



Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti

Families Satisfaction and Getting Services from Family Medicine

Oğuzhan Delican¹, Ali Yapakçı², Emre Yılmaz³, Aylin Altun⁴,
Cemre Hilal Kesen⁵, Sefa Semih Atal⁶

¹⁾ Yüksekova Devlet Hastanesi, Dr., Hakkari

²⁾ Avanos Entegre Hastanesi, Dr., Avanos

³⁾ Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Kastamonu

⁴⁾ Kırklareli Devlet Hastanesi, Dr., Kırklareli

⁵⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dr., İstanbul

⁶⁾ İstanbul Sultan Abdülhamid Han EAH, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Asistan Dr., İstanbul

İletişim adresi:

Dr. Oğuzhan Delican
oguzhan.delican@hotmail.com

Geliş tarihi: 01/02/2019

Kabul tarihi: 11/03/2019

Yayın tarihi: 25/03/2019

Alıntı Kodu: Delican O. ve ark. Ailelerin Aile Hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti.
Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (1): 18-34. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00118.

Özet

Giriş ve Amaç: Aile hekimi birey merkezli ve aile yönelimli yaklaşımla, bireyin tüm sağlık sorunlarında ilk başvuru hekimidir. Aile Hekimliği (AH) bütüncül, kapsamlı, ulaşılabilir, toplum yönelimli bir sağlık hizmetidir. Bu çalışmada Aile Hekimliğinin bireyler ve aileler temelinde, hangi özellikleriyle kullanıldığının ve hizmetten memnuniyetin, derinlemesine görüşmelerle ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Verisi yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeler yoluyla toplanan, hedef grubu aileler olan niteliksel bir çalışmadır. Oturumlara katılan aileler görüş çeşitliliğini yansıtabilmek amacıyla farklı Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) hizmet alan geniş ve çekirdek aile tipinde ailelerden oluşmaktadır. Oturumda katılımcılardan bireysel özelliklerini tanımlamak üzere kısa bir anket formu doldurmaları istenmiş, yazılı onamları alınmıştır. Odak gruplar araştırmacılar tarafından farklı illerde toplanmış, her bir oturum 35-110 dk sürecek şekilde, 6-9 kişinin katılımı ile konuşulanların anlaşılabilirliği ve ses kaydı yapılabilecek bir ortamda, genellikle ailelerin kendi doğal ortamında, evlerde gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda katılımcılara yarı yapılandırılmış soru formatında hazırlanan sorular yöneltilmiş, aynı soruya benzer yanıtlar alınmaya başladıktan sonra yeni soruya geçilerek tüm soruların tamamlanmasını takiben görüşme sonlandırılmıştır. Görüşmelerin yazılı formatı iki kişi tarafından tamamen okunmuş ve değerlendirme sürecine katkıda bulunan bağımsız bir araştırmacı bulunmuştur. Her bir görüşmenin ses kayıtları bire bir çözümlenerek tematik analiz yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 26 odak grup görüşmesi yapılmış, odak gruplara toplam 72 aile (n=165) katılmıştır. Çalışmanın analizi sonucunda ortaya çıkan temalar; ailelerin aile olarak AH'ni kullanma durumu ve önerileri, uygulama ile ilgili gözlemler ve yorumlar, birinci basamak hizmet sunumu ile ilişkili önyargılar, AH ile ilgili beklentiler ve öneriler, normal bir AH'nin kendilerine göre nasıl olması gerektiği şeklinde sınıflandırılmıştır.

Sonuç: Ailelerin AH'nden daha çok bireysel ve sınırlı alanlarda hizmet aldığı, sunulan hizmetlerin pek farkında olmadıkları, aile hekiminin diğer alanlarda hizmet veren uzman hekimlere göre daha basit sağlık sorunlarıyla uğraştığı algısı olduğu saptanmıştır. Uygulamada gerek hekim gerekse bölgesel farklılıklar vardır. Sonuçlar, hizmetten yararlanımı ve memnuniyeti etkileyen faktörler ve öneriler, ulaşılabilirlik, kapsamlı ve sürekli bakım, olumlu hasta-hekim iletişimi konularına odaklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile, aile hekimliği, hizmet, yararlanma, memnuniyet

Summary

Background and Aim: EA primary care physician is the person who the people firstly appeal for their all health problems. And they approach to community personally and also special for families. Family Medicine is a comprehensive, holistic, accessible, communal health service. The aim of this research is to exhibit that why the families use primary care service and what are their opinions about this via making interviews in great detail.

Methods: This is a qualitative research which has a target group that includes families. The data was collected from semi structured focus group meetings. The participant families were consist of immediate or large families who use different primary care centers to increase different opinion range. Interviews were carried out in different cities by researchers. Before the interviews, participants were asked to form an anket to have their personal characteristics, and their written acceptances were collected. The interviews were performed in 5 different cities, at places which all participants could talk comfortably and the voice records of them could be taken easily- like their houses-. All meetings had 6-9 people and took 35-90 minutes. In the interviews, when the participants started to give similar answers to same question, the new one was asked and at the end of the conversations a semi structured anket form was filled by families. 2 researchers read all of the written copies of the interviews and one independent researcher contributed to the assessment. All of the vocie records were thematically analysed one by one. The ethical approval of the research was taken from committee of ethics of Marmara Univesity School of Medicine.

Results: Totally 26 focus group meetings have been held among 72 families who (n=165) took part in focus group meetings. The themes which emerged in the results of research analysis are; families using medicine as a family and families' suggestions, observations and comments related to implementations, first step is classified as; the prejudice about primary health care services, expectations and suggestions about family medicine, how a normal family doctor should be.

Conclusions: It is detected that families recieve individually and limited services from family doctors and families are not aware of services served by family doctors. Families have perception that family doctors deal with simple health problems than other doctors. There are differences between regional and doctor implementaions. The conclusions is focused on more about factors which influence on having service and satisfaction, suggestions, accessibility, comprehensive and permanent care, positive relationship between doctors and patients.

Keywords: Family, family medicine, service, benefitting from service

Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış tanıma göre; sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik” halidir.⁽¹⁾ Sağlık hizmetleri; insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüdür. Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 3 temel başlık altında toplanabilir.⁽²⁾ Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır.⁽³⁾

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık kuruluşları olarak sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezlerini, ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastanelerini, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı hastaneleri içermektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar yeniden belirlenmiş, bu belirlemede birinci basamak sağlık hizmeti sunan üç temel kurum oluşmuştur; Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri olarak belirlenmiştir. ASM görev tanımlaması kısaca; kişilere koruyucu ve tedavi edici hizmetler sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin niteliğidir. Aile hekimleri öncelikle, bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu imkânların sağlanamaması halinde aile hekimleri, çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler.⁽⁴⁾

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştı-

rılması, etkin ve eşit bir şekilde verilebilmesi amacıyla ülkemizde Aile Hekimliği uygulaması Eylül 2005’te ilk olarak Düzce ilinde başlatılmış olup, yıllar içinde uygulamaya başlayan illerin sayısı artırılmış ve 2010 yılı sonunda bütün illerde uygulamaya geçilmiştir.⁽³⁾

Aile hekimi; 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 Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir.⁽⁴⁾

Aile hekiminin görevleri:

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) yapmak,
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

• Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatacak 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 vermek,

• Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

• Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

• Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

• Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,

• İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir.⁽⁴⁾

Hasta memnuniyeti; “Hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır.⁽⁵⁾

Bu aynı zamanda hizmetin sunumunu, hasta ile hizmet verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmet sürekliliğini, hizmet verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır.⁽⁶⁾

Önceden yapılmış çalışmalara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin %81,2 olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeylerinde azalma saptanmıştır.⁽⁷⁾

Bir diğer araştırmada, öğrenim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi yükseldikçe koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamaktan alanların sayısının azaldığı görülmüştür. Birçok araştırmada düşük gelir gruplarının genel pratisyenleri, yüksek gelir gruplarının ise uzmanları daha sık kullandığı belirtilmektedir.^(8,9)

Bu araştırmanın amacı, Aile Hekimliği (AH) hizmetinin aileler tarafından kullanılma durumunu ve ailelerin hizmetten memnuniyetini derinlemesine araştırmaktır. Bu bağlamda AH hizmetinin; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, aile türü (çekirdek-geniş), ulaşılabilirlik (mesafe, çalışma saatleri, randevu vs.) gibi kriterlerle kullanım durumu ve memnuniyeti belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma ailelerin Aile Hekimliğinden hizmet alımını ve memnuniyetini derinlemesine değerlendirmek amacıyla niteliksel bir araştırma olarak planlanmıştır. Bireylerin uygulama hakkındaki kişisel görüşlerine detaylı bir şekilde ulaşılmış ve niteliksel veriler elde edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı Kasım 2013’te Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır.

