

Aile Hekimliği Uygulaması ve Aile Hekimlerinin Görüşleri: Saha Merkezli Bir Çalışma **A Field Based Study: Family Medicine Implementation and Views of Family Physicians**

Muharrem Ak¹, İmran Tekgöz²

¹ Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

² Uzm.Dr., Aksaray 2 no.'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aksaray, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma, Aile Hekimliği geçiş sürecinin birinci yılının sonunda gerçekleştirilmiştir ve birinci basamak hekimlerinin çalışma koşulları, iş yükü, mesleki tatmin açısından görüşlerini göstermektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Aksaray ilinde Aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimliği uygulamasında bulunan Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmaya ASM'lerde bulunan 41 hekim dâhil edilmiştir. Yapılandırılmış soru formu ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan erkek aile hekimlerinin oranı % 82,9 ve kadın aile hekimlerinin oranı 17,1 olarak kaydedilmiştir. Katılımcıların %87,8'i evliken %12,2'si bekarıdır. Yeni uygulama ile aile hekimlerinin yarıya yakını iş yüklerinin önceki sağlık ocağı sistemi ile karşılaştırıldığında arttığı görüşünde hemfikirdiler. Ek olarak aile hekimlerinin neredeyse hepsi (%92,7) önceki sisteme göre hastalarını daha iyi tanıdıklarını ifade ettiler. Katılımcıların yaklaşık olarak üçte biri (%34,1) yaşlı sağlığı bakımının içerik ve takip açısından ilerleme olduğunu kabul etmediler.

Sonuç: Yasal düzenleme ve planlamalarda aile hekimlerinin görüşlerini dikkate almak, aile hekimliği uygulamalarının gelişmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, görüş, uygulama

Abstract

Objective: This study has been conducted during family medicine transition process at the end of the first year after the implementation and reveal the views of the primary care physicians in terms of working environment, workload.

Material and Method: The study consisted of the family physicians in family practice implementation for the duration of one year in the city of Aksaray. A total of 41 physicians working in the Family Health Center (FHC) were included in this study. A self- structured questionnaire was used to carry out study.

Results: In this study, percentage of male family physicians were 82.9% and 17.1% were female physicians. Married participants consisted of 87.8%, while the remaining 12.2% were unmarried. Since the inception of the new implementation just over half of the family physicians agreed that their workload increased comparing with family health system. In addition nearly all (92.7%) physicians have stated an increased familiarity with their patients as compared to the previous system. Almost one third (34.1%) of the participant did not agree with the improvement of both content and follow up of geriatric health care.

Conclusion: Taking into the account of the views of family physicians in the legal arrangements and planning may contribute to the development in the ongoing family medicine implementations.

Key words: Family Medicine Implementations, Views of Family physicians

Kabul Tarihi: 02.03.2013

Giriş

Aile Hekimliği, son zamanlarda popüler olarak bir sağlık uygulaması ile anılmakta beraber, temelinde kapsamlı, sürekli, kişiselleştirilmiş bakım vardır. Aile hekimleri, yaş ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın organ sistem yaklaşımının yerine bütüncül ve biyopsikososyal yaklaşımla

hastalara yaklaşırlar (1). Aile Hekimliği'nin özgün bir tıp disiplini olarak sıklıkla Aile Hekimliği uygulamaları ile birbirine karıştırılması veya aile hekimliğinin ülkemiz için uygun bir uygulama olmadığı yönündeki algılamalar birinci basamağın nitelikli ve kanıt dayalı bir şekilde yapılandırılması sürecini uzatmaktadır (2). Ülkemizde yürütülmekte olan

Aile Hekimliği uygulamaları nüfus temelli sağlık hizmetleri sunumundan, hasta ve/veya sağlam birey bazında sağlık hizmeti sunumuna geçişin ön planda olduğu bir süreci kapsamaktadır. “Aile Hekimliği uygulamaları” ülkemizde 2005 yılında Düzce ilinde başlayarak 2011 yılında ülke genelini içine alan birinci basamağın yeniden yapılandırılması sürecini tanımlamada sıklıkla kullanılan bir ifadedir.

