uygulama olarak Düzce ilinde başlamış, olumlu uygulama sonuçları doğrultusunda kademeli olarak uygulama Türkiye geneline yayılmış ve 2010 yılı sonunda da Tüm Türkiye aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. Uygulama hem hastalar, hem hekimler hem de sağlık ekibi açısından olduğu yeni bir uygulamadır. Uygulamanın özellikle gebelik gibi özel takip ve izlem gerektiren durumlar açısından değerlendirilerek, aksayan ve eksik yönlerinin belirlenmesi, geliştirilmesi ve ilgili önlemler alınması açısından gerekli görülmüştür.

Aile hekimliğine geçişle birlikte, gebelerin takibi, muayenesi, laboratuvar testleri, ev ziyaretleri ve benzeri hizmetler aile hekimleri, hemşireler ve ebeler tarafından yapılmakta, gerektiğinde uzman hekime sevk edilmektedir. Gebelerin aile hekimliği sisteminde çalışan sağlık personeli, hekim, hemşireler ve ebeler tarafından yürütülen bakım uygulamalarından memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1 Gebeliğin Tanımı

.Gebelik, yumurtalıklardan atılan yumurtanın (ovum), erkekten gelen spermle dölllenmesi sonucu oluşan embriyonun gelişimi ile birlikte annede oluşan fiziksel, hormonal ve ruhsal değişikliklerin tümünü kapsayan bir süreçtir (Eserdağ, 2012).

Doğurganlık çağındaki her kadın için doğal bir süreç olan gebelikte, dölllenmiş olan ovum ilk iki hafta içinde “zigot”, üçüncü haftanın başından, yedinci haftanın sonuna kadar “embriyo”, sekizinci haftanın başından itibaren de “fetüs” olarak adlandırılır (Şahin ve ark., 2009: 42).

Gebelik ve doğum, kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmele birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Literatürde gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin bozulduğu aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (Yeşiltepe Oskay, 2004: 11; Vırt ve ark., 2008: 9; Eskici ve ark., 2012: 210).

Gebelik süresince çeşitli testler yapılır, bu testlerden bazıları tüm gebe kadınlar için ve bebeğin veya annenin sağlığını kontrol etmek amacıyla önerilmektedir, diğerleri ise belirli risk faktörleri veya sağlık sorunları taşıyan anneler içindir.

4.2 Aile Hekimliği

Sağlık sistemleri; demografik değişim, ortalama gelir, yaşam koşulları gibi baskılar sonucu sağlık sorunlarını karşılayabilecek şekilde donatılmaları için süreç içerisinde büyüklük, kapsam, organizasyon vb. bazı değişikliklere gereksinim duyarlar. Ancak bu değişiklikler sadece toplumun gereksinimleri tarafından belirlenmez. Reform

olarak adlandırılan bu değişiklikler sadece toplumların gereksinimleri tarafından yönlendiriliyor olsaydı, değişim modelleri arasında çok daha fazla çeşitlilik görülebilir, ulusal modeller küresel modellerin yanı sıra yerel özgünlükleri de yansıtabilirdi. Bu durumda verimlilik, sağlık alanında yeni değişimlerin gerekip gerekmeyeceği konusunda sağlık hizmeti planlamacıları açısından önemli bir yer tutabilirdi. Oysa Dünya Bankası (DB) gibi kuruluşlar tarafından desteklenen ve farklı gelişim seviyesinde olan ülkeleri kapsayan benzer bir “reform paketi” bütün dünya ülkelerinde (ulusal gereksinimler hesaba katılmadan) teşvik edilmektedir. Türkiye’de 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile “Aile Hekimliği Modeli (AHM)” olarak sunulan bu reform paketi 2005 yılında Düzce’de başlatılmıştır (Nur ve ark., 2009: 13).

4.2.1 Aile Hekimliği Kavram

Aile hekimliği (AH) bireyler için yeni bir kavram sayılmamaktadır. Ancak her ne kadar yirmi yıldan daha uzun süredir aşına olursa da Türkiye için yeni ve kendine has özellikleri olan bu disiplinin birer parçası olarak onu bütün yönleriyle bireyin bilmesinde de fayda olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliğini incelemeye başlarken genel terim ve tanımlamalara kısaca bir göz atmak gerekmektedir (Sezen, 2006: 33).

AH; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi herhangi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilen tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (Aktürk ve Set, 2010).

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 (Gökay, 2004: 3).

Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (Aydın ve ark., 2004: 44). Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimleridir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlanmaktadır (Dikici ve ark., 2007: 415).

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).

Aile hekimliği, bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>).

Geçici aile hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede onun yerine hastalarına hizmet veren aile hekimidir.

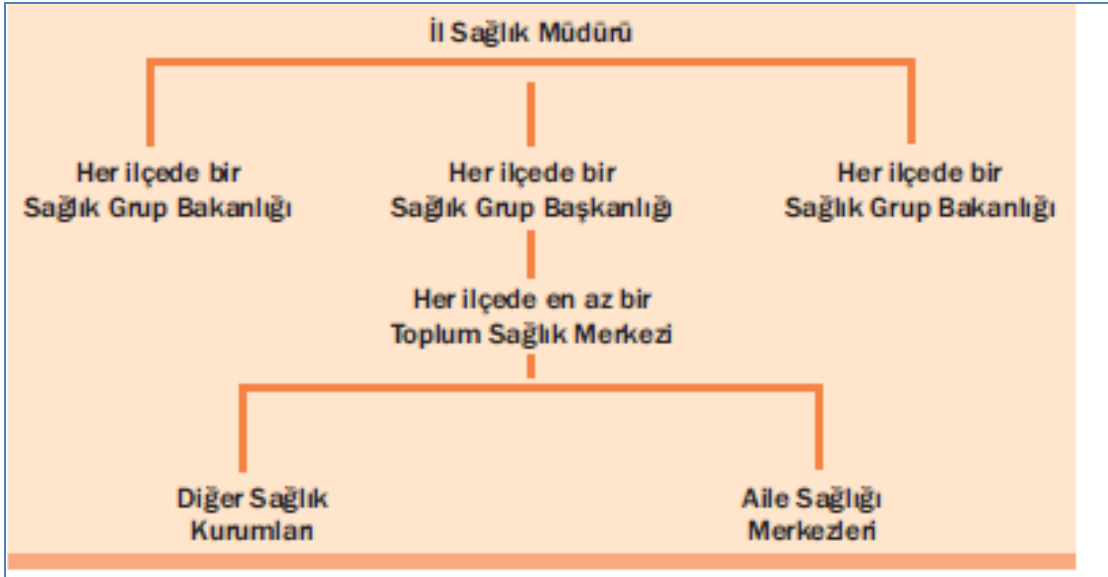
Yetkilendirilmiş aile hekimi: İşyeri ve kurum hekimliği yaparken kendi işyerindeki bireylere aile hekimliği hizmeti veren hekimdir.

Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe veya sağlık memurudur.

Geçici aile sağlığı elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede onun yerine sağlık hizmeti sunan aile sağlığı elemanını ifade etmektedir.

Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği merkezi sağlık kuruluşudur.

Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, il sağlık müdürlüğünce tespit edilen belde, köy ve mezra ve benzeri yerleşim yerlerine götüreceği sağlık hizmetidir (Sezen, 2006: 33).



Şekil 4.1. Aile Hekimliği Uygulaması Hayata Geçtiğinde Yerel Sağlık Kurumlarının Konumlanma Şekli

Kaynak: Sezen, 2006: 33

Aile hekimliği uzmanları, evde, muayenehanede, birinci basamak kuruluşlarda, kliniklerde ve hastanelerde görev yapabilirler. Ancak maliyet-etkinlik açısından en verimli görev yerleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır.

4.2.2 Aile Hekimliğinin Temel zellikleri

Aile hekimliği uzmanının sahip olması gereken altı çekirdek yeterlilik vardır. Buradaki ekirdek sözcüğü uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan özellikleri vurgulamaktadır. Bunlar (Ak, 2010: 404):

- 1. Birinci basamak yönetimi (Primary care management):** Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme, 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 (Person centered care):** 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, iletişim 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. zgn problem çözme becerileri (Specific problem solving skills):** zgn 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 benim gerektiğinde acil girişimde bulunma, erken dönemde ve ayrışmamış durumları yönetme, tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

- 4. Kapsamlı yaklaşım (Comprehensive approach):** 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 (Community orientation):** Var olan kaynakları dengeli bir biçimde kullanarak hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama.
- 6. Bütüncül yaklaşım (Holistic approach):** Biyopsikososyal yaklaşım modelini uygulama.

Bu özellikler dışında aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel unsurlar vardır. Bu unsurlar (Görpeliöglu, 2004);

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 coğrafi 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 çözemediği 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 (Görpeliöglu, 2004).

Süreklilik: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir.

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 şekillenir.

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 ülkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır (Başak, 2002).

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 ayrılaşmamış şekildeki rahatsızlıklarla ilgilidir. Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir.

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 (Görpelioğlu, 2004).

4.2.3 Aile Hekimliği Disiplininin Temel İlkeleri

Aile Hekimliği'nin dayandığı ilkeleri belirten birçok tanımlama yapılmıştır. 1974 Leeuwenhorst tanımı, 1998 WHO, WONCA 2000 ve 2002 tanımlarının temelini

oluşturmuştur. Leeuwenhorst grubu 1974 yılında Avrupa'da Genel Pratisyen başlıklı bildirgesini hazırlamıştır. O dönemde Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği yeni gelişmekte olan bir disiplindi. 1974'den günümüze Genel Pratisyenlik / Aile hekimliği Avrupa'da tüm sağlık sistemlerinde yerini almış ve gittikçe önem kazanmaktadır.

Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliğinin önemi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Avrupa Bürosu'nun 1998 yılında yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır ve birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak gösterilmektedir (Ungan ve Ceyhun, 2007).

İngiltere, Fransa, Almanya, İsrail, Portekiz gibi ülkelerde Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik özgün bir tıp disiplini ve uzmanlık dalı olarak yıllardır mevcuttur. Ayrıca dünyada birçok ülkedeki üniversitelerde, tıp fakültelerinin bir departmanı (anabilim dalı) olarak da mezuniyet öncesi tıp eğitimine katkıda bulunmakta, mezuniyet sonrası Aile Hekimliği eğitimi verilmekte, uzman ve akademisyenler yetiştirilmektedir. Aile hekimliği iki önemli neden açısından farklı bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bunlar (<http://aile.tsm.gov.tr>):

1. Aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgiler diğer branşlardan farklıdır ve
2. Aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermektedir.

Aile hekiminin tıbbi bilgi ve becerilerinin bireysel öğeleri başka branş hekimleri tarafından bilinse de, aile hekiminin hastaları ile olan uygulamaları ve bu alanda bilgi ve becerilerini kullanma nosyonu onu (aile hekimini) diğer dal uzmanlarından ayırmaktadır. Bu konu 1966 yılında McWhinney tarafından da ele alınmış ve şu görüşler ortaya konmuştur (Göktaş, b.t.: 1):

1. Aile hekimliğinde (McWhinney Genel Pratisyenlik terimini tercih etmiştir) bilgi birikimini çok kesin tanımlamanın gerekmediğini, bir tıp disiplinin gelişirken ortaya çıkan yeni engellerin yeni bilgi alanlarına açılımı, yeni düşünce yapılarını ve sorunlarla baş etme gerekliliğini birlikte getirir.

2. Tıpta birçok disiplin başka disiplinlerin bileşiminden ortaya çıkmıştır. Cerrahi bilimlerin içinde anatomi, patoloji, fizyoloji ve biyokimyadan karma bilgiler vardır. Ancak bir disiplini tanımlarken bu disiplinin köklerini oluşturan konuları saymak yeterli olmaz, önemli olan bunların bir bütün halinde yeni bir oluşuma dönüştürülmek üzere yoğurulmasıdır.

4.2.4 Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Birincil sağlık bakımının bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce yürütülmesi yönündeki kararlar tüm dünyada yankılanmış ve Avrupa'da pek çok ülke sağlık sistemlerinde reformlar yaparak birincil sağlık bakım hizmetlerini aile hekimleri/genel pratisyenliğe dayalı olarak yapılandırmaya başlamışlardır. Bu amaçla birincil bakımda uzman olan Aile Hekimliği Uzmanlarının yetiştirilmesi için üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri kurulmaya başlamıştır (Akdeniz, Undan ve Yaman, 2010: 32).