Örneklem Seçimi

Araştırmanın derinlemesine bir şekilde aydınlatılabilmesi için örneklem seçim yöntemlerinden “maksimum çeşitlilik” yöntemi uygulanmıştır. Böylece farklı özellikteki grupların görüşlerini ifade edebileceği tartışma ortamı oluşturulmuş ve elde edilen verilerin çeşitliliği sağlanmıştır. Örneklem seçimi yapılırken; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, aile türü⁽¹⁰⁾ gibi kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Çekirdek aile, hane halkı reisi, eşi ve evlenmemiş çocukları; geniş aile ise hane halkı reisi ve eşi, varsa

evli olmayan çocukları ve/veya diğer aile üyeleri (anne ve/veya baba gibi), ve/veya evlenmemiş kardeşler ve/veya diğer akrabalar bulunması olarak tanımlanır. Yapılan görüşmelerde yaşanan bölgenin farklılığını yansıtmak amacıyla ve maksimum çeşitliliğe ulaşabilmek için araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerle İstanbul, Bitlis, Nevşehir, Kocaeli ve Edirne’de görüşmeler yapılmıştır. Örneklem seçiminde cinsiyet ve illerde yapılan görüşmeler eşit tutulmaya çalışılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, ailelerin görüşlerini rahatlıkla ifade edebileceği ev ortamında toplanmıştır. Görüşmeler birkaç ailenin birleştirilmesiyle oluşturulan odak gruplar ile yapılmıştır. Yapılan 26 odak grup görüşmesinde en az 6 en fazla 9 katılımcı ile görüşülmüştür. Odak grup görüşmelerindeki aileler birbirlerini daha önceden tanıyan ailelerden oluşturulmuş böylece karşılıklı etkileşim sırasında ailelerin görüşlerini daha rahat ifade etmeleri sağlanmıştır.

Görüşmelere başlamadan önce ailelerin yazılı onamları alınmış ve ailelerin demografik bilgilerinin sorgulandığı 9’u çoktan seçmeli, 5’i açık uçlu olmak üzere toplam 14 sorudan oluşan yarı-yapılandırılmış bir soru formu doldurulmuştur. Soru formunda; bireyin ailedeki yeri, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir gibi kriterler sorgulanmıştır.

Araştırma amaçları doğrultusunda hazırlanan soru formundaki soruların belirlenmesinde ilgili literatür ve bu konuda daha önce gerçekleştirilen benzer çalışmalar dikkate alınmıştır. Bu bağlamda European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği örnek alınmış ve yarı yapılandırılmış soru formu oluşturulurken uyarlanmıştır. EUROPEP ölçeği Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Work-

ing Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir ve halen 17 Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır.⁽¹¹⁾ Görüşmelere soru formundaki başlıklar açık uçlu olarak sorularak başlanmış, daha sonra verilen cevaplarda eksik kalan yönleri tamamlamak amacıyla soru formundaki alt başlıklara geçilmiştir. Sorulan sorulara benzer yanıtlar alınmaya başlanınca bir sonraki soruya geçilmiş ve görüşmelere bu şekilde devam edilmiştir. Görüşmelerin sonunda ise aile hekiminin aileye karşı sorumlulukları okunmuş ve katılımcıların uygulamayı bir de bu açıdan değerlendirilmesi sağlanmıştır.

Katılımcılarla ev ortamında ses kaydının alınabileceği ortamlarda görüşülmüştür. Odak grup görüşmeleri en az 35, en fazla 110 dakika sürmüştür. Örnek odak grup görüşmesi araştırma grubunun danışman öğretim üyesi tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Haydarpaşa Kampüsü’nde Aralık 2013’te yapılmıştır. Ardından grubun 5 üyesi diğer odak grup görüşmelerini Ocak-Şubat 2014 tarihlerinde yapmıştır. Yapılan odak grup görüşmelerinde illerde yapılan görüşmeler ve ulaşılan kişi sayıları eşit tutulmaya çalışılmıştır.

Görüşmelerde ailelere yönlendirilen sorular:

1. Aile Hekimliği (AH) daha çok hangi amaçlarla kullanıyorsunuz.
2. Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki düşünceleriniz ve Aile Hekimliği hizmetinin memnun olduğunuz ve olmadığınız yanları nelerdir.
3. Aile hekiminizi nasıl tanımlarsınız
4. Aile Hekimliği beklentilerinizi karşılıyor mu; önerileriniz nelerdir.

Verilerin Analizi

Tüm görüşmelerin ses kayıtları alınmış ve bu ses kayıtları yazılı metne dönüştürülerek toplam 254 say-

fa yazılı metin oluşturulmuştur. Bu metinler en az 2 araştırmacı tarafından tamamen okunmuştur. Tematik analizde metinlerde ortak noktada toplanan ve diğerlerinden ayrılan kavramlar saptanmış, her bir kavram için kodlar belirlenmiştir. Daha sonra tüm araştırmacılar bir araya gelerek bu kodlar üzerinde tartışılmış ve araştırma üyelerinin ortak görüşü ile 6 adet tema altında toplanmıştır. Araştırmadaki objektiviteyi sağlamak amacıyla araştırmanın değerlendirme sürecine araştırmanın kurgulanmasında katkısı olmayan bağımsız bir araştırmacı katılmıştır.

Bulgular

Araştırmada yapılan görüşme sayısı ve görüşmelerde ulaşılan birey ve aile sayısı **Tablo.1**'de belirtilmiştir.

Araştırmamızda; toplam 165 katılımcının %57,5 (n=95)'i kadın %42,5(n=70)'i erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 40,3±17,2 yıldır. Eğitim durumu açısından bakıldığında, katılımcıların %54 (n=89)'ü 8 yılın altında eğitim görmüş iken, %46 (n=76)'sı 8 yılın üzerinde eğitim görmüştür (**Tablo 2**).

Araştırmacı sayısı kadar farklı ilde gerçekleştirilen odak görüşmelerde ailelerin verdiği yanıtlar 6 farklı tema (T) altında toplanmıştır.

1. Aile Hekimliğini kullanma durumu, hizmete erişim
2. Uygulamayla ilgili gözlemler ve yorumlar
3. Aile Hekimliği hizmet sunumu ile ilişkili düşünceler/önyargılar
4. Aile Hekimliği ile ilgili beklenti ve öneriler
5. İyi bir aile hekiminde olması gereken nitelikler
6. Hizmette süreklilik ve iletişim

T1. Aile hekimliğini kullanma durumu, hizmete erişim. Sağlık hizmetleri içinde ekonomik olarak en uygun (kod1) olanın Aile Hekimliği olması orta gelir düzeyli ailelerde kullanımı arttırmıştır.