Ülke genelinde 6000’den fazla Aile Sağlığı Merkezi’nde (ASM), 20000 üzerinde aile hekimi birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmektedir (3). Bu geniş hekim grubu birinci basamağın dönüştürülmesi sürecinde yeni yasal düzenlemelere uyum sağlama sürecini de eşzamanlı olarak yaşamaktadır.

Aile Hekimliği uygulamaları ile aile hekimlerinin sağlık hizmetlerini yürüttüğü mekânlar öncelikle fiziksel olarak değiştirilmiştir. Engelli ve yaşlı yurttaşlara yönelik altyapı düzenlemeleriyle teknik donanım olarak 35 ölçüt üzerinden A grubu, B grubu, C grubu, D grubu ve gruplandırma dışı ASM’ler olmak üzere beş farklı kategoride sınıflandırılmıştır. A grubu ASM’lerde 35 kıstas aranırken; B grubunda 29, C grubunda 23, D grubunda 20 kıstas yeterli olmaktadır.

Fiziksel olarak değiştirilmiş olan birinci basamak kurumlarının, (yeni adıyla Aile Sağlığı Merkezleri) hiç kuşkusuz önümüzdeki yıllarda hekim, koruyucu önleyici sağlık hizmetleri sunumu, hasta ve hastalıklar bağlamında birinci basamakta hedeflenen ile mevcut durum arasındaki farkı kapatabilme adına araştırmaların yapılacağı kurumlar olacaktır. Belki de “Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun en önemli bileşeni nedir?” sorusunun farklı muhataplarının beklenti ve hedeflerinin araştırılıp ortaya çıkarılması ile birinci basamak kendine özgü kimliğine kavuşabilecektir.

Son yıllarda yapılan yasal düzenlemeler ve uygulamaların hekim, yardımcı sağlık personeli ve hastalar açısından getirdiklerinin nasıl algılandığı konusunda sınırlı veri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde genellikle hasta memnuniyeti odaklı çalışmalar yapılırken, hasta memnuniyetinin yanı sıra hekimlerin çalışma koşullarını etkileyen faktörlere yönelik saha araştırmalarına gereksinim olduğu görülmektedir (4).

Bu çalışma ile aile hekimlerinin aile hekimliği geçiş sürecinde, birinci basamakta çalışma koşullarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Grubu

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini Aksaray il merkezinde Aile Hekimliği uygulamasında bir yıl süreyle bulunan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışma, Aile Hekimliği uygulamasının birinci yılının bitiminde gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yapılandırılmış soru formları hekimlerce doldurulmuştur. Aksaray il merkezindeki ASM’lerde çalışan toplam 52 aile hekiminden 41’i soru formunu kendi isteği ile doldurmuştur. Beş hekim zamanı olmadığı gerekçesiyle formu doldurmak istemediğini belirttiği için, iki hekim araştırma yapıldığı dönemde izinli olduğundan, dört hekim ise daha önce sağlık ocağı deneyimi olmadığı için görüşleri kaydedilememiştir.

Veri Toplama Formu

Sorular beşli likert tipi ile yapılandırılmış sorulardan oluşturulmuştur. Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinin yanında hastalara ayırabildiği süre, iş yükü, hastaları tanımları, kronik hastalığı olan hastaların takibi, aile hekimliği uygulamalarının hastaları nasıl etkilediği, hastalarla iletişim, mesleki tatmin, mobil sağlık hizmetleri, evde bakım, yaşlı sağlığı, gebe takibi, çocukların aşılması ve takibi, hasta ve yakınlarına yasal yaptırım uygulanması konularını içermektedir. Hekimlerin soruları sağlık ocağı sistemi ile karşılaştırarak cevaplamaları istenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için statistical program for social sciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler tanımlayıcı tablolarda yüzde olarak belirtilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki deneyim yılı ve günlük görülen hasta sayısı gibi değişkenlerle yapılandırılmış beşli likert ölçeğindeki sorulara alınan cevaplar arasındaki anlamlılık ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve p değeri ≤ 0.005 olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Beşli likert ölçeği ile değerlendirilen sorulardan, kesinlikle katlıyorum, katılıyorum ve fikrim yok

yanıtları ile kesinlikle katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtları istatistiksel değerlendirme aşamasında üç farklı kategori olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Aile Hekimlerinin sosyodemografik özellikleri