Birinci basamakta olan uzmanlaşmış bir hekime ihtiyaç duyulduğunda ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Uzmanlaşma eğiliminin zirveye ulaştığını, modern tıbbın aşırı derecede parçalandığını, kapsamlı ve kişileşmiş sağlık hizmeti sunacak hekimlere hızlı bir dönüş olması gerektiğini ifade etmiştir. Fakat o dönemde toplum ve tıbbi yapı buna hazır değildi. Aile Hekimliğine gereksinim, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların bir bütün olarak değerlendirilemediğinin fark edilmesiyle ortaya çıkmıştır.

İngiltere'de 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji)'nin kurulması, aile hekimliğinin tarihsel gelişim sürecinde önemli kilometre taşlarından biridir. 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle nüfusun az olduğu yerlerde hekim azlığının fark edilmesi genel pratisyenliğe olan ilgiyi arttırdı. Bu dönem genel tıp liderleri, birinci basamağa ait bilgi, beceri ve fikirleri içeren yeni bir uzmanlık dalının kurulmasını önerdiler. 1966 yılında birinci basamaktaki bu yeni uzmanlık kavramı, Amerikan Tıp Birliğini'nin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu'nun raporuyla ortaya çıkarıldı. İkinci rapor ise, Willard Komite Raporu olarak da bilinen, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi

Aile Hekimliği Eğitimi Komitesi'nin raporuydu ve hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklendi. Aile Hekimliği ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında "Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board Of Family Practice)" kurulması ile uzmanlığın ve eğitim programının düzenlenmesinden sonra, bu disiplinle ilgili araştırma esaslarının geliştirilmesi sağlanmıştır (Çelik ve Yılmaz, 2012:2).

1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1969 da "Amerikan Aile Hekimliği Board"u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu (Göçmen, 2010: 13).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>). 1994 Yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve WONCA tarafından düzenlenen konferansta aşağıdaki önemli kararlar alınmıştır (Bursa Sağlık Müdürlüğü, 2012: 1- 2; Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23- 24):

Sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişiklikler yapılması gereklidir. Bireye yönelik kaliteli bakım vermek ve toplum sağlığı ile birey sağlığını entegre etmek konusunda aile hekimi temel öneme sahiptir ve bu alanda çalışan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimi olması gereklidir.

Bu konudaki politikalar hızla uygulanmaya başlanmalıdır.

Birincil sağlık bakımı ve bunun içinde özgün eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzmanlar ile aile hekimi uzmanları arasında denge oluşturulmalıdır.

Diğer uzmanlık dallarının daha dikkatli kullanılabilmesi ancak önce birincil bakım veren bir hekime başvurmak yolu ile olabilir. Ancak bu hekimlerin sevk gereksinimi ve seçenekler konusunda sonuçlar, kalite ve maliyeti içeren bağımsız, iyi bir bilgiye sahip olmaları gerekir.

Her olanakta aile hekimi ilk başvuru hekimi olarak kullanılmalıdır. Bunun nedeni yalnızca aile hekimlerinin bu iş için uzmanlaşmış tek grup olmasından değil diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önlenmesidir.

Her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir. Bu kuruluşlar topluma, aile hekimlerinin toplumun gereksinimlerine cevap verebileceği ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama peşinde oldukları konusunda güven vermelidir.

Bu karar ve öneriler AH'nin tüm dünyada yaygınlaşması ve gelişmesine önemli katkıda bulunmuştur. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda AH birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23- 24).

Avrupa Birliği, 2001-2006 halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarının ortadan kaldırılmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırlanmıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak, sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir (Çolak, 2011).

2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir (<http://www.kliniktipdergisi.com/>).

İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile Hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir.

Aynı dökümanda, “Toplumun Gereksinimlerini Gözetken Bir Sağlık Hizmeti ve Tıp Eğitim Sistemi Oluşturmak İçin Öneriler” bölümünde; Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmalı ve çalışmalı, Aile hekimliği uzmanlık disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı, her ülkede Aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi verilmelidir şeklinde ana maddeler yer almıştır. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995’te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996’da ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (<http://tahev.org/pages.asp?L=3>).

4.2.5 Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

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. 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 (Algın, Şahin ve Top, 2004: 251).

Türkiye’de ilk Aile Hekimliği 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 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 (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004; Algın, Şahin ve Top, 2004: 251). 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ülkemizi alanında dünyada temsil etme yetkisini kazanmıştır. 2001’de Dünya Aile Hekimleri Birliği’ne (WONCA) temsilci gönderilmiştir.

Yine 2001’de Türkiye’de ilk kez bir Avrupa aile hekimliği bilimsel kongresi (European General Practice Research Network) düzenlenmiştir. Halen kırkın üzerinde üniversitedeki tıp fakültelerinde, Aile Hekimliği Anabilim Dalları eğitim-öğretim programları, dersleri ve rotasyonları ile tıp eğitimine katkıda bulunmaktadır (Ak, 2010: 403- 404).

Türkiye’de 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm projesi ile de Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği sistemi uygulamasına geçilmeye çalışılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulamaları ise 2004 yılında çıkarılan kanunlarla uygulanmaya çalışılmıştır (Oğuz, 2009: 9).

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin bir parçası olan ve 2005’te başlayan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması sonucunda tüm Türkiye 2010 yılı sonu itibarıyla, Aile Hekimliği Uygulamasına geçmiştir. Bu geçiş sürecinde birinci basamakta çalışmak isteyen tüm hekimler 1. Aşama Uyum Eğitimlerini tamamlayıp geçici Aile Hekimliği Uygulama Sertifikalarını almış ve artık sağlık ocaklarının yerini alan Aile sağlığı Merkezlerinde çalışmaya başlamışlardır. Uygulamaya ilk yıllarda geçen illerde internet üzerinden ikinci Aşama Uyum Eğitimlerine de başlanmıştır (Selçuk ve Karataş Eray, 2011: 29).

İkinci Aşama Uyum eğitimlerinin de tüm illerde tamamlanması planlanmaktadır. Bu eğitimi de başarıyla tamamlayan hekimlere kalıcı Aile Hekimliği Uygulama sertifikası verilmesi planlanmıştır. Önemle üzerinde durulması gereken diğer bir konu da, birinci ve ikinci aşama uyum eğitimlerinin kesinlikle uzmanlık eğitimi olmadığıdır. Aile Hekimliği uygulamasının nihai hedefi 2017 yılından sonra birinci basamakta çalışmaya başlayacak tüm hekimlerin Aile Hekimliği Uzmanı olmasıdır.

Dolayısıyla 2017'den sonra uygulamaya girmek isteyen tüm hekimler Tıpta Uzmanlık Sınavıyla Aile Hekimliği ihtisasını kazanıp en az 3 yıl sürecek asistanlık sürecini tamamladıktan sonra tezlerini yazıp uzmanlık sınavını vererek uzman olmak durumundadırlar. Mevcut durumda böyle bir zorunluluk olmamasının sebebi hem zaten birinci basamakta çalışan hekimlerin kazanılmış haklarının olması; hem de ne zaman, ne maliyet ne de insan kaynakları açısından birinci basamakta çalışmakta olan yaklaşık 30 000 hekimi bir anda sahadan çekip uzmanlık eğitimi vermenin imkansız olmasıdır (Selçuk ve Karataş Eray, 2011: 29).

4.2.5.1 Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri

Tıbbi bilgi birikimi hızla büyümekte ve karmaşıklaşmakta, bunun yanında tıbbi teknoloji de aynı hızla gelişmektedir. Bu gelişmeyle beraber tıp kavramının çok sayıda uzmanlıklara bölüdüğü görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumu da bu gelişmelerden payını alarak, aşırı derecede karmaşıklaşmış, küçük dallara ayrılmış, disiplinler birbirinden kopmuş, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur (Ünalın ve ark., 2004: 11-12) .

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşların da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>).

Sağlıkta kaliteyi artırmak amacıyla aile hekimliğinin uygulanması sekizinci 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, 2007).

Aile hekimi; anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu kişidir (Aydın ve ark., 2004: 53). Aile hekimliği ile (Korukluoğlu, 2004: 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 disiplininde 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.

4.2.5.2 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: 19).

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamanın en yaygın yolu tüm ülkelerce 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: 59).

Bu hedeflere aile hekimliği uygulaması ile ulaşabilmek için (Aydın ve ark., 2004: 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 İnsanların hasta olmalarının önlenmesi,

İnsan kaynaklarının uygun dağılımı,

Malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği,

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

Aile Hekimliğinin amaçları şunlardır:

- 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 ilişkiler kurarak onları izlemek
- Birinci basamakta verilmesi gereken hizmetleri topluma sunmak
- Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumların gelişmelerine katkı sağlamaktır (Pan Korur, 2010: 8).

4.2.5.3 Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Aile hekiminin görevleri (Resmi Gazete, 2005);

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,
- c) Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk 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,
- d) İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,
- e) Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

- f) 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,
- g) Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- h) Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- i) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- j) Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- k) Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- l) Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,
- m) Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,

Sağlık Bakanlığınca hazırlanan, Aile Hekimliği Yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı resmi gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girdi. Bu Yönetmeliğin amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları belirlemektir (Gürlük, 2010). Bu yönetmeliğe göre Aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarını aşağıda gibi sıralamak mümkündür (Resmi Gazete, 2010);

- 1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, 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 sunar.
- 3) Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;
- a. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
 - b. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
 - c. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
 - d. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
 - e. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
 - f. Periyodik sağlık muayenesi yapar,
 - g. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
 - h. Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
 - i. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
 - j. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

- k. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
- l. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını g¼nceller,
- m. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
- n. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- o. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngör¼len her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,
- p. Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
- q. Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

4.2.5.4 Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği uygulamasının, nüfusun ve ailenin değişmekte olan yapısına ilişkin öngör¼lerinin olmadığı, hizmetin planlanması ve değerlendirilmesinde Demografi biliminden yararlanmadığı belirtilmiştir.

Sağlıklı oluşta; sosyoekonomik stat¼, 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 sür¼klendiđi bir fiziksel ve ekolojik ortamda yaşamayı,

Riskli işlerde çalışmayı,

Yetersiz konut koşullarına tahamm¼l 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: 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, diabet veya diğer kronik hastalıkları olan hastalar için çok iyi bir hizmettir (Sezen, 2006: 30).

4.2.6 Gebelik Sürecinde Aile Hekimliği Uygulamaları

Kadın Hastalıkları ve Doğum branşı açısından aile hekimliğine bakıldığında; temel kadın hastalıkları ve doğum hizmetlerinin aile hekimleri vasıtasıyla yapılması, kadın doğum hizmeti verilen kliniklerde gereksiz yığılmanın önlenmesi, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aşılama ve koruyucu annelik hizmetlerinin verilmesi, sağlıksız şartlarda ev doğumlarının azaltılması ya da kontrol altına alınması aile hekimliği vasıtasıyla mümkün olabilir. Değişik sebeplerle hekime ulaşamayan kişiler bu sistem sayesinde sağlık hizmetlerine kavuşmakta ve insani bir hak olan sağlıklı yaşama hakkına kavuşmuştur. Asistanlık eğitiminin 8 ayı kadın doğum servislerinde

geçmektedir ve bu dönemde gerek jinekoloji gerekse gebe polikliniklerinde ayrıca doğum ve jinekoloji servislerinde bu süre değerlendirilmekte ve uzmanlık döneminde kendilerine gerekli olacak hastalara yaklaşım ve müdahale eğitimleri verilmektedir. Uzmanlık döneminde çocuk hastalardan psikiyatrik hastalara kadar geniş bir hasta kitlesine hizmet etme imkânını elde etmektedirler. Bu aslında 4 büyük ana branşta biraz daha fazla eğitim almış bir pratisyenlik uzmanlığıdır. Bir ana branşın yan dallarının bile kendi içinde alt birimlere ayrılmış olduğu günümüzde, böyle bir uzmanlık alanını yükünün ne kadar fazla olduğu ortadadır. Ülkemizde yaygınlaştırılmaya çalışılan bu sistemin denetimi iyi yapılmalı, özellikle sevk zinciri sistemi çalışmaya başladığında gerekli hasta grubunun sevk mekanizmasında güçlüklerle karşılaşmaması için tedbirler alınmalı ve hastaların gerekli tıbbi hizmeti almalarına engel olunmamalıdır (Göçmen, 2010: 15).