Tablo 2 - Katılımcıların demografik özellikleri (n=165)

Yaş ortalaması	40,3±17,2 yıl	
Cinsiyet	Kadın	Erkek
	%57,5 (n=95)	%42,5 (n=70)
Eğitim Durumu	<8yıl	>8yıl
	%54 (n=89)	%46 (n=76)

Tablo 1- İllere göre yapılan oturum sayıları ve oturumlarda ulaşılan aile ve birey sayıları

	Yapılan Oturum Sayısı	Görüşülen Aile Sayısı	Görüşülen Birey Sayısı		
			Erkek	Kadın	Toplam
İstanbul	6	19	13	24	37
Bitlis	6	16	15	20	35
Nevşehir	5	14	19	19	38
Kocaeli	4	11	11	15	26
Edirne	5	12	12	17	29
TOPLAM	26	72	70	95	165

“Bir de hastaneler daha pahalı oluyor, ama aile hekimleri daha ucuz oluyor. O yüzden gidiyoruz işin doğrusu.”

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’nin kolay ulaşılır (kod2) olması, evlere olan yakınlığı ailelerin Aile Hekimliğini kullanma sıklığını arttırmıştır. Katılımcılar herhangi bir sağlık probleminde Aile Hekimliğini tercih ederken yakın olmasından memnun olduklarını belirtmişlerdir. ASM’lere belirli sayıda ailenin bağlanmış olması sıra beklemeyi azaltmış, böylece katılımcılar da daha çok Aile Hekimliğini tercih ettiklerini söylemişlerdir.

Aile hekimlerine telefonla ulaşılabilir olması bireylerin bu hizmeti almasında kolaylık sağlamaktadır. Bazı hastalar özellikle doktorlarının telefon numaralarının kendilerinde bulunması gerektiğini düşündüklerini, böylece daha çabuk danışabileceklerini dile getirmişlerdir.

“İnsan hastaneye gitmeye üşeniyor. Randevu al, şunu al bunu al üşeniyor adam. Sağlık ocağına gidiyorum o yüzden direk.”

“Yani yeri yakın bir kere. Anında gidebiliyorsun sıra yok bir şey yok.”

“Hemen yanı başımızda ilk başvurabileceğimiz bir yer var yani.”

“En pratik ve sağlıklı çözümü de aile hekiminde görüyorum.”

“Kimse 600 m yakınındaki sağlık ocağı dururken 5 km uzağındaki hastaneye gitmez.”

“Telefonunu verdi, ulaşıyorum.”

Ailelerde çalışan veya çalışmayan bireyler (kod3) farklı yanıtlar vermişlerdir. Genel olarak çalışan bireyler zaman ayıramadıklarından dolayı işlerini hastanelerde hallettiklerini, çalışmayan aile üyeleri ise daha çok aile hekimliklerini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

“Rahatsızlanırsam işlerimin yoğunluğu nedeniyle ya iş yerime ya da evime en yakın hastaneye gitmeyi tercih ediyorum.”

Katılımcı aileler arasında yaşlı bireylerin de olduğu aileler hekimin eve gelmesi (kod4), hasta ziyareti yapması gibi hizmetler de almaktadırlar. Yaşlı bireyler Aile Hekimliğini daha çok rutin kontroller yaptırmak ve ilaç yazdırmak için kullanılmaktadırlar. Geniş ailelerden aldığımız sonuçlara göre bu ailelerde yaşlıların ilaçlarını gençler yazdırabilmektedir.

Hastane hizmeti kişinin mutlaka gelmesini gerektirirken bireyi tanıyan aile hekimine yaşlının gitmesine gerek kalmamakta ve ilaçlarını ailenin gençleri yazdırabilmektedir.

“Yaşlı bakımı için de arıyoruz geliyorlar. Yani babamın hastalığı nüksettiğinde arıyoruz haber veriyoruz onlar da eve geliyor.”

“.....’a ilaç yazdırmaya gidiyor. O gidemediği için ona yazdırıyor.”

Çocukları olan aileler özellikle çocuklarının hastalıklarında (kod5), ufak tefek rahatsızlıklarında, aşı yaptırmak, rapor almak için Aile Hekimliği hizmetlerinden yararlanmaktadır. Çocuklu ailelerde anneler gebelik hizmetleri ve çocukları için aile hekimine başvurumaktadırlar.

“Oğluma rapor almaya gittim. ÖSS’ye hazırlanıyordu.”

“Genelde çocuklar için gidiyorum.”

“Çocuğumun spor yapabileceğine dair raporunu almak için kullandım.”

“Kızımın diyabet ilaçlarını aile hekimimize yazdırırım.”

“Sıkı takip yapıyorlar bebek için o açıdan memnunuz.”

“Genellikle gebelik takibi için gittiğimizden rutin

kontrolleri hemşireler yapıyor. İhtiyaç olduğu zaman doktor muayene ediyor.”

Bireyler için hekimin cinsiyetinin önemi (kod6) vardır; görüşler daha çok herkese hemcinsinin bakması gerektiği yönündedir. Genel olarak bireyler kendi cinsiyetlerindeki doktorlara şikayetlerini çok daha rahat anlattıklarını, özel buldukları konuları daha kolay danıştıklarını söylemişlerdir. Kadın katılımcılar kişisel problemlerini rahatsızlıklarını erkek doktorlara anlatmaktan çekindiklerini belirtmişlerdir.

“Aile planlaması ile ilgili şeyleri biz genelde hemşirelere soruyoruz. Ki zaten hemşireler onları bize anlatıyor tek tek. Biz doktora sormuyoruz ama onlar (hemşireler) anlatıyor bilgi veriyor bize hep.”

“Yok şimdi kadına erkeğe anlatılması gereken şeyler var ya. Kadına anlatılması gereken şeyi kadın doktor, erkeğe anlatılması gereken şeyi erkek doktor anlatsın. Ayır ayır konuşsunlar. Şimdi her iş öyle toplulukta konuşulmaz ki.”

“Bak ben bir de şöyle bir şey istiyorum. Kadınlara kadın doktor baksın, erkeklere erkek doktor baksın. Kadın farklı erkek farklı yani. Kadınların sırtını bir adamın dinlemesi yanlış bence yani.”

“Kendimi rahatça ifade edemiyorum. ... hanımla iletişimim çok iyiydi fakat ... (erkek) hocayla yok.”

T2. Uygulamayla ilgili gözlemler ve yorumlar

Aileler aldıkları hizmet açısından Aile Hekimliği uygulamasıyla ilgili farklı yorumlarda bulunmuşlardır. İnsanların Aile Hekimliklerine başvurma amaçları yaptıkları yorumları etkilemektedir. Bazıları aile hekimliklerinin kendileri için yeterli olduğunu düşünmekteyken bazıları uygulamada eksik buldukları yönlerin olduğunu söylemiştir.

Kronik hastalıkları olan, daha çok yaşlı bireylerden oluşan ailelerde ilaç yazdırmak için aile hekimliğini

kullanma ön plana çıkmış ve bu kişiler genellikle sadece rutin kontrollerini yaptırmak amacıyla ASM'lere gittiklerini söylemişlerdir. Zaten aile hekimliklerinin daha çok ilaç yazdırma yeri olduğunu, muayene olmak için hastaneleri tercih ettiklerini (kod1) anlatmışlardır.

“İlaç yazdırmaya gidiliyor herkes böyle görüyor.”

“Şu ilacı da yazıyorum deyince insanın hoşuna gidiyor sanki hediye veriyormuş gibi ilacı şapır şapır yazıyor.”