Özellikler	%
Yaş	
≤ 35 yaş	24.4
>35 yaş	75.6
Cinsiyet	
Kadın	17.1
Erkek	82.9
Medeni durum	
Evli	87.8
Bekâr	12.2
Mesleki deneyim yılı	
≤ 15 yıl	68.3
>15 yıl	31.7
Günlük hasta sayısı	
≤45	
46-69	19.5
≥70	46.3
	34.1

Yaş arttıkça, aile hekimlerinin Aile Hekimliği uygulamalarının hasta yararına olduğu konusundaki görüşleri istatistiksel anlamlı olarak artış göstermekteydi ($p<0.005$).

Aile hekimlerinin günlük gördükleri hasta sayısının artışı ile sağlık ocağına göre iş yükünün arttığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0.005$).

Mobil sağlık hizmetlerinin yararlılığı konusundaki soruya, kadın aile hekimleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede katılmadıklarını ifade etmişlerdir ($p<0.005$).

Çalışmaya katılan hekimlerin %27,3'ü sağlık ocağı ile aynı oranda iş yüküne sahip olduklarını düşünürken, %70,3'ü iş yüklerinin arttığını ifade etmişlerdir. Aile Hekimliği uygulamasında evde bakım hizmetleri için ayrı birimlerin yapılandırılması gerektiğini düşünenler %85,4 olarak kaydedildi. Hekimlerin tamamına yakını (%92,7) hastaları daha iyi tanıdığını

Çalışmaya katılan hekimlerin %82,9'u erkek ve %17,1'i kadın olarak kaydedildi. %87,8 evli ve %12,2'si bekârdı. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 39 (min:29, max:57) olarak kaydedildi. Hekimlere ait sosyodemografik özellikleri tablo.1'de verilmiştir.

düşünüyorlardı. Hekimlerin %68,3'ü hastalara daha çok zaman ayırabildiğini belirtirken, %31,7'si hastalara zaman ayırma konusunda sağlık ocağı ile karşılaştırıldığında bir farklılığın olmadığını ifade ettiler. Kronik hastalıkların daha iyi takip ettiğini belirtenler %85,4 oranında iken %14,6 oranında hekimler, bu konuda fikirlerinin olmadığını ya da kronik hastalık takibi açısından aile hekimliği uygulamasının yeni bir durum oluşturmadığını ifade ettiler.

Mevcut uygulama ile mesleki açıdan tatmin olduğu düşününler yarıdan fazla (%63,49) iken %34,1 oranında ise mesleksi olarak tatmin olmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan beş hekimden biri uygulamanın hastalara faydalı olmadığını belirtirken, %78,1 hastalara yararlı olduğunu belirtti. Aile Hekimliği uygulamasının etkinliği için hasta ve hasta yakınlarına da yaptırım uygulanması gerektiğini düşünenlerin %90,2 oranında olduğu görülmüştür (tablo 2).

Tablo 2. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili Görüşleri

	Katılıyorum (%)	Fikrim yok (%)	Katılmıyorum (%)
1. Hastalara daha çok zaman ayırabildiğimi düşünüyorum	68.3	-	31.7
2. Sağlık ocağı ile karşılaştırıldığında iş yükümün arttığını düşünüyorum	70.3	-	27.3
3. Hastaları daha iyi tanıdığını düşünüyorum	92.7	2.4	4.9
4. Kronik hastalıklı hastalarımı daha iyi takip edebiliyorum	85.4	2.4	12.2
5. Aile Hekimliği uygulamasının hastalara daha yararlı olduğumu düşünüyorum	78.0	4.9	17.1
6. Hastalarla iletişimimin daha iyi olduğunu düşünüyorum	87.8	-	12.2
7. Mevcut uygulama ile mesleki açıdan tatmin olduğumu düşünüyorum.	63.4	2.4	34.1
8. Hastaların uygulamadan memnun olduğunu düşünüyorum	90.2	4.9	4.9
9. Aile hekimliği uygulamalarındaki mobil sağlık hizmetlerinin yararlı olduğunu düşünüyorum.	65.9	14.6	19.5
10. Evde bakım hizmetlerine hizmetleri için ayrı birimlerin yapılandırılması gerektiğini düşünüyorum.	85.4	7.3	7.3
11. Yaşlı ve yaşlı sağlığına yönelik hizmetlerin daha iyi olduğunu düşünüyorum.	65.9	7.3	26.8
12. Aile hekimliği uygulamasında gebe takibi, aşı ve bebek izlemede performans uygulamasının gerekli olduğunu düşünüyorum.	61.0	2.4	36.6
13. Aile hekimliği uygulamasının etkinliği için hasta ve hasta yakınlarına da yaptırım uygulanması gerektiğini düşünüyorum.	90.2	2.4	7.3
14. Aile hekimliği uygulamasının maddi açıdan tatminkâr olduğunu düşünüyorum.	87.8	2.4	9.8