Aile hekimliği sisteminde, doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler; doğum öncesi izlem yapmak, kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek, sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli bildirimleri yapmak ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir. Aile sağlığı elemanı için ise doğum öncesi bakım başlığı altında değerlendirilebilecek yasal yükümlülükleri gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri olarak bildirilmektedir.

Aile hekimlerinin yürütmekle yükümlü olduğu aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi hizmetleri aile hekimliği sisteminde performans değerlendirmesi kapsamında ele alınmış ve tüm bu uygulamaların gereği gibi yerine getirilmemesi durumlarında yapılacak kesintiler pilot kanunda belirtilmiştir (Durusoy ve ark., 2011: 3).

4.3 Gebelik Sürecinde Ebe/ Hemşirelerin Görevleri (2010 Hemşirelik Yönetmeliği)

Gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır. Bu öncelikleri saptayabilmek amacıyla da gebe kadınların algıladıkları fiziksel, ruhsal yakınmaları ve bunlardan doğan sağlık gereksinimlerinin bilinmesi gerekir. Bu amaçlar doğrultusunda elde edilecek veriler, verilen sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için öneriler getirecektir (Sunal ve Demiryay, 2009: 102).

Gebelik sürecinde hemşire, gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını ve gebeliğin sağlıklı sonlanmasını sağlamalıdır. Gebelik döneminde hemşire; aile içi süreçlerde değişim, anksiyete, bilgi eksikliği, vücut imajında bozulma gibi hemşirelik tanılarına karşı hemşirelik sürecini uygulamalı ve gebelik izlemlerini düzenli bir şekilde yapmalıdır. Anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem almalıdır. Doğum sonrasında da anne ve bebek için uygun ortamlar yaratılarak, annenin yeni duruma uyumunu ve bebeğin bakımı sağlanmalıdır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2010: 78- 79).

Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, prenatal ve postpartum kliniklerde annelerle birlikte dir. Postpartum dönemde uyum sorunları, annelerin doğumdan sonra sağlık kuruluşundan çıktıkları zamanda (postpartum 4-6 hafta sonra) olmaktadır. Annelerin evde oldukları bu dönemde belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamamanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle, doğumdan sonra annenin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin erken dönemde alınması önemlidir. Doğum sonu dönemde anneliğe uyumda hemşirenin/ ebenin sorumlulukları (Beydağ, 2007: 483);

- Postpartum 6 haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir.

- Ebe ve hemşireler, ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgilerde değerlendirilmelidir.
- Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rolleri gerçekleştirilmelidir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğan beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler

Resmi gazete 2010 hemşirelik yönetmenliğine göre de kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklar aşağıda verilmektedir;

- a) Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar.
- b) Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapar.
- c) Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder.
- d) Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir.
- e) Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir.
- f) Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar.
- g) Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar.
- h) Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur)

4.3.1 Doğum Öncesi Bakım Sıklığı

Doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Böylece annelerin daha sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları sağlanmış olur (Beşer, Ergin ve Sönmez, 2007: 137).

DÖB’da amaç anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (Pirinçci ve ark., 2010: 1).

Gebeliği süresince bir kadının; herhangi bir sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından ilk üç ayda veya daha erken tespit edilmesi ve beş ya da daha fazla izlenmesi durumunda yeterli DÖB almış olarak kabul edilir (Çetin ve ark., 2005: 148).

Gebenin aldığı DÖB’den memnun kalmasını etkileyen önemli unsurlardan birisi DÖB’ü veren sağlık çalışanı ile gebe arasındaki iyi iletişimidir. Gebeye uygun ve erişilebilir bilginin verilmesi ise iyi iletişimin sağlanmasında önemli etkenlerden birisidir. Gebelikte bilgilendirmenin sağlık personeli ile gebe arasında iyi iletişimi sağlamasının yanı sıra beklenen başlıca faydaları gebenin bilgi düzeyini arttırması, yanlış kanılarını düzeltmesi ve sağlıklı yaşam tarzı edinmesini sağlamasıdır. Ayrıca DÖB esnasında yapılacak olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgilendirme, uygun DÖB’ün verilmesi, sağlıklı koşullarda doğumun gerçekleştirilmesi, aile planlama yöntemlerinin uygun kullanımı, bebek bakımı ile ilgili olumsuzlukların giderilmesi gibi yararlar sağlayarak anne ve bebek sağlığı üzerine olumlu katkılar sağlayabilir (Atar Gürel, Gürel ve Balcan, 2006: 91).

Sağlık Bakanlığı DÖB hizmetlerini ilk trimestrda 1 kez, ikinci trimestrda ve son trimestrda 3 kez olmak üzere toplam 4 kez, riskli gebeliklerde daha fazla olmak üzere verilmesini öngörmüştür. DÖB hizmetleri, anne ve bebek sağlığını korumayı ve sağlıklı doğum süreci ve sağlıklı bebeklerin doğmasını hedefler. Her yıl 500 binden fazla kadın

gebelik veya doğum nedeniyle hayatını kaybetmekte ve çoğu kadın hasta ve sakat kalmaktadır (Omaç ve ark., 2009: 115- 116).

4.3.2 Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Gerçekleştirilmesi

Doğum Öncesi Bakım hizmetleri gerçekleştirilirken öncelikle gebenin ayrıntılı bir öyküsü alınmalı, bu sırada beklenen doğum tarihi hesaplanmalıdır. Öykü alındıktan sonra gebenin fizik muayenesi, laboratuvar testleri yapılmalı, ilaç desteği, tedavileri ve bağışıklanması sağlanmalı, gerekli konularda bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalı, gebelikle ilişkili risk faktörleri belirlenmeli, gebe izlem fişi kayıtları tamamlanmalı ve kontrol edilmeli son olarak da sonraki izlemler planlanmalıdır.

4.3.2.1 Öykü Alma

Doğum öncesi dönemde ilk kontrolde ve her kontrolde gebenin öyküsü alınmalıdır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986). Öykü almanın amacı gebenin anlattıklarını dinlemek ve gerekli soruların cevaplarını almaktır. Sorulan sorularla anne ve fetusun sağlığı için önemli olabilecek ipuçları elde edilir ve başarılı sonuçlara ulaşmaya ön ayak olunur. Öykü belli bir düzen içinde alınmalı ve elde edilen bilgiler kaydedilmelidir (Yücel, Sivashoğlu 2005). Öykü alma, gebelik öncesi döneme ait maternal hastalıkların saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi, gebelik dönemindeki anne ve bebek sağlığını etkileyen faktörlerin (beslenme madde bağımlılığı vb) hastalıkların (preeklamsi vb.) saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıının planlanması açısından önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Öykü alma bilgileri; kişisel bilgiler, tıbbi bilgiler, obstetrik bilgiler ve mevcut gebelik bilgileri olmak üzere dört aşama olarak ele alınabilir.

Kişisel bilgiler; daha çok demografik bilgiye dayalı olarak incelenmektedir. Annenin doğum tarihi, öğrenim durumu, mesleği, çalışma durumu, eşinin mesleği ve çalışma durumu, biliniyorsa kan grubu gibi sistemleri içermektedir.

Tıbbi bilgiler; Kronik hastalıklar, çocukluktan itibaren geçirilmiş hastalıklar ve immünizasyon durumu, geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları, CYBE öyküsü, kanama bozukluğu ya da yatkınlığı, genel beslenme durumu ve yeme bozukluğu hikayesi, madde bağımlılığı, pika, psikiyatrik sorunlar, kan transfüzyonu, geçirilmiş operasyonlar, geçirilmiş jinekolojik operasyonlar, ilaç alerjisi, sürekli kullanmakta olduğu zorunlu ilaçları, gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi, infertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler, aile öyküsü (sistemik hastalık, çoğul gebelik, konjenital hastalık, sağlığı etkileyecek kültürel inanış ve davranış gibi) içermektedir (Taşkın, 2005; Yücel Sivaslıoğlu, 2005; Gül, 2007).

Obstetrik bilgiler, gebelik sayısı, doğum sayısı, yasal tahliye ve isteyerek düşük (provake) varlığı ve sayısı, ölü doğum ve ektopik gebelik varlığı ve sayısı, yaşayan çocuk sayısı, çocuk ölümü varsa nedenleri, gebe kalabilmek için herhangi bir tedavi görme durumu, doğum şekli (normal doğum, sezaryen, makadi doğum, epizyotomi, perinede deşüri vb), daha önceki doğumlarını nerede gerçekleştirdiği, menstruasyon ve kontraseptif hikayesini içermektedir.

Mevcut Gebelik Bilgileri: Son adet tarihi (SAT), adetlerin düzeni, gebelik semptomları, gebeliğin olağan yakınmaları (tablo 1 ve 2), gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar, bebek hareketleri ve ne zaman başladığı, alışkanlıkları, bu gebelik için tedavi görme durumu, kullanılan ilaçlar, kaza geçirip geçirmediği, röntgen filmi çektirip çekmediği, gebeliğe karşı tutumu/isteyerek-planlı, DÖB alma durumu, doğumun nerede gerçekleştirileceği, doğum sonrası AP yöntemi isteğini içermektedir (Taşkın, 2005; Yücel, Sivaslıoğlu, 2005; Gül, 2007). Öykü alma sırasında:

Toplumsal değerlere, kültürel özelliklere ve kişinin gereksinimine göre hareket edilmelidir.

Kişinin mahremiyet hakkına saygı duyulmalıdır.

Kişi nazik bir şekilde karşılanmalıdır.

Sağlık çalışanı kendini tanıtmalıdır

Kişinin adı sorularak, öykü alma işlemi sırasında adı ile hitap edilmelidir.

Sözel olan ve olmayan iletişim yolları kullanılmalıdır.

Gebeyi yargılayıcı sorulardan ve ses tonundan kaçınılmalıdır.

Sorular kişinin rahatlıkla anlayacağı şekilde sorulmalıdır.

Kişinin duyguları ve tepkilerine dikkat edilmelidir.

Alınan öykü açık ve net olarak kayıt altına alınmalıdır.

Kayıtlara sadece yetkisi olan kişilerin ulaşması güvence altına alınmalı ve bu konuda kişi bilgilendirilmelidir.

Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsünün dikkatli bir şekilde alınması büyük önem taşır. Tıbbi ve obstetrik öyküye ait bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar kolay ulaşılır olmalı, sevk gerektiren durumlarda gebenin sevk edildiği kuruluşa bir örneği gönderilmelidir.

4.3.2.2 Fizik Muayene (Boy, kilo takibi, vb.)

Fizik muayene, boy ve kilo ölçümü, kan basıncı ölçümünü içerecek şekilde yapılmalı ve endokrin hastalık işaretlerine dikkat edilmelidir. Tiroid disfonksiyonunu düşündürecek tiroid büyümesi ya da guatr varlığı, hiperprolaktinemiye işaret edecek galaktore varlığı, hirsütizm muayenesi yapılmalıdır. Pelvik muayene sırasında serviks olası enfeksiyon bulguları, DES maruziyeti ve geçirilmiş cerrahi yönünden incelenmelidir. Uterus boyutları olası myom açısından bilgi verirken over boyutlarının artışı PCOS varlığına işaret edebilir (Baz, 2009: 21).

Gebenin gözle muayenesinde öncelikli olarak gebenin postür ve yürüyüşüne bakılabilir. Gebenin postür ve yürüyüşü gebelikte değişebilir. Spinal kavis artıp, sırt ağrısı görülebilir. Daha sonra, ağız ve burun mukozasına bakılabilir. Östrojenin etkisi nedeniyle diş eti hipertroftiktir. Ağızda ödem, inflamasyon ve renk solukluğu anormal bulgu olarak kabul edilir. Burun mukozası ise ağızdan daha kırmızı ve ödemlidir. Bu nedenlerle burun kanaması ya da burun tıkanıklığı olabilir (Taşkın, 2005).