“Aile hekimi mevsim hastalıklarında gidilen ve sadece ilaç yazdırılan bir yer.”

“Muayene etmeden ilaç yazmıyorlar.”

“Kendi istediğini yazıyordu bu yüzden ben aile hekimimi değiştirdim.”

“Tedavi için ilaç yazıyor ama başından savmak için.”

“Ben de aile hekimliğinin amacına hizmet ettiğini düşünmüyorum. Sadece görevi ilaç yazmak, başka bir şey yaptığını sanmıyorum.”

“Gerçekçi konuşmak gerekirse tedavi amaçlı olarak kullandığımız pek söylenemez.”

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu daha çok küçük rahatsızlıklarda, gribal enfeksiyonlarda ilk tercih olarak aile hekimlerine başvurmakta, daha ciddi hastalıklarda hastaneye gitmeyi tercih etmektedirler (kod2). Küçük sağlık sorunlarında hastanelerin meşgul edilmemesi gerektiğini düşünen katılımcıların yanı sıra, her sorunda öncelikle doğrudan aile hekimine gitmenin daha mantıklı ve doğru bir davranış olduğunu söyleyenler de olmuştur.

“Her gün arıyor niye gelmiyorsun diyor. Yahu hasta değilim ki neden gideyim?”

“Valla hastalandığımız zaman gidiyoruz. Onun dışında gittiğimiz yok.”

“Ufak tefek rahatsızlandığımda gidiyorum.”

“Muayene için gidenlerin sayısı da belki %50 gibi.”

“Aile hekiminin bence olma amacı en ufak sıkıntımızda da büyük bir sağlık sıkıntımız olduğunda da ona müracaat etmeliyiz.”

“Ağır bir şey olsa zaten gitmem sağlık ocağına.”

“Ben daha devlet hastanesinde aile hekimimin yaptığı muayene gibisini görmedim.”

“Adamın başı ağrıyor hastaneye gidiyor o da doktoru meşgul ediyor.”

Katılımcılardan aldığımız yanıtlara göre hastalar için tahlilleri kolayca yaptırabilmek de çok önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmamız pek çok farklı ASM’ye giden katılımcılara uygulandığı için bazı cevaplar tahlillerin Aile Hekimliklerinde rahatça yapılabildiğini (kod3), bu konuda insanların memnuniyetlerini yansıtırken bazıları ise ASM’lerin tahlil yaptırma, inceleme konusunda yetersiz (kod4) olduğu yönündedir.

“Gittiğimizde MR yok tahlil yapamıyor kan almıyor bir şey yapmıyor yani oranın bir görevi yok mecbur seni tam teşekküllü hastaneye yönlendiriyor.”

“Aile hekimliğinde hemen tahlillerimi yaptırıyorum ben ne güzel. Bütün tahliller yapıyor orada.”

“Kendim gittim, bir baktırdım ne var ne yok diye. Gittiğim zaman diyor ki bana sen geçen kontrol yaptırmışsın burada yine istersen bir yapalım şekerine kolesterolüne bir bakalım. Haftaya şu gün gel alalım dedi. Hani gittiğinde soruyor bana”

T3. Aile Hekimliği hizmet sunumu ile ilişkili düşünceler/önyargılar

Yapılan görüşmelerde katılımcıların çoğunun Aile Hekimliği ile alakalı birtakım önyargıları olduğu saptanmıştır. Katılımcılar, aile hekimlerinin mesleki bilgilerine güvenmediklerini söyleyip ciddi bir hastalıkla rı olduğunu düşündüklerinde direkt bir uzmana görünmeyi tercih ettiklerini (kod1) belirtmişlerdir. Ayrıca

hekimlerin muayene etmeden ezberden ilaç yazıklarını belirtip bu yüzden güven konusunda çekinceleri (kod2) olduğunu ifade etmişlerdir.

“Çocuk için gittim, bu en son gittiğimde nasıl olsa rastgele bir şey yazıyor diye, ben kendim gitmeden eczaneden aldım.”

“Yani öyle bir hal ki adama gidiyorsun, gribim diyorsun daha ikinci şeyi söylemeden yazıyor reçeteyi. Bu reçeteyi içer misin kendi şahsi insan olarak? Belki yanı sıra şu da var diyeceğim. A zaten ateşi vardır, belki benim ateşim yok. Ona kendi kafasından karar verdiği zaman zaten insanlar zaten kullanmıyor.”

“Ben sağlık ocağından sonra hastaneye gidip çocuğu doktora gösterdim, bu ilaçları keşke kullanmasaydın dedi. Onun verdiği ilaçları kesinlikle kullanma dedi bana. Şimdi nasıl güveneceksin bu doktora mesela, bir kere güvendi aldın, diğer doktor kullanma diyor, ikinci kere ben nasıl gideyim de çocuğumu emanet edeyim ki?”

“Ben eğer oradan memnun olmayacak kadar hastaysam zaten tercih etmiyorum, çocukları götürmüyorum. Yeni başladığı zaman, çocuğum ileride nefes darlığı çekecek dediğim zaman götürüyorum. Ama çocuğuma grip yerleşmişse götürmüyorum, çünkü oradan alacağım hizmet beni memnun etmeyeceği için götürmüyorum.”

“Hoca hangisini ezberlemişse onu yazıyor.”

Bazı katılımcılar da Aile Sağlığı Merkezleri’ni donanım açısından yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Malzemeler ve aletler eksik olduğu için gerekli tetkiklerin yapılamadığını, aile planlaması hizmetlerini alamadıklarını (kod3) söylemişlerdir.

“Sağlık ocağımızda herhangi bir tahlil, film olmadığı için sırtını açıp gönderiyor.”

“Bizde test de yok işte sadece gidip muayeneni olup çıkıyorsun, bir de aile planlamasından faydalanabiliyoruz. O da beş altı aydır hiç malzeme gelmiyor.”

“Başarılı değil. Niçin? Diyorum sana sağlık ocağı küçük bir dispanser gibi, ama bizde sıra alacak fişimiz bile yok. Biz hala eskiden olduğu gibi doktorun kapısında sıraya girerek senin sıran benim sıram yapıyoruz yani. Adamın yanına gidip şuramda şu uyuşukluk var desen diyor ki önce kansız mısın tahlil yaptır da gel. Hastaneye tahlile gidince zaten doktora da gidiyorum yani. Adamın kan tahlili yapacak bir aleti olsa veya gebe takip etmede ultrasonu olsa ben üşütmüşüm gittiğim zaman film çekebilse, bu aile planlamasında gittiğim zaman bana verebilse, benim korunma yöntemlerimi bana verebilse ben niçin başka hastaneleri tercih edeyim. Aile hekiminden memnun olmam için önce hekimin şartları düzeltilmeli ki ben de hekimden faydalanabileyim.”

T4. Aile Hekimliği ile ilgili beklentiler ve öneriler

Katılımcıların çoğunun mevcut Aile Hekimliği ile ilgili memnun oldukları veya olmadıkları durumların yanında, Aile Hekimliğinden geniş beklentileri ve bunların karşılanmasına yönelik önerileri de vardır. Katılımcılar bu öneri ve beklentileri belirtirken zaman zaman eski sağlık ocağı uygulaması ile karşılaştırmalar yapmışlardır.

“Eskiden çok sıra beklerdik. Alırdın sırayı iki dakika ayırırdı doktor, neyin var, aç ağzını geç, neyin var-aç ağzını-yürü.”

“Eskiden ben çok film çekiliyordum şimdi film yok mesela.”

“Bu Aile Hekimliği olay sadece ad değiştirme işi. Başka bir şey yok bunda.”