Tartışma

Bu çalışmada Aile Hekimliği uygulamalarının merkezinde yer aldığını düşündüğümüz ve uygulamaların olumlu veya olumsuz yönlerini etkileyebilecek bir konumda olan aile hekimlerinin, konuya ilişkin bakış açıları değerlendirildi.

Günlük görülen hasta sayısının fazla olması aile hekimlerinin düzelmesini istediği konulardan biri

olarak ön plana çıkmaktadır. ASM'de çalışan aile hekimleri, aile hekimliği uygulamaları ile iş yüklerinin arttığı görüşündedirler. Çalışmada, iş yükünün artması ile birlikte kendi nüfuslarına bağlı bulunan hastaları daha iyi tanıdıklarını ifade ettiler.

Aile hekimi her hasta muayenesi ile birbirinden bağımsız hasta şikâyetlerine muhatap olmakta ve her birini dinleme veya çözmek için adım atmak durumundadır. Halen her bir aile hekimine bağlı bulunan toplam nüfus sayısı 4000 sınırındadır.

Çalışma grubunda her bir aile hekiminin günlük baktığı hasta sayısı hastaların detaylı değerlendirilmelerini kısıtlamaktadır. Günlük görülen hasta sayısının düşürülmesi, aile hekimlerinin hastalarına daha fazla zaman ayırmasına neden olacak ve özellikle süreğen seyirli sık karşılaşılan hastalıkların erken yakalanıp, kaçırılmış iyi hekimlik fırsatlarının teoriden uygulama alanına dökülmesine imkan sağlayacaktır. Bu bağlamda kronik bakımda hastaların daha iyi takip edilmelerine olanak sağlayacak ölçeklerin kullanımı üzerinde durulabilir (5).

Otuzbeş yaş üzeri aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulamalarıyla mesleki açıdan tatmin oldukları ortak görüştür. Hekimlerden yaşça daha genç olanların Tıpta Uzmanlık Sınavı'na birinci basamakta çalışarak hazırlanma ve eşzamanlı olarak maddi kayıp yaşamamaları nedeniyle mesleki açıdan tatmin olmadıkları; bu konuda yaşça genç olanların, yaşça büyük olanlara göre, uygulamayı benimsememelerinin - birinci basamakta belirsizliğin yanı sıra - bir nedeni de bu olabilir.

Sağlık stratejilerinin düzenlenmesi ve başarıya ulaşmasında, hekimin iş doyumunu ve mesleki tatmininin belirleyici role sahip olduğu açıktır. Bu çalışmada hekimlerin uygulamayla ilgili düşüncelerinin sağlık politikalarına etki ederek uygulamaya olumlu katkı sağlayacağı düşünülebilir (6). Çalışmada, hekimlerin memnuniyetinin diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, düşük olduğu görüldü. Ancak Tözün ve arkadaşları tarafından Eskişehir'de aile hekimlerine yönelik iş doyumunu ile ilgili yapılan çalışmada, ilk 12 ayda iş doyumununun 13-20 ay arasıyla karşılaştırıldığında yüksek olduğu bulunmuştur (7). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hekimlerin mesleki tatminlerinin yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (8). Eskişehir ve Yeni Zelanda'da yapılan çalışmalardan farklı olarak Aktaş ve arkadaşları tarafından yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada, aile hekimlerinin aile hekimliği uygulaması ile ilgili görüşleri dikkate değerdir (9).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun halen bir parçası olan mobil sağlık hizmetleri, bu çalışmada kadın aile hekimlerine göre faydalı görülmemektedir. Mobil sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilirliği ile etkinliğini