Göz konjonktivalarına, tırnak diplerinin soluk olup olmadığına, vücutta herhangi bir sakatlık olma durumuna, gebenin şişman ya da zayıf olup olmadığına, boyunun kısa olup olmadığına, meme uçlarının durumuna bakılabilir. Karında, vücudun herhangi bir yerinde ameliyat izi varlığına, bacakta, vulvada varis varlığına, yüz, karın ve memelerde gebelik belirtileri varlığına bakılabilir (Yücel Sivashoğlu, 2005).

4.3.2.3 Laboratuvar Testleri

Laboratuvar testleriyle kan veya bir başka vücut sıvısında bir maddenin (analit) konsantrasyonu veya etkinliği (aktivitesi) ölçülür ve ölçüm (analiz) sonucuna göre klinisyen tarafından bir hastanın durumu değerlendirilir. Laboratuvar testlerinin istenmesi ve yapılmasında amaç hastalıkların tanısı veya ayırıcı tanısının konulması, bir hastalığın şiddetinin belirlenmesi, sağaltımın izlenmesi veya bulgu vermeyen bir hastalığın ortaya çıkarılması için tarama olabilir (Altınışik, 2012).

Gebeliğin ilk ziyaretinde idrar tahlilleri ve kan tahlilleri yapılmalıdır (Yücel, Sivashoğlu, 2005; Akın ve Özvarış, 2006). Bu testlerin bir kısmı birinci basamak sağlık kurumlarında rutin olarak yapılan testlerdir. Bir kısmı ise gebeliğin seyrine göre ikinci ve üçüncü basamakta yapılmasına gerek duyulan testlerdir. İdrar glukoz, protein, keton ve lökosit yönünden incelenmelidir. Bu incelemeler idrar yolu enfeksiyonu, gebelikte hipertansif hastalık, böbrek hastalığı ve diyabet gibi sorunların belirlenmesini sağlar (Taşkın, 2005; Sağlık Bakanlığı, 2006).

4.3.2.4 Bağışıklama

Bağışıklama hizmeti, bebekleri çocukları ya da erişkin bireyleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılaraq, bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacıyla yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir. Bir toplumda bulaşıcı bir hastalığın dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin 1/5'i aşı ile önlenebilir hastalıklardan meydana gelmektedir (Engindeniz, b.t.: 1).

Bireyde bağıklık düzeyini istenilen seviyeye getirmektir. Bir başka ifadeyle bireyin bağıklık sistemini yapay yollarla uyararak enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmasını sağlama işlemidir. Bağıklama aşular ile aktif, immünglobulin ile pasif şekilde sağlanır. Teorik olarak hamilelik sırasında annenin aşlanması gelişmekte olan fetus için risktir. Gebe kadınların aşılmasının faydaları, genellikle enfeksiyona maruziyet durumunda anne veya fetusa bir risk oluşturmasından daha ağır basmaktadır. Genellikle canlı virüs aşuları gebe kadınlar için teorik olarak fetusa aşı virusunun geçmesi (bulaşması) riskinden ötürü kontrendikedir, ancak risk-yarar durumu (kuduz aşısı gibi) göz önüne alınarak duruma göre karar verilmelidir. Eğer bir canlı virüs aşısı yanlışlıkla gebe bir kadına ya da aşından sonraki 4 hafta içinde gebe kalan bir kadına yapılırsa kadın fetus üzerindeki potansiyel etkiler hakkında bilgilendirilmelidir. Ama aşı normalde gebelik sonlandırmak için bir endikasyon değildir (Eren, 2012).

Bağııklamada belirlenen hedeflere ulaşmada en etkili öğelerden biri aile bütünlüğünü sağlayan, çocukların bakımı ve beslenmesini üstlenerek onların bedensel ve zihinsel gelişimini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen annelerdir. Annelerin gebelik ve çocukluk dönemi aşılınmaları konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olması ve konunun önemini anlaması, aşılama oranlarını yükseltmektedir (Canbaz, Pekşen ve Sünter, 2001: 49).

Sağlık kurumuna herhangi bir nedenle başvuran her bebek, çocuk ve gebenin aşılama durumu ebe ve hemşireler tarafından kontrol edilmeli, aşı takvimine göre aşılınması gereken ve eksik aşuları tespit edilenlerin, aşılınması için her fırsat değerlendirilmelidir. Aşılama hizmetleri yıl boyunca sürdürülmesi gereken hizmetlerdir. Bu nedenle yaz aylarında aşılama hizmetlerine ara verilmez (Bozkurt ve Erdim, 2005: 121).

4.3.2.5 Bilgilendirme ve Danışmanlık

Doğum öncesi bakım sağlıklı gebeliklerin saptanması ve devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi açısından önem taşımakla birlikte anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz olabilecek faktörlerin saptanması ve giderilmesi

aslında gebelik öncesi danışmanlıkla başlamalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006). Doğum öncesi bakımda hem gebenin hem de çevresinin bilgilendirilmesi dikkat edilmesi gereken en önemli konulardan birisidir. Gebelik dönemindeki kadına verilecek eğitimlerde, öncelikli olarak gebe kadının yanlış bilgileri düzeltilmeli, sonra gebe kadının ihtiyaçları göz önüne alınarak, içindeki gebelik döneminde değerlendirilerek gebeliğin olağan yakınmaları gibi konularda eğitim verilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır (Yücel, Sivashoğlu, 2005; Sağlık Bakanlığı, 2006).

Gebelikte; doğumdan sonra iyileşmenin fizyolojik süreci hakkında bilgilendirme, aile planlaması danışmanlığı ve uygulaması, bebek bakımı, anne sütü ve emzirme hakkında bilgilendirme ve destek, anne için beslenme eğitimi, demir desteği, genel vücut hijyeni, perine ve meme bakımı eğitimi, anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi, uyku ve dinlenmeye yeterli zaman ayrılması konusunda hastanın cesaretlendirilmesi, doğum sonu egzersiz hakkında eğitim ve annenin bu konuda desteklenmesi gibi bilgiler verilmelidir (<http://www.antalyaeah.gov.tr/>)

4.3.2.6 Gebe İzlem Fişi Kayıtlarının Tamamlanması ve Kontrol Edilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), DÖB hizmetlerinin büyük bir bölümünün eğitimli ebe ve hemşireler tarafından gerçekleştirilebileceğini, riskli durumlarda pratisyen ya da uzman hekimin gerekli olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde DÖB hizmetleri, Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde yürütülmektedir. DÖB için birinci basamakta yapılan çalışmaların büyük bölümü ebe hizmetleri içinde yer alır. Sağlık ocağı ebesi, bölgesinde yaptığı rutin izleme çalışmaları sırasında tespit ettiği tüm gebeleri izler; bu izlemeleri düzenli olarak kaydeder. Form 005-Gebe-Lohusa İzleme Fişi, sağlık ocaklarında ebe tarafından gerçekleştirilen gebe ve lohusa izlemeleri için temel kayıt formudur. Ebe, saptadığı tüm gebeler için bu formu doldurur. Bu form, kimlik bilgileri, gebe kadının öz ve soy geçmişi ile ilgili bilgiler, tetanoz aşıları, izleme ve öğütler bölümlerinden oluşmaktadır. Bu forma kaydedilen bilgilerin değerlendirilmesi, o sağlık ocağı bölgesinde DÖB çalışmalarının etkinliğinin, sorunlarının ve olası çözümlerin tespitinde çok önemlidir (Okyay ve ark., 2005).

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No:005

GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ

Soyadı:

Adı:

Eşinin Adı:

Eşinin Akrabalık D:

Doğum Tarihi:

Öğrenim Durumu:

İşi:

Evlenme Yaşı:

İlk Gebelik Yaşı:

Kurumu:

Sağlık Evi:

Düzenlendiği Tarih:

Boy:.....cm

Sıra No:

Muhtarı:

Sokağı:

Ev No:

Tlf.No:

Kaçıncı Gebelik	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistemik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu- Rh	Eşinin Kan grubu- Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri Ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Şüpheli <input type="checkbox"/>				Canlı doğum <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Yer:..... Birçim:.....	Sağlık evi, <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağında <input type="checkbox"/> Hastanede <input type="checkbox"/>

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
RİA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer:	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Canlı doğum <input type="checkbox"/>	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/>	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personel <input type="checkbox"/> Sağlık Pers. Yardımı Olumadan <input type="checkbox"/>	Cinsiyet <input type="checkbox"/> Kilosu:.....gr. Boyu:.....cm Geliş Biçimi: Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/> Var:..... Notlar:.....

Ebenin Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Hekimin Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Şekil 4.2. Gebe-Lohusa İzleme Fişi Ön Yüzü

Kaynak: <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/form005.pdf>

5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Türü

Araştırma metodolojik ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; İstanbul ili Pendik ilçesinde bulunan 3 aile sağlığı Merkezine Ekim 2011- Ocak 2012 tarihleri arasında gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sözkonusu merkezler;

- Pendik 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi
- Pendik Mehmet Oğuz Aile Sağlığı Merkezi
- Pendik Çamçeşme Aile Sağlığı Merkezi

5.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Pendik ilçesinde bulunan 3 farklı aile sağlığı merkezinde 3 ay içerisinde takip edilen gebeler oluşturmaktadır. Aile sağlığı merkezleri ile yapılan görüşmeler sonucunda 3 ay için toplam gebe sayısının 550 olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini ise aile sağlığı merkezlerinde 3 ay içerisinde takip edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 323 gebe oluşturmaktadır.

Örneklem Büyüklüğü

Ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde

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

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 homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 227$ olarak hesaplanmıştır.

Bu çerçevede anket soruları tesadüfi olarak ulaşılabilen 385 gebe ile çalışılmış 323 kullanılabilir veri formu elde edilmiştir. Sonuç olarak araştırma bulgularının % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile genellenebileceği söylenebilir.

5.4 Veri Toplanması

Araştırmanın belirtilen Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazılı olarak başvurulmuş ve gerekli izin alınarak İl Sağlık Müdürlüğü onayı ve araştırmanın yapıldığı 3 Aile Sağlığı Merkezinde görevli hekimlerle sözlü görüşerek onay alınıp çalışma başlatılmıştır. Uygulanan formlar takip edilen gebelere Aile Sağlığı Merkezlerinde araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile yüz yüze yapılmıştır. Ayrıca araştırmanın belirlenen protokol süresinde tamamlanabilmesi için gebelere araştırmacı tarafından telefon ile ulaşılarak araştırma tamamlanmıştır.

5.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler araştırmacı ve danışman tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ve geliştirilen gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet ölçeği ile toplanmıştır. Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet ölçeği

¹ Priscilla Salant ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994, s. 55.

geliştirilirken ilgili literatür taraması yapılarak madde havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliğini sağlamak üzere alanında uzman akademisyenlerden uzman görüşü alınmıştır. Madde havuzundan sorular seçilerek 20 maddelik ölçek elde edilmiştir.

Gebe memnuniyeti değerlendirme ölçeğinde yer alan maddeler, formun cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada kullanılan Likert Ölçeği, kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir, yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzaya kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre;

- (5) tamamen katılırim
- (4) katılırim
- (3) kararsızım
- (2) katılmam
- (1) katiyen katılmam

şeklinde bir ölçek kullanılmıştır. Ölçek sonuçları 5.00-1.00=4.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler 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.

Ölçeğin Güvenirlilik ve Geçerliliği

Araştırmada geliştirilen ölçeğin güvenilirlik düzeyini belirlemek için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Aile hekimliği sisteminden memnuniyet ölçeğindeki 20 maddenin genel güvenirligi $\alpha=0,950$ olarak bulunmuştur. Yapılan Kmo ve Barlett analizi sonucunda KMO değerinin 0,919 olarak Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu ve faktör analizinin yapılabilir olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda toplam varyansı %79,52 olan 4 faktör oluşmuştur.