“Aile hekimi dediğin zaman ailenin tümüyle ilgilenmesi lazım. Bir şeyler sorulduğunda bireyleri yönlendirmesi lazım. Veya da sevk etmesi lazım hastaneye. Gidiyorsun sana bir ilaç yazıyor sonra hadi güle güle. Ben şahsen Aile Hekimliğini beğenmiyorum.”

“Aile Hekimliğine geçilecek aklıma Avrupa sistemi

geldi. Aile doktorum benim her şeyimi bilecek, tüm ilaçlarımı bilecek, benle ilgilenecek bilecek diye biliyorum. Ama öyle olmadı. Ben doktora gitmesem bile onun buraya gelmesi lazım veya bana telefonla ulaşması lazım.”

“Bence hala eski sağlık ocağı uygulamasıyla aynı”

“Eski uygulamadan çok daha iyi, tek kişi sizle ilgileniyor”

“Sıra bekleme azaldı, ilgi arttı”

“Hala Türkiye’de basamak sistemi yok. İsteyen istediği yere gidiyor. Halbuki basamaklandırma yapılmalı, aile hekiminin işi acilde veya uzman doktorlarca çözülmemelidir.”

“Tedavi edici hizmetler arttı, ancak koruyucu hizmetler azaldı, eskiden herkesin aşı durumları daha iyi takip edilirdi. Aşılama hizmetleri daha netti.”

Katılımcılar genellikle Aile Sağlığı Merkezlerinin kendilerine en yakın, en ulaşılabilir kurum olduğunu belirtip, Aile Hekimliğinde acil hizmetler verilmesi gerektiğini, hekimlerin nöbet tutmalarını ya da esnek çalışma saatlerine sahip olmalarını beklediklerini (kod1) belirttiler.

“Bir de şey oluyor mesela Cumartesi Pazar lazım oldu, hastalandı acile götürmem gerekti götürmedim eczaneye gittim ona bir antibiyotikle ağrı kesici aldım. Sonra onun yanına gittim söyledim ona bir bu olayı. Dedi ki sen çocuğu niye buraya getirmemişsin? Dedim ki çocuk hafta sonu hastalandı ben onu buraya getiremedim ama pazartesi bugün getirdim size hemen dedim ki bu ilaçları yazın. Bana dedi ki ben 6 yıl gideyim de hapiste mi yatayım, ya sen niye hapiste yatıysan? Yazmadı.”

“Doktorlar sadece memur gibi çalışıyorlar. Onlara haftada bir nöbet yazılabilir. Bunun onları zorlayacağını pek sanmıyorum illa acile gitmen lazım şu anda.”

“Aslında genel olarak iyi ama hekimden hekime değişiyor işte. Mesela bir hekimden memnun kaldık, hekim değiştirdik şimdi memnunuz. O yüzden hani uygulama olarak güzel. Her an ulaşabileceğin, uzun süre beklemeyeceğin bir yer.”

“Mesela memurlar erken gidiyorlar ve beş buçukta çıkıyorlar, çoktan kapanmış oluyor. Belki esnek çalışma saatleri olabilir.”

Daha çok kalabalık şehirlerde yaşayan katılımcılar hekim başına düşen kişi sayısının azaltılması gerektiğini, hekim sayısının kalite düşürülmeden artırılması gerektiğini (kod2) öneri olarak ifade etmişlerdir.

“Doktor sayısı artsın işte. Zaten Türkiye’de yeterli doktor yok. Şuradan 10 sene önce Türkiye’de 2-3 tane hastane vardı. Bir ... vardı bir ..., Şimdi hastaneler çoğaldı da, doktorlar az tabi. Ama o zaman da şey olmaz mı kalitesiz doktorlar yetişir.”

“Sıranın minimuma inmesi açısından hekim sayısı artırılmalı.”

“Bir aile hekimi başına düşen inan sayısı fazla. Biraz daha fazla aile hekimi olsa belki daha rahat olur.”

“Nüfusun yoğun olduğu mahallelerde sayısının artması lazım. Bir değil üç olması lazım. Bir doktorun bakabileceği hasta sayısında bir oran olması lazım.”

Katılımcılardan bazıları Aile Sağlığı Merkezlerinde uzman bulunması gerektiğini, sevk işlemlerinin aile hekimi tarafından yapılmasını, hekimlerinin kendileri için hastanelerden sıra almasını beklediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezlerindeki laboratuvar ve fiziki koşulların geliştirilmesi gerektiği katılımcıların belirttiği öneri ve beklentilerdendir.

“Bence Aile Hekimliği uygulaması başarılı ama uzman bir doktor tarafından hizmet verilse daha iyi olurdu. Donanımı, cihazları falan tam olsa daha da iyi olurdu.”

“Bizim hayal ettiğimiz ASM’ler bir nevi küçük has-

taneler gibi olmalı.”

“Birinci basamak derken ben şunu anlıyorum ilk müdahale daha sonra yönlendirme, bu konuda gayet başarılı. Gerek olmayan şeylerde bizi boşuna uğraştırmıyor, onun dışında da kendi uzmanlığını aşacak şeylerde de uzmanlık gerektiren alanlara yönlendiriyor, o yüzden de başarılı.”

“Tabi bazı tetkikler ASM’de yapılıyor olsaydı bizim işimizi de çok daha kolaylaştıracaktı.”

“Uzman doktor hangi ilacı yazmışsa aile hekiminin de bu ilacı yazabilmesi gerek şayet hastanın ilacı bitmişse. İnsanları doktor doktor dolaştırmaları, illa benim kalp ilaçlarımı tekrardan alabilmem için kardiyoğa mı gitmem gerek.”

“O cihazları aletleri adamlar oraya koyana kadar, yapın onların yerine büyük bir hastane hepsini oraya koyun.”

“3 gün sonra çıkıyor kanlar. Bugün veriyorsun mesela Pazartesi, Çarşamba günü çıkıyor sonucun. Ama ...’da (... Eğitim Araştırma Hast.) öyle değil sabah kanını alıyorlar öğlene çıkıyor hemen. 1-2 saat sonra da çıkıyor ama sağlık ocaklarında öyle değil.”

“Aile hekimimin eve gelmesini istiyorum ben. Gel-sin otururuz. Biz gidemiyoruz her zaman, en azından onlar bize bir baksınlar. Gelip tarama yapsınlar senin ne hastalığın var ne yok.”

“Dedi ki aile bireylerin ziyaret etmek isteriz ama gelemiyoruz dedi. Buyurun gelin dedim.”

“Mesela biz smir testi için gittiğimizde kadın doğuma gönderiyor ama biz sıra alamıyoruz. Sabahın beşinde gidiyoruz, dolu oluyor. Bizdeki teknoloji hala 11 sene önceki hastane sırasıyla işliyor şu anda. Hala 2-3 aydır bi derdimi anlatabilmiş değilim sıra alıp da. Hastalık kendiliğinden bitti gitti bile.”

Katılımcılar kendi aile hekimi dışındaki hekimler tarafından muayene edilememeyi doğru bulmadıklarını

belirtmişler, aile hekimlerinin olmadığı zamanlarda veya başka bir yerde aile hekimine ihtiyaçları olduğunda hizmet alamamaktan (kod3) şikayetçi olmuşlardır.

“Tam vuruyorum kapıya o doktora giriyorum. Adın ne? Bakıyo sen benim hastam değilsin, senin doktorun .. Bey git onun sırasına. O yok diyorum o yüzden geldim diyorum. Yok sen onunla görüşcen diyo. Ötekine gidiyorum o da aynı, ötekine gidiyorum o da aynı. Eeee yeter dedim çıktım en sonunda.”