değerlendirecek ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Aile hekimlerinin iş yüklerini artıran faktörlerden biri de, evde bakım hizmetlerinin Aile hekimlerince yürütülmesi gerektiği yönündeki beklentiler olabilir. Çalışma grubumuzdaki aile hekimlerinin önemli bir kısmı evde bakım hizmetleri için ayrı ünitelerin yapılandırılması gerektiği görüşündeydiler. Evde bakım alacak hastalarının genel özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar, aile hekimlerinin bu grup hastalara bakım verirken dikkat etmeleri gereken noktalar konusunda farkındalık oluşturdukları için önemlidir (10).

Kronik hasta bakımının birinci basamakta uygulanabilmesini etkileyen faktörler Bodenheimer ve arkadaşları tarafından araştırılmış; konjestif kalp yetmezliği, astım, diyabet gibi hastalıklarda sağlık masraflarını ve sağlık kurumlarına başvuruları azalttığı bulunmuştur (11). Şensoy ve arkadaşlarının aile hekimliği alan eğitimi gereksiniminin ne ölçüde karşılandığına yönelik sorusu, pratikte daha geniş zeminde yapılacak çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir (12). Bu bağlamda birinci basamakta kronik hastalık takibinin genel gereksinimleri iyi belirlenmeli ve Ulusal Aile Hekimliği Board'u eğitimsel faaliyetlerine aile hekimlerinin katılmaları teşvik edilmelidir (13).

Çalışmadaki soruları yanıtlayan hekimlerin önemli bir kısmı "Aile Hekimliği uygulamaları ile yaşlı ve yaşlı sağlığına yönelik hizmetler içerik ve takip açısından zenginleştirilmiştir" ifadesine katılmadıklarını veya bu konuda bir fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Yaman ve arkadaşları, aile hekimlerinin yaşlı sağlığı bağlamında üstlenmeleri gereken roller bulunduğunu belirtmiş; yaşlı bireylerin ailelerinin de sürece katılmasının gerekliliğine vurgu yapmışlardır (14). Yaman ve arkadaşlarının çalışması ile aynı doğrultuda Lağarlı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ise yaşlı nüfusla ilgili oluşan yaklaşım farkına dikkat çekmektedir (15).

Aile hekimlerinin uygulama ile ilgili görüşlerinin uygulamaların yürütücüsü planlayıcısı ve uygulayıcısı konumunda olan paydaşlarla ortak bir zeminde tartışılması ve sorunların eşgüdüm içerisinde çözülmesi gerekmektedir. Birbirleriyle çelişir gibi görünen bu farklı çalışmaların daha geniş katılımcı sayısı ve farklı bölgeleri de içine

alacak şekilde planlanmasının anlamlı sonuçlar vereceği kesindir. Bu çalışmada da gösterildiği üzere, sağlık hizmeti vermekle yükümlü olunan nüfusun fazla olmasının doğal sonucu olarak, aile hekimliği polikliniklerine başvuru sayısının fazla olması hekim memnuniyetsizliğinin esas nedenlerinden biri olabilir (16). Çalışmaların sadece hasta memnuniyeti odaklı olmaması, hekim memnuniyetsizliğine neden olan faktörlerin yanında, hekimlerin önerilerinin dikkate alınmasının, uygulamanın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için kayda değer olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada aile hekimleri %90,3 oranında hasta ve hasta yakınlarına da sorumluluklarını yerine getirmediğinde yaptırım uygulanması gerektiği yönünde görüş bildirdiler. Gebe izlemi, bebek izlemi, aşı uygulaması gibi konularda hekime negatif performans uygulaması varken hasta ve yakınlarına bir sorumluluk verilmemesi de hekimlerin memnuniyetsizliğinin bir diğer nedeni olabilir.