Tablo 5.1. Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach's Alpha
Aile hekiminden memnuniyet	Aile hekimine gebeliğim ve bebeğim hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum	0,892	26,198	0,930
	Aile hekimime gebeliğim ve bebeğim hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.	0,884		
	Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.	0,867		
	Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.	0,773		
	Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.	0,600		
	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.	0,491		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum	0,849	25,049	0,937
	Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerinde gebelere daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	0,848		
	Aile hekimliği uygulaması anne ve bebek ölümlerinin azalmasında ciddi katkılar sağlayacaktır.	0,705		
	Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	0,686		
	Aile hekimliği uygulaması ile hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacı hissetmiyorum.	0,651		
	Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminin daha iyi olduğunu düşünüyorum.	0,650		
	Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve bebeğimin sağlığının kontrol altında olduğunu hissediyorum	0,628		
	Aile hekimliği uygulaması kadın ve çocuk sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum.	0,626		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	Ebe ve hemşirelere gerekli gördüğümde istediğim soruları yöneltebiliyorum.	0,933	15,573	0,977
	Ebe ve hemşirelerim tutum ve davranışlarından memnunum.	0,921		
	Ebe ve hemşirelere sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.	0,921		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Sağlık ocağında gebeler için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.	0,821	12,694	0,804
	Sağlık ocağında gebelik için gerekli olan tüm testler yapılmaktadır.	0,806		
	Sağlık ocağının fiziksel kapasitesi gebeler için yeterlidir.	0,735		
Toplam Varyans %79,52				

“Aile hekiminden memnuniyet” faktörünü oluşturan 6 maddenin güvenilirliği $\alpha=0,930$ olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında % 26,2 varyans oranı elde edilmiştir.

*

“Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet” faktörünü oluşturan 8 maddenin güvenilirliği $\alpha=0,937$ olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında % 25,0 varyans oranı elde edilmiştir.

“Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet” faktörünü oluşturan 3 maddenin güvenilirliği $\alpha=0,977$ olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında % 15,6 varyans oranı elde edilmiştir.

“Aile hekimliği sisteminden memnuniyet” faktörünü oluşturan 3 maddenin güvenilirliği $\alpha=0,804$ olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında % 12,7 varyans oranı elde edilmiştir.

5.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Non-Parametrik testlerden Kruskal Wallis H-Testi, Mann Whitney U testi ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

5.7 Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

- Araştırma araştırmada kullanılan veri toplama aracı ile sınırlıdır.
- Araştırmaya katılan gebe kadınlar ile sınırlıdır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan gebe kadınlardan ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 6.1. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

		n	%
Yaş	18 yaş altı	14	4,3
	18-25	82	25,4
	26-30	103	31,9
	31-35	79	24,5
	36 ve üzeri	45	13,9
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	18	5,6
	İlkokul	77	23,8
	Ortaokul	99	30,7
	Lise	63	19,5
	Üniversite	42	13,0
Yüksek lisans/Doktora	24	7,4	
Gebelik	1	82	25,4
	2	94	29,1
	3	72	22,3
	4	42	13,0
	5	21	6,5
	6 ve üzeri	12	3,7
Şu anki gebelikteki bulunduğu ay	2-3 ay	55	17,0
	4-5 ay	102	31,6
	6-7 ay	112	34,7
	8-9 ay	54	16,7
Çalışıp çalışmama durumu	Evet	79	24,5
	Hayır	244	75,5

Gebelerin yaşlarına göre dağılımı Tablo 6.1’de incelenmiştir. Buna göre gebelerin 14’ü (% 4,3) 18 yaş altı, 82’si (% 25,4) 18-25, 103’ü (% 31,9) 26-30, 79’u (% 24,5) 31-35, 45’i (% 13,9) 36 ve üzeridir.

Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 6.1’de incelenmiştir. Buna göre gebelerin 18’i (% 5,6) Okur-yazar değil, 77’si (% 23,8) İlkokul, 99’u (% 30,7)

Ortaokul, 63'ü (% 19,5) Lise, 42'si (% 13,0) Üniversite, 24'ü (% 7,4) Yüksek lisans/Doktoradır.

Gebelerin gebelik sayısına göre dağılımı Tablo6.1'de incelenmiştir. Buna göre gebelerin 82'si (% 25,4) 1, 94'ü (% 29,1) 2, 72'si (% 22,3) 3, 42'si (% 13,0) 4, 21'i (% 6,5) 5, 12'si (% 3,7) 6 ve üzeridir.

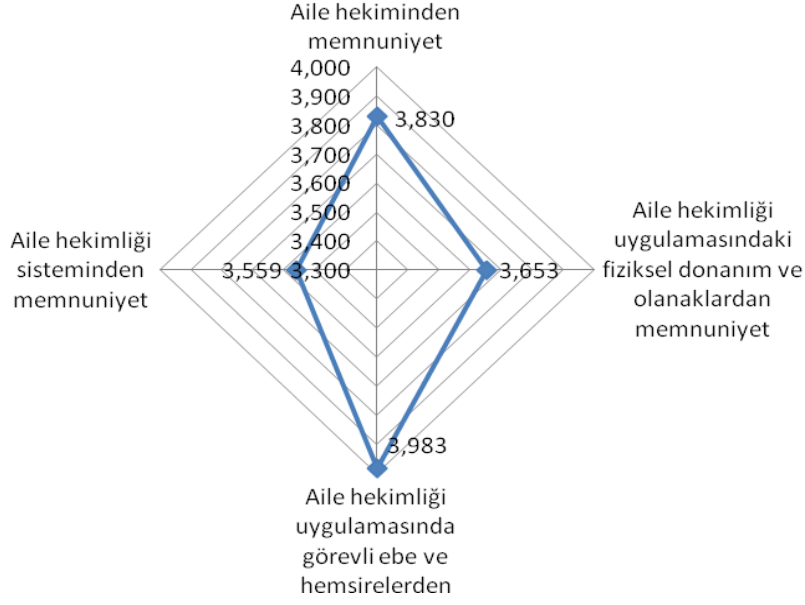
Gebelerin şu anki gebelikteki bulunduğu aya göre dağılımı Tablo 6.1 'de incelenmiştir. Buna göre gebelerin 55'i (% 17,0) 2-3 ay, 102'si (% 31,6) 4-5 ay, 112'si (% 34,7) 6-7 ay, 54'ü (% 16,7) 8-9 aydır.

Gebelerin çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 6.1'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan gebe kadınların 79'unun (% 24,5) çalıştığı, 244'ünün (% 75,5) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.2. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri

	n	X	SD	Min.	Max.
Aile hekiminden memnuniyet	323	3,830	0,928	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	323	3,653	0,882	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	323	3,983	0,970	1,000	5,000
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	323	3,559	0,812	1,667	5,000

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; aile hekiminden memnuniyet ortalaması $3,830 \pm 0,928$; aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet ortalaması $3,653 \pm 0,882$; aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet ortalaması $3,983 \pm 0,970$; aile hekimliği sisteminden memnuniyet ortalaması $3,559 \pm 0,812$; olarak bulunmuştur.



Şekil 6.1. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 6.3. Gebelerin Aile Hekiminden Memnuniyet Düzeyleri

	n	X	SD	Min.	Max.
Aile hekimine gebeliğim ve bebeğim hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum	323	3,728	1,218	1,000	5,000
Aile hekimime gebeliğim ve bebeğim hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.	323	3,700	1,266	1,000	5,000
Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.	323	3,715	1,100	1,000	5,000
Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.	323	3,960	0,940	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.	323	4,071	0,974	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.	323	3,805	0,924	1,000	5,000

Gebelerin Aile hekiminden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; “*Aile hekimine gebeliğim ve bebeğim hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,728 \pm 1,218$; “*Aile hekimime gebeliğim ve bebeğim hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,700 \pm 1,266$; “*Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,715 \pm$

1,100; “Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,960 \pm 0,940$; “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $4,071 \pm 0,974$; “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,805 \pm 0,924$ olarak bulunmuştur.

Tablo 6.4. Gebelerin Aile Hekimliği Uygulamasındaki Olanaklardan Memnuniyet Düzeyleri

	n	X	SD	Min.	Max.
Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerdeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum	323	3,471	0,995	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerinde gebelere daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	323	3,492	0,992	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması anne ve bebek ölümlerinin azalmasında ciddi katkılar sağlayacaktır.	323	3,774	0,801	1,000	5,000
Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	323	3,910	1,121	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması ile hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacı hissetmiyorum.	323	2,715	1,365	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminin daha iyi olduğunu düşünüyorum.	323	3,950	1,146	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve bebeğimin sağlığının kontrol altında olduğunu hissediyorum	323	3,873	1,030	1,000	5,000
Aile hekimliği uygulaması kadın ve çocuk sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum.	323	4,037	0,932	1,000	5,000

Gebelerin Aile hekimliği uygulamasındaki olanaklardan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; “Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerdeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,471 \pm 0,995$; “Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerinde gebelere daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,492 \pm 0,992$; “Aile hekimliği uygulaması anne ve bebek ölümlerinin azalmasında ciddi katkılar sağlayacaktır.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,774 \pm 0,801$; “Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,910 \pm 1,121$; “Aile hekimliği uygulaması ile hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacı hissetmiyorum.” maddesine verdiği

cevapların ortalaması $2,715 \pm 1,365$; “*Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminin daha iyi olduğunu düşünüyorum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,950 \pm 1,146$; “*Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve bebeğimin sağlığının kontrol altında olduğunu hissediyorum*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,873 \pm 1,030$; “*Aile hekimliği uygulaması kadın ve çocuk sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $4,037 \pm 0,932$ olarak bulunmuştur.

Tablo 6.5. Gebelerin Aile Hekimliği Uygulamasında Görevli Ebe Ve Hemşirelerden Memnuniyet Düzeyleri

	n	X	SD	Min.	Max.
Ebe ve hemşirelere gerekli gördüğümde istediğim soruları yöneltebiliyorum.	323	4,012	0,981	1,000	5,000
Ebe ve hemşirelerim tutum ve davranışlarından memnunum.	323	4,012	0,932	1,000	5,000
Ebe ve hemşirelere sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.	323	3,926	1,058	1,000	5,000

Gebelerin Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; “*Ebe ve hemşirelere gerekli gördüğümde istediğim soruları yöneltebiliyorum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $4,012 \pm 0,981$; “*Ebe ve hemşirelerim tutum ve davranışlarından memnunum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $4,012 \pm 0,932$; “*Ebe ve hemşirelere sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,926 \pm 1,058$ olarak bulunmuştur.

Tablo 6.6. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri

	n	X	SD	Min.	Max.
Aile sağlığı merkezinde gebeler için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.	323	3,663	0,853	1,000	5,000
Aile sağlığı merkezinde gebelik için gerekli olan tüm testler yapılmaktadır.	323	3,693	0,805	1,000	5,000
Aile sağlığı Merkezinin fiziksel kapasitesi gebeler için yeterlidir.	323	3,322	1,175	1,000	5,000

Gebelerin Aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; “*Aile sağlığı merkezinde gebeler için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.*” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,663 \pm 0,853$; “*Aile sağlığı merkezinde gebelik için*

gerekli olan tüm testler yapılmaktadır.” maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,693 \pm 0,805$; *“Aile sağlığı merkezinin fiziksel kapasitesi gebeler için yeterlidir.”* maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,322 \pm 1,175$ olarak bulunmuştur.

Tablo 6.7. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılaşması

	Grup	n	X	SD	KW	p
Aile hekiminden memnuniyet	18 yaş altı	14	3,536	0,992	4,366	0,359
	18-25	82	3,982	0,849		
	26-30	103	3,785	0,937		
	31-35	79	3,778	0,961		
	36 ve üzeri	45	3,837	0,969		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	18 yaş altı	14	3,536	0,806	5,090	0,278
	18-25	82	3,767	0,860		
	26-30	103	3,709	0,870		
	31-35	79	3,502	0,907		
	36 ve üzeri	45	3,619	0,922		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	18 yaş altı	14	4,190	0,386	0,776	0,942
	18-25	82	4,028	0,991		
	26-30	103	3,942	1,048		
	31-35	79	3,954	1,005		
	36 ve üzeri	45	3,985	0,816		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	18 yaş altı	14	3,929	0,193	4,226	0,376
	18-25	82	3,573	0,882		
	26-30	103	3,550	0,732		
	31-35	79	3,549	0,822		
	36 ve üzeri	45	3,459	0,946		

Gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı ortalamalarının yaş açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,366; $p=0,359>0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı ortalamalarının yaş açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,090; $p=0,278>0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı ortalamalarının yaş açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=0,776; p=0,942>0,05).

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,226; p=0,376>0,05).