“Gittim muayene oldum ama geçen şey oldu misafirdim ben. Ümraniye’ye gittim ...’ın oraya. Gittim doktor şimdi ben sana dedi ben başka yerin hastasına bakmıyorum dedi. Neden? Neden bakmıyorlarmış bana. Hastaydım bakmadı bana neden bakmıyorsun dedim. Başka yere bakmam ben dedi. Git kendi aile hekimine. Neden dedim. Ben hastayım sen bana bakacaksın dedim neden bakmıyorsun dedim. Herkes kendi hastasına bakıyor dedi. E dedim ben şimdi hastayım ben nere gideceğim. Git devlet hastanesine dedi.”

“Ben istediğim kişiye gidebilmeliyim aslında. Aile hekimleri kendilerine ait olmayan hastaya bakmıyorlar. Halbuki bence biz hastaların farklı kişileri deneyerek mukayese edebilme hakkı olmalı.”

T5. İyi bir aile hekimi nasıl olmalı?

Aile Hekimliği uygulamasının yanı sıra katılımcıların Aile Hekiminden de gerek iletişim gerek tıp açısından büyük beklentilerinin olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğu aile hekimlerinden iyi iletişim kurmasını, güler yüzlü olmasını, sabırlı ve anlayışlı olmasını, aile öyküsünü sorgulamasını, kendilerini sürekli takip etmesini, ilgili olmasını beklediklerini (kod1) ifade etmişlerdir.

“Yani şimdi bizim için önemli olan ...’ın takibi, aşları vs. Yani işte sürekli arayıp takip ediyorlar, soruyorlar onun için aslında aileden biri gibi görüyoruz. Ama ... dışında bir iletişimimiz yok.”

“Valla ben onu bunu bilmem. Doktorun güler yüzlü olması lazım değil? Seni hoş karşılamalı seni dinlemeli. İçeri giriyorsun doktora bakıyorsun, korkuyorsun adama bir şey demeye korkuyorsun. Hani normal hastanelerde de öyle adama bir şey soracaksın, geriliyorsun soracağın soruyu unutuyorsun. Bir şey olmuş bu adam diyorsun. Korkutuyorlar tersleyerek konuşuyorlar.”

“Sonra kapıyı çaldım bayağı. Bir açtı bu kapıyı bana öyle bir bağırdı bir kızdıuu... ‘Beklersen ben gelirim belki buralardayım!’ dedi. Bu ne sinirdir. Ayıp etti çok.”

“Doktor sana o güveni vermeli ki sen onunla rahat konuşasın, değil mi? Ben anlatırsam bana kızar mı diyorsun rahat olamıyorsun. Boş ver diyorsun bunları konuşamıyorsun her doktora soramıyorsun.”

“Gittiğim zaman diyor ki bana sen geçen kontrol yaptırmışsın burada yine istersen bir yapalım şekerine kolesterolüne bir bakalım. Haftaya şu gün gel alalım dedi. Hani gittiğinde soruyor bana.”

“Arasın, bizi sana tahlil yapacağız desin, çağırsın. Demese bile zaman versin. O zaman biz gideriz ki.”

“Babam yılda iki ay bende kalır. Aile hekimimiz hep sorar amca nasıl diye. Zaten onun bütün özellikleri kayıtlıdır kendisinde”

“Mesleki açıdan yeterli ama iletişim hani, sonuçta güler yüzlü olması gerekiyor, iletişim de önemli.”

Yine katılımcıların büyük çoğunluğu hekimin iletişim becerilerinin iyi olmasının yanında mesleki açıdan da yeterli olması, yetkin olmasını (kod2) istemektedirler. Aile hekiminin bilgili olması, yanıtlarının tatmin etmesi, eğitici ve yönlendirici olması gerektiğini ayrıca aile hekiminden hasta eğitimi yapmasını, hastalık ve ilaçlar hakkında bilgilendirici olmasını (kod3) ifade etmişlerdir.

“Biz daha çok bebeği götürdüğümüz için, mesela bir çocuk doktoruna gittiğimizde de aynı teşhisi koyuyor,

aynı ilaçları veriyor, her şeyleri aynı oluyor, o yüzden, güvenebiliyorum. Kararlarının doğru olduğunu düşünüyorum. “

“Okullara gelseler aslında, sağlıkla ilgili bilgilendirme yapsalar güzel olmaz mı? Ne bilim hemşireler falan da olur gelse anlatsalar.”

“Benim ailemde tansiyon vardır teyzem de vardır kız kardeşim abilerim ama bunları bana hiç sormadı.”

“Adamlar inzivaya çekilmiş gibi duruyorlar ya hiçbir şey yapmıyorlar. Ya bende gribal enfeksiyon vardı. Ya doktor sana antibiyotik yazayım mı diye bana sordu yaaaa. Yok, yazma dedim, o da ben öyle deyince yazmadı.”

“Ama bizim hekim iyi ya öyle gereksiz ilaç yazmaz bize. Geçen gittim, boğazlarım şişti. Antibiyotik falan vermiyorum sana dedi, bir fıs fıs yazdı. Gereksiz ilaç içme dedi.”

“Bu adam bana bir bakım demedi. Bu adamı bir genel muayene edelim falan der, demedi. Sadece adı soyadını yazdı verdi bir ilaç yallah. İstersen bir de dışıya git dedi, başka da bir şey demedi.”

“Kızımda insülin direnci yüksek çıktı. Ne olduğunu sordum, bana ilgiyle ne olduğunu, nasıl olduğunu, kimlerde olduğunu uzun uzun anlattı. Herhangi bir konuda bilgi de alabiliyoruz yani.”

“Açıkçası bilgisine pek güvenmiyorum, hastaydım ilaç yazarken tedirgin yazması bende bir güvensizlik oluşturdu.”

“Uzman doktorla aynı teşhisi koyduğuna şahidim, çok bilgilidir.”

“Belirli bir yaşın üstündeydi, çok tecrübeli ve bilgili bir bayandı.”

“Bence ayda bir kez aile hekiminin gelip halkı toplaması ve onları bu konuda bilinçlendirmesi gerekiyor. Hem görevi bakımından hem de genel sağlık

eğitimi bakımından böyle bir şey yapması faydalı olur.”

T6. Hizmette süreklilik ve iletişim

Katılımcılar hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişimin çok önemli (kod1) olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların bazıları “Benim Aile Hekimim” kavramını rahatlatıcı (kod2) bulduklarını, bağlı oldukları aile hekimlerini benimsediklerini ve özel hekimleri olarak gördüklerini (kod3) belirtmişlerdir. Hekimlerin de kendi hasta popülasyonu içinde olmayan hastaları muayene etmek istemediklerini söylemişlerdir.

“Aynı doktor takip ettiği için biliyor seni zaten ve iletişimde de çok zaman ayırıyor. Benim yorumumca güzel bir uygulama.”

“Daha rahat hissediyorum kendimi sanki kendi aile hekimim olunca, hastalıklarımı sağlık sıkıntılarımı biliyormuş gibi geliyor. Aslında seviyorum aile hekimini uzun uzun baktığı, ilgilendiği için. Hastasını önemseydiğini düşünüyorum.”

“Annem abone olduğu için oraya, onunla ilgileniyor doktoru çok.”

“Yok sıra artık ailelerin kendi doktorları var. Kendi doktoruna gidiyorsun direk sen şimdi.”

“Ben her ay en az gidiyorum zaten artık tanıyor beni doktor ... hanım hoş geldin diyor bana.”