Negatif performans uygulaması halen tek taraflı olarak hekimlere yönelik olarak uygulamadır. Ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı'nda çocukların eğitimi konusunda aileye sorumluluk yükleyip, yerine getirmediği takdirde para cezası uygulanmaktadır. İçişleri Bakanlığı nüfus adres değişikliği gibi nüfus hareketlerinde yurtaşların devlet kurumlarına bilgi vermedikleri durumlarda para cezası uygulayabilmektedir. Halen her bir aile hekimine bağlı bulunan toplam nüfus sayısının 4000 sınırında olduğu göz önüne alınırsa; hastaların nüfus hareketlerindeki değişikliğin takibi, aşı izlem, bebek izlem, gebe izlem gibi ulaştırılması zorunlu durumlardaki güçlükler öngörülebilmektedir. Sağlık hizmetini alan kişilerin de kendi ve yakınlarının sağlıklarından en az onları takip eden hekim kadar sorumlu olduğu bilincinin yerleşmesi için yasal ve hasta eğitimi tabanlı çalışmalar gerekmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yanı, Aile Hekimliği uygulamalarıyla ilgili hekim görüşlerine dikkat çekmesi ve önümüzdeki yıllarda karşılaştırma yapılabilecek bir veri tabanı oluşturmaktır. Çalışmanın kısıtlılıkları ise çalışmaya katılan hekim sayısının az olması, erkek hekimlerin sayıca fazla olması, uygulamanın birinci yılında ve tek şehirdeki aile hekimlerinin görüşlerini yansıtmamasıdır. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı da Aile

Hekimliği uzmanlarının sayıca az oldukları nedeniyle çalışma dışı bırakılmış olmasıdır.

Sonuç

Bu çalışmada; Aile hekimlerinin uygulama ile ilgili görüşlerinin, uygulamaların yürütücüsü planlayıcısı ve uygulayıcısı konumunda olan paydaşlarla ortak bir zeminde tartışmalarının ve sorunların eşgüdüm içerisinde ele alınmasında hekimlerin görüşlerinin önemine dikkat çekilmektedir. Saha çalışmalarında sıklıkla çalışılan hasta memnuniyetinin yanı sıra, hekimlerin çalışma koşullarını etkileyen faktörlerin de üzerinde durulmalıdır. Negatif performans uygulaması halen tek taraflı olarak hekimlere yönelik olarak uygulamadır. Sağlık hizmetini alan kişilerin de kendi ve yakınlarının sağlıklarından en az onları takip eden hekim kadar sorumlu olduğu bilincinin yerleşmesi için yasal ve hasta eğitimi tabanlı çalışmalar gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Özcan F, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği. Sendrom 1996;8(7):83-5.
2. Topallı R. Bilgi Sahibi Olmadan Fikir Sahibi Olmak ve Saldırılan Aile Hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2004;8(3):132-7.
3. Türkiye'de Aile Hekimliği. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığı; 2013. [http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213] internet adresinden 06.03.2013 tarihinde erişilmiştir.
4. Özer A, Çakıl E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007;5(3):140-3.
5. Bozdemir N, Saatçi E, Bodenheimer T, Grumbach K. Kronik Bakımda Hastanın Değerlendirilmesi: Adana Nobel Kitabevi; 2009.
6. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy 1997;41:121-37.
7. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull 2008;7(5):377-84.
8. Dowell A, Hamilton S, McLeod D. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. N Z Med J 2000;113:269-72.
9. Aktaş E, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir

Smyrna Tıp Dergisi 33

- anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51(1):21-9.
10. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi 2012;2(1):45-8.
 11. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness The Chronic Care Model, Part 2. JAMA 2002;288(15):1909-14.
 12. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi 2009;10:49-56.
 13. Aktürk Z, Acemoğlu H. Aile Hekimliğinde Kapsamlı Bakım Yeterliliği ve Değerlendirilmesi. Euras J Fam Med 2012;1(1):23-8.
 14. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam Concept: a Proposal of Solution for the Coming Demographic Change. GeroFam 2010;1(1):1-

14.

15. Lağarlı T, Erhan E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C, et al. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1):16-32.
16. Baltacı D, Kara İ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çelen A. Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi; Pilot Çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):9-15.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Muharrem Ak
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
Tel: +90.505.4881305
e-mail: muharremak@inonu.edu.tr