Tablo 6.8. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması

	Grup	n	X	SD	KW	p
Aile hekiminden memnuniyet	Okur-yazar değil	18	3,389	1,080	15,323	0,009
	İlkokul	77	4,022	0,826		
	Ortaokul	99	3,702	0,985		
	Lise	63	3,646	1,014		
	Üniversite	42	4,012	0,819		
	Yükseklisans/Doktora	24	4,236	0,417		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	Okur-yazar değil	18	3,243	0,842	16,231	0,006
	İlkokul	77	3,909	0,854		
	Ortaokul	99	3,533	0,956		
	Lise	63	3,530	0,968		
	Üniversite	42	3,845	0,643		
	Yükseklisans/Doktora	24	3,620	0,525		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	Okur-yazar değil	18	4,111	0,686	5,440	0,365
	İlkokul	77	4,177	0,880		
	Ortaokul	99	3,869	1,090		
	Lise	63	3,942	0,875		
	Üniversite	42	3,952	1,137		
	Yükseklisans/Doktora	24	3,903	0,789		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Okur-yazar değil	18	3,315	0,820	13,826	0,017
	İlkokul	77	3,823	0,779		
	Ortaokul	99	3,579	0,819		
	Lise	63	3,418	0,778		
	Üniversite	42	3,437	0,918		
	Yükseklisans/Doktora	24	3,403	0,598		

Gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı ortalamalarının eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=15,323; $p=0,009<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=452,000; $p=0,021<0,05$). Eğitim durumu Üniversite olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=243,000; $p=0,029<0,05$). Eğitim durumu Yüksek lisans/Doktora olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=119,000; $p=0,013<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Ortaokul olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=3097,500; $p=0,032<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Lise olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=1913,000; $p=0,031<0,05$). Eğitim durumu Yüksek lisans/Doktora olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Ortaokul olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=835,000; $p=0,024<0,05$). Eğitim durumu Üniversite olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Lise olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=998,500; $p=0,033<0,05$). Eğitim durumu Yüksek lisans/Doktora olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Lise olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=502,000; $p=0,015<0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı ortalamalarının eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,231; $p=0,006<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan

memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=351,000$; $p=0,001<0,05$). Eğitim durumu Üniversite olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=217,500$; $p=0,009<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, eğitim durumu Ortaokul olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=2934,500$; $p=0,009<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, eğitim durumu Lise olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1875,000$; $p=0,021<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, eğitim durumu Yüksek lisans/Doktora olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=628,000$; $p=0,018<0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,440; $p=0,365>0,05$).

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı ortalamalarının eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=13,826; $p=0,017<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Okur-yazar olmayan gebelerin aile hekimliği

sisteminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=473,000$; $p=0,027<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Ortaokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=3114,000$; $p=0,030<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Lise olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1755,000$; $p=0,003<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Üniversite olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1220,500$; $p=0,021<0,05$). Eğitim durumu İlkokul olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı, eğitim durumu Yüksek lisans/Doktora olan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=591,500$; $p=0,005<0,05$).

Tablo 6.9. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Gebelik Sayısına Göre Farklılaşması

	Grup	n	X	SD	KW	p
Aile hekiminden memnuniyet	1	82	4,106	0,748	19,420	0,002
	2	94	3,824	0,935		
	3	72	3,813	0,954		
	4	42	3,440	0,983		
	5	21	3,603	0,973		
	6 ve üzeri	12	3,847	1,122		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	1	82	3,898	0,776	12,610	0,027
	2	94	3,544	0,841		
	3	72	3,658	0,893		
	4	42	3,351	1,024		
	5	21	3,607	0,789		
	6 ve üzeri	12	3,938	1,086		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	1	82	4,146	0,878	5,097	0,404
	2	94	3,911	1,068		
	3	72	3,903	1,111		
	4	42	3,897	0,885		
	5	21	3,984	0,572		
	6 ve üzeri	12	4,222	0,592		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	1	82	3,675	0,813	4,104	0,535
	2	94	3,500	0,758		
	3	72	3,588	0,884		
	4	42	3,389	0,729		
	5	21	3,603	0,712		
	6 ve üzeri	12	3,583	1,182		

Gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelik sayısı açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=19,420; $p=0,002<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 2 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=3076,000; $p=0,020<0,05$). Gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 3 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=2404,500; $p=0,046<0,05$). Gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 4 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=940,000; $p=0,000<0,05$). Gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 5 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=555,000; $p=0,012<0,05$). Gebelik sayısı 2 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 4 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=1465,000; $p=0,016<0,05$). Gebelik sayısı 3 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı, gebelik sayısı 4 olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=1112,500; $p=0,018<0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı ortalamalarının gebelik sayısı açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=12,610; $p=0,027<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, gebelik sayısı 2 olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney U=2877,000; $p=0,004<0,05$). Gebelik sayısı 1 olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı, gebelik sayısı

4 olan gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1223,000$; $p=0,008<0,05$).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelik sayısı açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,097; $p=0,404>0,05$).

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelik sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,104; $p=0,535>0,05$).

Tablo 6.10. Gebe lerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Gebelik Ayına Göre Farklılaşması

	Grup	n	X	SD	KW	p
Aile hekiminden memnuniyet	2-3 ay	55	4,003	0,760	2,493	0,477
	4-5 ay	102	3,739	0,982		
	6-7 ay	112	3,881	0,880		
	8-9 ay	54	3,719	1,058		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	2-3 ay	55	3,809	0,851	5,351	0,148
	4-5 ay	102	3,547	0,894		
	6-7 ay	112	3,735	0,845		
	8-9 ay	54	3,523	0,943		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	2-3 ay	55	4,018	0,885	1,458	0,692
	4-5 ay	102	3,925	0,950		
	6-7 ay	112	4,012	1,011		
	8-9 ay	54	4,000	1,022		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	2-3 ay	55	3,733	0,832	5,396	0,145
	4-5 ay	102	3,536	0,745		
	6-7 ay	112	3,571	0,792		
	8-9 ay	54	3,401	0,935		

Gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelikteki bulunduğu ay açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=2,493; p=0,477>0,05).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı ortalamalarının gebelikteki bulunduğu ay açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,351; p=0,148>0,05).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelikteki bulunduğu ay değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=1,458; p=0,692>0,05).

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı ortalamalarının gebelikteki bulunduğu ay değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,396; p=0,145>0,05).

Tablo 6.11. Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeylerinin Çalışma Durumlarına Göre Farklılaşması

	Grup	n	X	SD	MW	p
Aile hekiminden memnuniyet	Evet	79	4,082	0,792	7416,500	0,002
	Hayır	244	3,748	0,956		
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	Evet	79	3,778	0,792	8699,500	0,192
	Hayır	244	3,612	0,907		
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	Evet	79	3,992	1,043	9159,000	0,481
	Hayır	244	3,981	0,947		
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Evet	79	3,498	0,797	8996,500	0,354
	Hayır	244	3,579	0,818		

Gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanları ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=7416,50; p=0,002<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, çalışan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanları, çalışmayan gebelerin aile hekiminden memnuniyet puanlarından yüksektir.

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanları ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=8699,500; p=0,192>0,05).

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanları ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=9159,000; p=0,481>0,05).

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanları ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney $U=8996,500$; $p=0,354>0,05$).

Tablo 6.12. Gebelerin Aile Hekimliği Sistemi Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi

Boyutlar	Boyut	n	r	p
Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	Aile hekiminden memnuniyet	323	0,789	0,000
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	Aile hekiminden memnuniyet	323	0,387	0,000
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Aile hekiminden memnuniyet	323	0,445	0,000
Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	323	0,450	0,000
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet	323	0,483	0,000
Aile hekimliği sisteminden memnuniyet	Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet	323	0,446	0,000

Tablo 6.12’den anlaşılacağı üzere, aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet ile aile hekiminden memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %78,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,789$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı arttıkça aile hekiminden memnuniyet puanı da artmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet ile aile hekiminden memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %38,7 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,387$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı arttıkça aile hekiminden memnuniyet puanı da artmaktadır.

Aile hekimliği sisteminden memnuniyet ile aile hekiminden memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,5 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,445$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı arttıkça aile hekiminden memnuniyet puanı da artmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet ile aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %45,0 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,450$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı arttıkça aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı da artmaktadır.

Aile hekimliği sisteminden memnuniyet ile aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %48,3 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,483$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı arttıkça aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet puanı da artmaktadır.

Aile hekimliği sisteminden memnuniyet ile aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,6 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,446$; $p=0,000<0,05$). Buna göre aile hekimliği

sisteminden memnuniyet puanı arttıkça aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet puanı da artmaktadır.

7.TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelerin aile hekimliği sisteminde çalışan sağlık personeli, hekim, hemşireler ve ebeler tarafından yürütülen bakım uygulamalarından memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılarak sunulmuştur:

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet dereceleri; “Aile hekiminden memnuniyet”, “Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet”, “Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet” ve “Aile hekimliği sisteminden memnuniyet” olmak üzere 4 alt boyutta incelenmiştir. 5 üzerinden yapılan değerlendirmeye göre; gebelerin en yüksekten en düşüğe memnun olduğu boyutların $3,983 \pm 0,970$ puan ile aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet, $3,830 \pm 0,928$ puan ile aile hekiminden memnuniyet, $3,653 \pm 0,882$ puan ile aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet ve son olarak aile hekimliği sisteminden memnuniyet puanı $3,559 \pm 0,812$; olarak saptanmıştır.

Çıkan sonuçlara göre; gebeler en fazla ebe ve hemşirelerden en az ise aile hekimliği sisteminden memnundurlar. Memnuniyet düzeylerinin yüksekliğinden daha çok normal sağlıklı gebelik dönemi geçiren gebelerin bu sisteme başvurduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı (2010) birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet araştırması sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde hasta memnuniyetinin % 82.8 olduğunu belirlemiştir.

Araştırmada gebelerin her boyutta yer alan önermelere ilişkin memnuniyet düzeyleri tek tek ele alınarak incelenmiştir. Yine 5 üzerinden yapılan değerlendirmeye göre gebelerin aile hekiminden en fazla $4,071 \pm 0,974$ ile “*Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.*” ve $3,960 \pm 0,940$ puan ile “*Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.*” önermeleri olduğu ve az memnun oldukları ise $3,700 \pm 1,266$ puan ile “*Aile*

hekimime gebeliğim ve bebeğim hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.” ve $3,715 \pm 1,100$ puan ile *“Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.”* önermelerine ilişkin olduğu belirlenmiştir. Gebelerin aile hekiminden en fazla ve en az memnun olduğu önermelerin ortalamalarına bakıldığında aslında ortada bir memnuniyetsizliğin olmadığı, ancak bazı uygulamalardan daha fazla memnun oldukları ifade edilebilir.

Gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve memnuniyet düzeyleri madde bazında incelendiğinde ise; gebelerin en fazla memnun oldukları uygulamaların $4,037 \pm 0,932$ puan ile *“Aile hekimliği uygulaması kadın ve çocuk sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum.”* ve $3,950 \pm 1,146$ puan ile *“Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminin daha iyi olduğunu düşünüyorum.”* önermelerine ilişkin olduğu, en az memnun oldukları uygulamaların ise; $2,715 \pm 1,365$ puan ile *“Aile hekimliği uygulaması ile hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacı hissetmiyorum.”* maddesine verdiği cevapların ortalaması $3,471 \pm 0,995$ puan ile *“Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum”* önermelerine ilişkin olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde gebelerin aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnun oldukları, ancak aile hekimliği uygulamasının gebelerin hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacına yanıt vermediği ve hastanelerdeki gebe polikliniklerindeki yoğunlaşmanın önüne geçen bir uygulama olmadığı söylenebilir. Gebeliğin özellikle ilerleyen dönemleri uzman hekim kontrolünde geçirilmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin uzmanlık alanı kadın doğum olmadığı için, çıkan sonucun olağan olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet düzeyleri madde bazında incelendiğinde ise; gebelerin en fazla memnun oldukları uygulamaların $4,012 \pm 0,981$ puan ile *“Ebe ve hemşirelere gerekli gördüğümde istediğim soruları yöneltebiliyorum.”* ve yine $4,012 \pm 0,932$ puan ile *“Ebe ve hemşirelerin tutum ve davranışlarından memnunum.”* önermelerine ilişkin olduğu, bu önermelere göre daha az memnun oldukları uygulamanın ise $3,926 \pm 1,058$ puan ile *“Ebe ve hemşirelere sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.”* önermesine ilişkin olduğu belirlenmiştir. sonuçlar bütün olarak

değerlendirildiğinde; gebelerin aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden yüksek düzeyde memnun oldukları söylenebilir.

Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyleri madde bazında incelendiğinde ise; gebelerin en fazla memnun oldukları uygulamaların $3,663 \pm 0,853$; puan ile “*Aile sağlığı merkezinde gebeler için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.*” ve yine $3,693 \pm 0,805$; puan ile “*Aile sağlığı merkezinde gebelik için gerekli olan tüm testler yapılmaktadır.*” önermelerine ilişkin olduğu, bu önermelere göre daha az memnun oldukları uygulamanın ise $3,322 \pm 1,175$ puan ile “*Aile sağlığı merkezinin fiziksel kapasitesi gebeler için yeterlidir.*” önermesine ilişkin olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde; Aile sağlığı merkezlerinin gebelerin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek fiziksel donanıma sahip olmadığı, ancak mevcut donanımının da çok kötü düzeyde olmadığı ifade edilebilir. Ayrıca gebelerin bilgi eksikliğinden dolayı laboratuvar testlerini ve tıbbi donanımı yeterli buldukları düşünülebilir. Uygulamanın yeni olması nedeniyle bu tür eksikliklerin olmasının normal karşılanması gerektiği, ancak sistemin geliştirilerek, gebelerin ihtiyaçlarını karşılayacak donanıma ve fiziksel yapıya kavuşturularak, gebeler için önemli olan tüm testlerin yapılabilir düzeye getirilmesinin gebelerin memnuniyetinde önemli artışlara neden olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin aile hekimliği sistemi memnuniyet düzeyleri, tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Gebelerin yaşlarına ve gebelikte buldukları aylara göre aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile farklı yaşlarda ve farklı gebelik ayında bulunan gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet dereceleri birbirlerine benzerlik göstermektedir.

Karadağ (2007) aile hekimliği uygulamasının hasta memnuniyetine etkisini incelediği araştırmasında hastaların yaşlarına göre memnuniyet düzeylerinde farklılaşmalar olduğunu saptamıştır. Araştırma sonuçlarının farklılaşma nedeninin örneklem gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aydoğan (2005) aile hekimliğinde hasta memnuniyeti araştırmasında hastaların yaşlarına göre memnuniyet derecelerinin farklı olduğunu saptamıştır. Yine bu çalışmada Karadağın alışması gibi farklı sonuç vermesinin nedeni örneklem gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aksakal T, Bilgili N (2008) hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi araştırmasında memnuniyetin yaştan etkilenmediğini ortaya koymuştur.

Gebelerin eğitim durumlarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyleri, Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet ve Aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutlarında istatistiksel açıdan farklılaşmadığı, aile hekiminden memnuniyet ve Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet boyutlarında eğitim düzeyine göre farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Buna göre; okur-yazar olmayan gebelerin aile hekiminden memnuniyet ve Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet düzeylerinin daha yüksek eğitim düzeyindeki gebelerden düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe iletişim güçlenmektedir ve bu da sistemden kişilerin daha kolay faydalanmasını sağlar. Okur yazar olmayan gebelerin memnuniyetsizliği de iletişimlerinin ve dolayısıyla kendilerini ifade biçimlerinin az olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca sistemin yönlerini çok iyi analiz edemeyebilirler ; sistemdeki bir eksiklik sistemin diğer parçalarından da memnuniyetsizliği getirir bu da sistemden memnuniyetsizliği ortaya çıkarır.

Karadağ (2007) hastaların öğrenim durumlarına göre aile hekimliğinden memnuniyet durumlarında farklılaşmalar olduğunu belirlemiştir. Söz konusu araştırmada memnuniyet düzeyi düşük olan grup okuryazar eğitim düzeyinde olanlardır. Ancak araştırma sonuçlarından genel bir yorum yapmanın kullanılan ölçeklerin farklı olması ve bizim örneklem grubumuzu gebelerin, Karadağ'ın örneklem grubunu tüm hastaların oluşturmasından dolayı olanaksız olduğu söylenebilir.

Aksakal T,Bilgili N (2008) hemşirelik hizmetlerinden hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi çalışmasında eğitim durumu yükseldikçe memnuniyetin azaldığını ortaya koymuştur. Sonucun farklı çıkmasında örneklem grubunun farklılığı düşünülmektedir. Biz sadece gebeler üzerine çalışma yaptık, bu çalışma ise tüm hastaları kapsamaktadır.

Gebelerin gebelik sayılarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyleri, Aile hekimliği uygulamasında görevli ebe ve hemşirelerden memnuniyet ve Aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutlarında istatistiksel açıdan farklılaşmadığı, aile hekiminden memnuniyet ve Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet boyutlarında ise gebelik sayısına göre farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir. Buna göre; ilk gebeliği olan gebelerin aile hekiminden memnuniyet ve Aile hekimliği uygulamasındaki fiziksel donanım ve olanaklardan memnuniyet düzeylerinin daha fazla gebelik sayısına sahip gebelerden yüksek olduğu belirlenmiştir. İlk gebeliğini yaşayan kadınların, aile hekimliği sistemini, daha önceki sistemle gebelik uygulamaları açısından karşılaştırma olanağı bulunmamaktadır. Bunun için de mevcut uygulamadan memnuniyet düzeylerinin, daha fazla gebelik sayısına sahip gebe kadınlardan yüksek olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin çalışma durumlarına göre aile hekiminden memnuniyet dışında kalan boyutlara ilişkin memnuniyet düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Çalışan gebelerin aile hekimlerinden çalışmayan gebelere göre daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışan gebelerin zamanları az ve aile sağlığı merkezine geldiklerinde işlerini çabuk bitiriyorlar. Çalışmayan gebeler ise daha fazla zamanları olduğu için daha uzun aile sağlığı merkezinde zaman geçiriyorlar ve eleştiri yapmaya daha çok zamanları oluyor. Dolayısıyla çalışan gebelerin sistemden memnun olmalarının nedeni işlerini çabuk halletmeleri diğerlerinin ise zaman problemi olmadığı için eleştiri yönlerinin fazla olmasından kaynaklanabilir.

Söyleyici (2010), aile hekimliği sisteminde hastaların genel memnuniyet düzeyini araştırdığı çalışmasında; hastaların mesleklerine ve işsiz olma durumlarına göre memnuniyet düzeylerinin farklılaşmadığını saptamıştır. Ancak Söz konusu

araştırma tüm hastaları kapsamakta, bizim araştırmamız gebeleri kapsamaktadır, araştırma sonuçlarının farklılaşması buna bağlanabilir.

Araştırmada gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerini belirleyen boyutların birbirleri ile ilişkisi korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir. Analiz sonucunda tüm boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları belirlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın (2010), yaptığı araştırmada; aile hekimliği uygulaması ile memnuniyet düzeyi arasında aynı yönlü doğrusal ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Karadağ (2007) araştırmasında hasta memnuniyetini altı boyutta incelemiş ve tüm boyutların birbirlerinden istatistiksel olarak etkilendiğini saptamıştır.

Çıkan sonuçlar aile hekimliği sisteminin entegre bir sistem olduğu, tüm uygulamaların birbirleri ile etkileşim içinde olduğunun göstergesidir. Aynı zamanda bu sonuç; sistemde yer alan bir uygulamanın aksamamasının diğer uygulamalara da yansyarak gebelerin memnuniyet düzeylerine olumsuz yansyacağına da belirtisidir.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Aile hekimliği sisteminden gebelerin yüksek memnuniyet düzeyleri olumlu bir gelişmedir. Ancak sistemin daha da geliştirilebilmesi için, gebelerin görüşleri alınmalı ve bu yönde düzenlemeler yapılmalıdır.
- Araştırmada gebelerin aile hekimliği sistemindeki fiziksel olanaklar ve tıbbi donanımdan diğer uygulamalara göre daha az memnun oldukları sonucundan yola çıkarak, sistemin geliştirilebilmesi ve gebelerin memnuniyetlerinin artırılması için gebeler için gerekli olan tıbbi donanımın aile hekimliği merkezlerine temin edilmesi ve fiziksel olanakların artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca aile hekimliği merkezlerinin laboratuvar olanakları geliştirilmeli ve gebeler için gerekli olan tüm testlerin yapılabilmesi, gebelerin memnuniyet düzeylerine olumlu yansyacaktır.

- Araştırma aile hekimliği sisteminden gebelerin memnuniyet durumunu araştıran ilk çalışma olma özelliği göstermektedir ve bu nedenle çıkan sonuçlardan genelleme yapmak olanaksızdır. Daha genel sonuçlara ulaşmak için farklı illerde ve daha geniş örneklemeler üzerinde araştırmanın benzerleri yapılmalıdır.
- Aile hekimliği sisteminden gebelerin memnuniyetini araştıran çalışmaların yapılması, sistemin eksik ve aksayan yönleri tespit edilmesine olanak sağlayacaktır. Sonuçlara göre yapılacak iyileştirici çabaların sağlık hizmetleri kalitesine ve gebe memnuniyetine olumlu yansımaları olacaktır.

8.KAYNAKLAR

Ak M. (2010) Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (4): 403-405.

Akdeniz M., Ungan M., Yaman H. (2010) Türkiye’de bir tıp disiplini olarak aile Hekimliği’nin gelişimi. *GeroFam*, 1 (1): 29-40.

Akın A., Özvarış Ş. B. (2006) *Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Bölüm 6. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Aksakal T., Bilgili N. (2008) *Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*. 30 (4): 242-249.

Aktürk Z., Set T. (2010) *Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi El Kitabı*, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.

Algın K., Şahin İ., Top M. (2004) Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (3): 249- 275.

Altınışik M. (2012). Laboratuvar Test Sonuçlarına Ölçüm (Analiz) Öncesi Etki Eden Faktörler, <http://www.mustafaaltinisik.org.uk/90-adsem-01.pdf>

Altundaş P. (2009) *Gebelikteki Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması*. Ege Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Doç. Dr. Neriman Soğukpınar).

Api O., Ünal O., Şen C. (2005) Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 13 (2): 71-79.

Arslan B. (2010) *Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel).

Atar Gürel S., Gürel H., Balcan E. (2006) Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, 14 (2): 90 – 95.

Ay S. (2008) Gebelikte görülen kas iskelet sistemi problemleri. *Romatizma*, 23: 56-59.

Aydın S., ark., (2004) *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Balsak D., ark., (2007) Ege bölgesinde yaşayan gebe kadınların gebelik egzersizleri hakkındaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Dergisi*, 24 (3): 200-204.

Başak O. (2002) *Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı*. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, Europe Wonca Europe.

Başarılı Emzirme, <http://www.gaziantepsaglik.gov.tr/basariliemzirme.pdf>

Baz A. (2009) *Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Trombin İle Aktiflenen Fibrinolizis İnhibitörü (TAFİ)*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Ali Rıza Odabaşı).

Beşer E., Ergin F., Sönmez A. (2007) Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2): 137- 141.

Beydağ K. D. (2007) Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6): 479- 484.

Bozkurt G., Erdim L., (2005) Güvenli bağışıklamada ebe ve hemşirelerin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (3): 119-126.

Budak N. (2002) Folik asitin kadın ve çocuk sağlığında önemi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24 (4): 209-214.

Bursa Sağlık Müdürlüğü (2012) Gebelikte Fiziksel ve Ruhsal Değişiklikler, <http://www.bsm.gov.tr/ruhsagligi/docs/gebelik.pdf>

Canbaz S., Pekşen Y., Sünter A.T. (2001) Bağışıklama konusunda annelerden edinilen bilgilerle sağlık ocağı kayıtlarının karşılaştırılması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1): 48- 53.

Çelik H., Yılmaz S. (2011) Bilecik İlinde aile hekimlerinin iş memnuniyet düzeylerinin performanslarına etkisi. 5. *Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 13-16 Nisan 2011, AKKA Hotel-Beldibi / Antalya / Türkiye*.

Çetin F., ark., (2005) Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (4): 247-252.