Tartışma ve Sonuç

Ailelerin Aile Hekimliğini kullanma durumunu ve memnuniyetini değerlendirmek istediğimiz bu çalışmada, araştırma sonuçlarını ailenin gelir düzeyi, eğitim durumu, yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi pek çok faktörün etkilediği ortaya çıkmıştır. Yapılan görüşmelerde aileler/bireyler ASM’leri çok büyük oranda ilaç yazdırmak, rapor almak, ikinci/üçüncü basamakta istenen bazı tetkikleri yaptırmak amacıyla kullandıklarını bildirmişlerdir. Yine gebe takipleri, anaçocuk sağlığı izlemleri, küçük sağlık sorunları, sevk

işlemleri gibi konularda da ASM'ler kullanılmaktadır. Birinci basamakta verilen AH hizmetlerinin odağında sağlığın korunması ve geliştirilmesi yer alırken, aileler/ bireyler açısından daha çok aşırı hizmet kullanımı söz konusudur. Hekimlerin sunmak zorunda bırakıldığı hizmet yükü göz önünde bulundurulduğunda, ASM'ler toplumun hem koruyucu hem de tedavi edici bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz kalmaktadır.

Kronik hastalıklara yönelik risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması, hastaların izlenmesi birinci basamakta aile hekimlerinin sunduğu hizmetler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Birinci basamağı, bu hizmetler açısından sağlık sisteminin diğer basamaklarından farklı kılan en önemli özelliği AH'liğinin kişi merkezli, kapsamlı ve bütüncül yaklaşımıdır. Birinci basamakta sunulan hizmetin geliştirilmesiyle, kronik hastalıklara daha etkin müdahale edildiğinde mortalite ve morbidite oranlarında düşüş sağlandığı bilinmektedir.^(12,13)

Kronik hastalıklara yönelik olarak yürütülen hizmetleri, verilen yanıtlar üzerinden değerlendirdiğimizde, kişiye özgü sağlık hizmeti verme ve hastaları sürekli izleme iddiasında olan Aile Hekimliği uygulamasında, aslında iş yükü nedeniyle hasta eğitimi ve düzenli izlem için zaman kalmadığı, kronik hastalara verilen hizmetin çoğunlukla ilaç reçetelemekle sınırlı olduğu görülmektedir. Fakat zaman kısıtlılığı nedeniyle kronik hastalıklar için verilen yetersiz danışmanlık hizmetleri, tekrarlayan gereksiz vizitlerin sayısını arttırmaktadır,⁽¹⁴⁾ bu da birinci basamakta hizmet sunumunu sınırlandıran bir kısır döngü ile sonuçlanmaktadır.

Öte yandan ASM'de kronik hastaların bakımına yönelik multidisipliner bir ekip yapılanması ise yok denecek kadar azdır. Kronik hastalıkların da yer aldığı bu hizmet sunumu, akut hastalık durumlarında da hastaları yeteri kadar tatmin edememektedir.

Kişilerin sağlık hizmetine erişimi için AH'liği en kolay ve ulaşılabilir yoldur. Birinci basamakta hizmette sürekliliğin sağlanmasında ise çeşitli problemler ortaya çıkmaktadır. Aile hekimleri, ASM dışında mobil hizmet için köy, mezra, bucak gibi yerleşim bölgelerine gittiklerinde, ASM'ye gelen kayıtlı hastaları tarafından ulaşılabilir olmamakta ve bu durum bir olumsuzluk olarak karşılanmaktadır.

Her ne kadar bu talepler birimdeki diğer aile hekimlerince karşılanmaya çalışılsa da var olan hasta yoğunluğu nedeniyle hizmet sunumunda aksaklıklar yaşanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan bir diğer sorun ise, bireylerin herhangi bir nedenle kayıtlı olduğu ASM dışında, başka bir ASM'de misafir hasta olarak muayene olmak istemeleri durumunda hekimler tarafından reddedilmeleridir.

Dünyada sağlık hizmetlerine erişimde göze çarpan en önemli sorunlardan biri de finansal/sosyoekonomik engellerdir. Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ödedikleri aylık/yıllık sigorta ücretleri ile ilgili son yıllarda farklı uygulamalar dikkat çekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlenmesi amacıyla Türkiye'nin de içinde olduğu bazı ülkelerde farklı kullanım ücretleri getiren maliyet paylaşım politikaları benimsenmeye başlanmıştır.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Araştırmamızda hastaların AH'den hizmet almasını engelleyen bir finansal problem ortaya çıkmamıştır. Aksine görüşmelerimize katılan bazı katılımcılar hastanelerde uygulanan katkı payları nedeniyle birinci basamağa başvuruların arttığını belirtmiştir. Bazı hastalar ilaçların devlet tarafından ücretsiz verilmesini talep etmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti ücretsiz olsa da reçete edilen ilaçlar için ödenen katkı payları hastalar açısından sorun teşkil edebilmektedir.

Hekim başına düşen hasta sayısının fazla olması AH'de dikkat çeken bir diğer olumsuz durum ola-

rak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamızda, bireyler hekimlerinin kendilerine daha fazla zaman ayırmaları gerektiğini belirtmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanma oranının yüksek olduğu fakat hekim sayısının azlığı nedeniyle taleplerin karşılanmasında problemler yaşandığı bireyler tarafından vurgulanmaktadır.

Hastaların kaliteli birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterli erişime sahip olmalarını sağlamak için aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfus sayısının da dikkatli belirlenmesi gerekir.^(18,19) Ortalama olarak, aile hekimleri ziyaret başına yaklaşık 3 problemi ele almaktadır ve bir aile hekiminin 2500 hastadan oluşan bir nüfusta önerilen bakımı sağlamak için iş günü başına 21.7 saate ihtiyaç duyacağı tahmin edilmektedir.^(20,21)

Ülkemizde, her bir AH biriminde ortalama 4000 kayıtlı hasta nüfusu olduğu göz önünde bulundurulduğunda, artan sağlık hizmeti talebinin karşılanması çok gerçekçi değildir. Hizmet verilen nüfusun fazla olması, günlük başvuruların fazlaşmasına dolayısıyla da her bir hastaya ayrılan sürenin azalmasına ve hem verilen hizmetin niteliğinin hem de hasta-hekim ilişkisinin giderek kötüleşmesine yol açmaktadır. Araştırmamızda, katılımcılar ASM'lerin fiziki altyapısının yetersiz olması ve gereken tanı testlerinin bulunmamasını hasta memnuniyetini negatif yönde etkileyen unsurlardan biri olarak belirtmişlerdir.

Yine ASM'de hizmet veren hekimin bilgisinin yetersiz olduğunu ve hastalıklara çözüm üretmediği savunulan, bu nedenle AH uygulamasını tercih etmediklerini dile getiren bireyler de karşımıza çıkmaktadır.

AH'nden memnuniyet ile ilgili olarak görüşmelerde katılımcılar en çok hasta-hekim iletişimi ve bu ilişkinin sürekliliği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki iletişim, hasta memnuniyetini etkileyecek önemli bir bileşendir.^(22,23) Hekim iletişimine

ilişkin hasta memnuniyeti konusunda çok farklı sonuçlar ortaya konya da en yüksek iletişim memnuniyetine sahip kişilerin düşük eğitim seviyesine, kronik hastalıklara sahip ve hekimi ile sabit randevuları olan yaşlı hastalar olduğu bildirilmiştir.⁽²⁴⁾

Araştırmamızda, hastalar açısından memnuniyetin en önemli belirleyicilerinden birinin ise hiç beklemeden hekime ulaşabilme durumları olduğu görülmüştür. Kısa bekleme sürelerinin hasta memnuniyetine olumlu etkisi oldukça açıktır.⁽²⁵⁾ Araştırmamızda hizmete erişim/ulaşabilirlik konusunda; ASM'ye ulaşım, hekimin ASM'de bulunma zamanları, muayene bekleme süreleri, birinci basamak sağlık hizmeti maliyeti, hekimle uzaktan iletişim, ev ziyaretleri gibi pek çok alt başlık ortaya çıkmıştır.

Literatüre bakıldığında araştırmamıza benzer şekilde, birinci basamakta erişilebilirlik konusunun coğrafi erişim, telekomünikasyon araçlarıyla uzaktan erişim, zaman açısından ofis çalışma saatleri, randevu sistemi, bekleme zamanı, birimde çalışan insan sayısı, ev ziyaretleri gibi birçok alt başlıkta değerlendirildiği görülmektedir.⁽²⁶⁾

Görüşmelerde gebe izlemleri, bebek/çocuk izlemleri ve aşı hizmetlerinin sorunsuz yürümesi AH uygulamasından memnuniyeti pozitif yönde etkileyen önemli unsurlar olarak karşımıza çıkarken; rapor yazma, sevk işlemleri, evde yaşlı bakımı, kronik hasta/hastalıklara yaklaşım ve mücadele konularının ise hasta memnuniyetini negatif yönde etkilediği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde negatif performans sistemine dayalı bir AH sisteminin yürütülmesi, gebe, bebek, çocuk ve aşı izlemlerinin aile hekimleri tarafından eksiksiz yapılması çabasının doğmasını ve AH birimleri ile izleme tabi ailelerin sürekli etkileşimde olmaları nedeniyle hasta memnuniyetinin yüksek olmasını sağlamış ola-

bilir. Öte yandan mevcut hasta yükü ve zamanın kısıtlı olması kronik hasta bakımı, evde sağlık hizmetleri ve resmi sevk işlemleri gibi zaman harcanması gereken durumlarda aksaklıklara yol açarak hasta memnuniyetinde azalmaya neden olmuş olabilir.

Görüşmelere katılan bireylerin çoğunluğu aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerden çok büyük oranda memnun olduklarını belirtmişlerdir. Fakat AH'liği uygulamasından yararlanan bireylerin çoğunun aile hekimlerinin vermesi gereken hizmetlerin farkında olmadığı da görülmüştür.

Hastalar açısından memnuniyetin en önemli belirleyicilerinin, hastaların her talebinin hekimler tarafından karşılanması ve hiç sıra beklemeden hizmete erişilmesi olduğu açıkça görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin ülke genelinde %81,2 olduğu bulunmuştur.⁽³⁾

2010 yılında yayınlanan, birinci basamakta sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin Europep ölçeği ile değerlendirildiği ve 18 Avrupa ülkesi ile Türkiye arasında yapılan aynı çalışmada; "Bekleme odasında harcanan zaman" konusunda Türkiye %69,2 düzeyindeki hasta memnuniyeti ile diğer ülkeler arasında 4. sırada olduğu görülmüştür. Türkiye'de ise hasta memnuniyeti en çok %85,8 ile "Kayıt ve bilgilerin gizli tutulması" ve %77,1 ile "Hekimlerin hastanın şikayetlerini çabuk geçirmesi" konularında olduğu bildirilmiştir. Fakat Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında

Türkiye'nin bu konularda sırasıyla 17. ve 12. Sırada olması düşündürücüdür.

Aynı araştırmada Türkiye'de AH sisteminde tespit edilen sorunlar; hekime telefonla ulaşabilme, polikliniğe telefonla ulaşabilme, uygun zamanda randevu alabilme ve bekleme odasında harcanan zaman olarak sıralanmıştır. Hasta memnuniyetinin düşük olduğu bu erişim probleminin en önemli sebebi, kayıtlı nüfus için birinci basamakta yürütülen hizmetlerin fazlalığı ve hekimlerin mevcut iş yükü gösterilebilir.

Türkiye'de uygulanan AH modelinin arkasındaki temel motivasyon hasta memnuniyetinin iyileştirilmesidir.⁽²⁷⁾ Ancak birinci basamağa, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları kadar ekipman, altyapı, insan gücü ve desteğin sağlanamaması, sunulan hizmet kalitesinin azalması ve uzun bekleme sürelerinin oluşması ile sonuçlanmaktadır.^(28,29) Birinci basamakta kalitenin artırılması ve hasta memnuniyetinin sağlanması için, sağlık hizmetinin performans dayalı bir şekilde uygulanmasından uzaklaşıp kapsamlı, bütüncül ve toplum yönelimli bir yaklaşımla sunulması gerekmektedir.

Sonuç olarak; sağlık hizmeti sunumunda hem hasta hem de sağlık hizmeti sunucularının ihtiyaçları ve beklentileri gözetilerek bunlara uygun çözümler geliştirmek gereklidir. Planlanacak düzenlemeler, birinci basamakta hizmet sunumunda var olan eksikliklerin giderilerek iyileştirilmesine, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ile birlikte hasta memnuniyetinin de artmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Constitution of the World Health Organization (adopted in 1946): Basic Documents. 4. Edition. Geneva, WHO, 2006:1-18.
2. Akdur R. Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:25. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006:12.
3. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" içinde. (ed.) Akdağ R. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. Ankara, Opus Basın Yayın, 2010.
4. T.C Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (T.C. Resmi Gazete 25.01.2013, Sayı:28539), 2013. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSeArch=aile%20he> adresinden 25.02.2019 tarihinde erişilmiştir.
5. Carr-Hill A R. The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health Medicine, 1994; 38: 509.
6. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract 1999;16:4-11.
7. İlhan M, Tüzün H, Aycan S, Aksakal N, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3): 33-41.
8. Van der Heyden JH, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. Health Policy 2003 Aug; 65(2): 153-65.
9. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality findings from an international health policy survey. Health Policy 2000; 51(2): 67-85.
10. Yavuz S, Yüceşahin M. Türkiye'de hane halkı kompozisyonlarında değişimler ve bölgesel farklılaşmalar. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2012;15.1:82.
11. Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument. Nijmegen, Center for Quality of Care Research, 2000.
12. Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. Annals of family medicine 2006;4(2):117-23.
13. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002;288(14):1775-9.
14. Custers EJFM, Stuyt PMJ, De Vries Robbé PF. Clinical problem analysis. A systematic approach to teaching complex medical problem solving. Academic Medicine 2000;75:291-7.
15. Biro A. Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe. Health Policy 2013;111: 24-33.
16. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition 2010;12:1-266.
17. Tatar M., Mollahaliloglu S., Sahin Bet al. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition. 2011;13:1-186.
18. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of highperforming primary care. Ann Fam Med 2014;12:166 -71.
19. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? Fam Pract Manag 2007;14:44 -51.
20. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. Ann Fam Med 2004;2:405-10.
21. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. Prev Chronic Dis 2009;6:59.
22. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Understanding patient satisfaction with family doctor care. J Eval Clin Pract 2010;16:712-15.
23. Wang MC, Mosen D, Shuster E et al. Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction. J Ambul Care Manage 2015;38: 69-76.
24. Al-Ali AA, Elzubair AG. Establishing rapport: physicians' practice and attendees' satisfaction at a primary health care center, Dammam, Saudi Arabia, 2013. J Fam Community Med 2016;23:12-7.
25. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P: The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. NC Med J 2006; 67:6.
26. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. In OECD Health Working Papers; 2006. <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262514.pdf> adresinden 24.02.2019 tarihinde erişilmiştir.
27. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gurol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet 2013; 382(9886):65-99.
28. Akdağ R. Turkey Health Transformation Program Evaluation Report 2003-2010. Ankara, Ministry of Health, 2011.
29. Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization. OECD Reviews of Health Systems: Turkey. Paris, OECD and IBRD/The World Bank, 2008.

Alıntı Kodu: Delican O. ve ark. Ailelerin Aile Hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (1): 18-34. Doi: 10.15511/tjfp.19.00118.