Çıtak Yıldız N. (2005). *Sağlık Aktüel*. Bursa Sağlık Müdürlüğü, Bursa.

Çoban A., Yanikkerem U. E. (2010) Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*, 49 (2): 87-94.

Çolak M. (2011) Aile hekimliği kapsamındaki ödemelerin vergi ve sosyal güvenlik boyutu. *Yaklaşım*, (219).

Demiryay A. (2006). *Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Y. Doç. Dr. Nihal Cengiz).

Dikici M. F., Kartal M., Alptekin S., Çubukçu M., Ayanoglu A. S., Yariş F. (2007) Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, (27): 412- 417.

Dinçşahin F. (2012) Gebelikte Kontrol ve Testler, http://farukdincshahin.com.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=118

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, <http://www.antalyaeah.gov.tr/>)

Durusoy R., ark. (2011) İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9 (1): 1 -15.

Engindeniz T. (b.t.) Toplum Sağlığını Korumada Aktif Bağışıklamanın Önemi, http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/tskb.pdf

Erata Y. E., Güçlü, S. (2003) Gebelikte vitamin desteği. *Perinatoloji Dergisi*, 11 (2): 13-19.

Eren A. (2012) Gebe ve Emziren Kadınlarda Bağışıklama, <http://www.jinekodoktor.com/portal/dokumanoku.asp?id=359>

Ersoy F. (2005) Aile hekimliği uygulamaları, gerçekler ve öncelikler. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, (9).

Eserdağ S. (2012) Gebelikteki Temel Bilgiler, Hera Kadın Sağlığı, http://www.eserdag.com/gebelikte_temel_bilgiler.htm

Eskici L., ark. (2012) Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *Anatol J Clin Investig*, 6 (1): 210-216.

Eskiocak M. (2007) *Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Göçmen A. (2010) Kadın hastalıkları doğum uzmanı bakışıyla, aile eğitimi uzmanlık eğitimi. *Sağlıkta Nabız Dergisi*, 7 (26): 12-15.

Gökay K. (2004) Aile Hekimliğinde Genetik Moleküller Tanı Uygulamaları, <http://www.gbt-genetik.com/>

Göktaş O. (b.t) Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri, http://www.igdirsm.gov.tr/files/dokuman/disiplin_ilkeler.pdf

Görpelioglu S. (2004) *Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği Amacı ve Yapısı*. Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Gül R. (2007) *Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Parametreleri*. 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.

Gürlük Ş. (2010) Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları, http://www.muhasabenet.net/makale_sakir%20gurluk_smmm_aile%20hekimlerinin%20gorev%20ve%20sorumluluklari.html

Helli A., Dolapçioğlu K., Çekiç Ç. (2011) Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler. *Turk Urol Sem*, 2: 121-123

<http://aile.tsm.gov.tr>

<http://tahev.org/pages.asp?L=3>

http://vitalehastanesi.com/gebelik_rehberi.pdf

<http://www.ailehekimligi.gov.tr>

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/form005.pdf>

<http://www.kliniktipdergisi.com/>

İlter B. (2007) Neden aile hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1).

Kaplan S., Bahar A., Sertbaş G. (2007) Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1): 113- 121.

Karadağ, Z. (2007) *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin Aydıntan).

Karasar, N. (2009) *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 2. Baskı. Nobel Yayınları, Ankara.

Kaya D., (2006) *Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebelerde Anemi Görülme Sıklığının İncelenmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).

Kılıç S. (2006) *Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama*. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, (Danışman: Prof. Dr. Nurullah Genç).

Korukluoğlu S. (2005) Her aileye bir hekim aile hekimliği uygulaması başlıyor. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, 9 (1).

Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan R., Hacıgmamağaoğlu İ.(2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Koyun A., Taşkın L., Terzioğlu, F. (2011) Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (1): 67-99.

Köksal G. (b.t.) Gebelikte ve Emzilikte Beslenme, http://www.danoneenstitusu.org.tr/newsfiles/67067-094_Gebe.pdf

Kuğu N., Akyüz G. (2001) Gebelikte ruhsal durum. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23 (1): 61-64.

MEGEP (Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). (2007) *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Anne ve Çocuk Sağlığı I*. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.

MEGEP (Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). (2009) *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Gebelik ve Emzilikte Beslenme*. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.

MEGEP (Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). (2011) *Acil Sağlık Hizmetleri Gebelik ve Komplikasyonları*. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.

Mumcu A. (2012) Gebelik Takiplerinde Yapılan İncelemeler (Prenatal Testler), <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=448>

Nazik E. (2005) *Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Başetme Yöntemleri*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Y. Doç. Dr. Gülşen Eryılmaz).

Nur, N., ark. (2009) Sağlık ocağı çalışanları açısından aile hekimliği modeli. *TAF Prev Med Bull*, 8 (1): 13- 16.

Oğuz D. (2009) Aile hekimliği. *Güncel Gastroenteroloji*, 13 (1): 8- 14.

Okanlı A., Tortumluoğlu G., Kırpınar İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 98-105.

Okyay P., ark. (2005) Aydın'da bir merkez sağlık ocağı bölgesinde form 005- gebelohusa izleme fişlerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (1): 31-35.

Omaç M., ark. (2009) Arapgir devlet hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi*, 14 (2):115-119.

Pabuçcu R. (2012) Gebelikte Egzersiz ve Spor, <http://www.recaipabuccu.com.tr/kadin-sagligi/gebelikte-egzersiz-ve-spor.html>

Pan Korur A. (2010). *Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Nafiz Bozdemir).

Paycı Ö., Ünlüoğlu S. (2004). *Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Pirinççi E., ark. (2010) Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (2): 1-7.

Resmi Gazete (06/07/2005) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayısı: 25867.

Resmi Gazete (25.05.2010) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayısı: 27591

Sağlık Bakanlığı (2010) *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2005) *Güvenli Annelik*. Katılımcı Kitabı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2006) *Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1986) *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El kitabı*. III. Baskı, Ankara.

Samur G. (2008) *Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme*. Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Selçuk E. B., Karataş Eray İ., (2011) Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişim süreci. *Bozok Tıp Derg.* 3: 23-28.

Selman, Ş. B. (2011). *Üreme Sağlığı ve Sağlıklı Annelik*. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.

Sezen K. (2006) Aile hekimliğinin bugünü ve geleceği üzerine. *Aile Hekimliği Aktüel Bilimsel Tıp Dergisi*, (1): 28–49.

Söyleyici, T. (2010) *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Naci Karkın).

Sözen İ. (2012) Hamilelik ve Egzersiz http://www.dribrahimsozen.com/?sayfa=hamilelik_egzersiz

Sözeri, C., ark., (2006) Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2): 92-104.

Sunal, N., Demiryay A. (2009) Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12): 99- 110.

Şahin, H. ve ark., (2009). Gebelerin inanışları: besin seçimi bebeğin cinsiyetini ve fiziksel özelliklerini etkiler mi?. *Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, Kasım Aralık, 41-51.

Taşkın L. (2005) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset, Ankara.

- TDB (2012) Hamilelikte Ağız Diş Sağlığı, <http://www.tdb.org.tr/tdb/ek/hamile.pdf>
- Tetik Kurt C. (2000) Gebelikte solunum fizyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 31 (2): 118- 122.
- Tokalak İ. (2012) Anne Adayları, Gebelikte Neler Yapmanız Gerektiğini Biliyor Musunuz?, <http://www.akimangrup.com/Anne%20Adaylarına%20Oneriler.pdf>,
- Toprak, İ., ark. (2002) *Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Beslenme ve Diyetetik Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Toyran Sezik H. (2012) Gebelik Rehberi: Hafta Hafta Hamilelik ve Gebelikle İlgili Detaylı Bilgiler, http://www.tavsiyeediyorum.com/makale_4197.htm
- Uğur N. (2012) Gebelikte Kontrol Muayeneleri, Tıbbi Tahlil ve Tetkikleri, http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/karadeniz_2_6/10.pdf
- Ungan M., Ceyhan G. (2007) Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1).
- Ünalın P. (2004) *Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri*. Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara.
- Vırt O., Akbaş E., Savaş H.A., Sertbaş G., Kandemir H. (2008) Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45 (1): 9-13.
- Yeşiltepe Oksay Ü. (2004) Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 12 (1): 11- 16.
- Yücel M., Sivaslıoğlu A.A. (2005) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Palme Yayıncılık, Ankara.

9.EKLER

Ek 1 Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri Ölçme Aracı

Sayın katılımcı, bu çalışmanın amacı; **“aile hekimliği uygulamasından gebe kadınların memnuniyet durumlarını incelemektir.”** Anket sorularına vereceğiniz cevaplar sadece araştırma için kullanılacaktır. Cevaplarınız bilimsel amaçla kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınızın aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyarak sizi ifade etme düzeyine göre belirtilmiş sıraya uygun olarak veriniz. İfadelerin size uygunluk düzeyi

- 1- Katiyen katılmam
- 2- Katılmam
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Tamamen katılıyorum

Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Yaşınız?

- a) 18 yaş altı b) 18-25 c) 26-30 d) 31 ve 35 e) 36 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz?

- a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
f) Yüksek lisans/Doktora

3. Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a)1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6 ve üzeri

4. Gebeliğinizin kaçınıcı ayındasınız?

- a) 2-3 b) 4-5 c) 6-7 d) 8-9

5. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Sıra No	MADDELER	Katiyen katılmam	Katılmam	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.					
2.	Aile hekimine gebeliğim ve bebeğim hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum					
3.	Aile hekimime gebeliğim ve bebeğim hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.					
4.	Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.					
5.	Ebe ve hemşirelerim tutum ve davranışlarından memnunum.					
6.	Ebe ve hemşirelere gerekli gördüğümde istediğim soruları yöneltebiliyorum.					
7.	Ebe ve hemşirelere sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.					
8.	Aile sağlığı merkezinde gebeler için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.					
9.	Aile sağlığı Merkezinin fiziksel kapasitesi gebeler için yeterlidir.					
10.	Aile sağlığı merkezinde gebelik için gerekli olan tüm testler yapılmaktadır.					
11.	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.					
12.	Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.					
13.	Aile hekimliği uygulaması kadın ve çocuk sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum.					
14.	Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve bebeğimin sağlığımın kontrol altında olduğunu hissediyorum					
15.	Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum					
16.	Aile hekimliği uygulaması ile hastane gebe polikliniklerinde gebelere daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.					
17.	Aile hekimliği uygulaması anne ve bebek ölümlerinin azalmasında ciddi katkılar sağlayacaktır.					
18.	Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminin daha iyi olduğunu düşünüyorum.					
19.	Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.					
20.	Aile hekimliği uygulaması ile hastaneye gebe polikliniğine gitme ihtiyacı hissetmiyorum.					

EK2 Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerini Ölçme Aracı İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar

1. Prof. Dr. Hediye ARSLAN

İstanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi
Hemşirelik Y.O Müdürü

2.Yrd. Doç. Dr. Orhan ADIGÜZEL

SDÜ İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

3.Yrd. Doç. Dr Özlem İŞİL

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Y.O

4.Yrd..Doç. Dr Ayşe YILDIZ

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Y.O

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi* Nursel BAKIRCAN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Pendik Toplum Sağlığı Merkezi*

Çalışmanın adı: "Gebe Kadınların Aile hekimliği sisitemi ve hemşirelik/ebelik bakımından memnuniyet değerlendirmesi "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Nursel BAKIRCAN dır.

Konusu: Madde 2- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç** 27.10.2011 / **Bitiş** 27.10.2012

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2011

Adı-Soyadı

N ursel BAKIRCAN

...../...../2011

Uz. Dr. Fetin Rüştü YILDIZ

Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

...../...../2011

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Nursel BAKIRCAN
Doğum Yeri ve Tarihi : Ayancık / 22.09.1983
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-Posta Adresi : nurselbakircan@gmail.com
Tel : 0 505 918 48 92

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise Çorum Atatürk Lisesi (YDA)	2001
Lisans Süleyman Demirel Üniv.	2008

<u>İş Tecrübesi</u>	Görev	Süre (yıl-yıl)
Üsküdar Devlet Hastanesi	Evde Sağlık Hemşiresi	2011-
Pendik TSM	Hemşire	2010-2011
Haydarpaşa EAH	Servis Hemşiresi	2009-2010

Mesleki Dernek / Kurum Üyeliği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar