

Sakarya Üniversitesinde Görev Yapan İdari ve Akademik Personelin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Bakışını İncelemek

Zübeyde Kaçal

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Korucuk, Adapazarı, Sakarya

Özet

Amaç: Aile hekimliği, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplum gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahiptir. Bu çalışmada, Sakarya Üniversitesinde görev yapan idari ve akademik personelin 1. basamak sağlık hizmetlerine bakış açısının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Şubat 2014-Nisan 2014 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesinde akademik ve idari olarak görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 175 personelin Aile hekimi hakkında bilgilerini sorgulamak için anket formu uygulandı. Üniversite personelinin Aile Hekimliği kavramına bakış açısı değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre; çalışmaya katılanlardan % 76,6'sının kendisinin aile hekimini bildiği, % 14,3'ünün ise düzenli olarak aile hekimine kontrole gittiği bulundu. Aile hekimini bilme ve düzenli aile hekimine kontrole gidenlerle cinsiyet ve meslek arasında anlamlı fark bulunmamasına karşın, kendi aile hekimini bilme ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p=0.017$). Aile hekimine düzenli kontrole gitme ile medeni durum ve meslek arasında anlamlı fark bulunmuştur($p=0,004$; $p= 0,018$).

Sonuç: Üst düzey bir yükseköğretim kurumu mensuplarında aile hekimini tanınması ve daha düzenli kontrole gitmesi oranı henüz beklenenin altında saptanmıştı. Farkındalığın artırılması konusunda bilgilendirme programlarının oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, 1. Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık

Abstract

Objectives: Family medicine, have a holistic and health-focused perspective instead of disease-oriented, with special responsibility for public health, providing services for the needs of society, lived in the patient's clinical decisions that using information about the society and the environment. In this study, primary health care perspective of administrative and academic staff served at Sakarya University was aimed to examine.

Material and Method: Between February 2014 and April 2014, 175 of academic and administrative staff who served at Sakarya University and accepted to participate in the research survey, participated to query the information about the family medicine. Primary health care perspective of administrative and academic staff was examined..

Results: According to the survey; it is found that 76.6% of the study participants were aware of their family doctor and 14.3% of them are went to check on regularly. Although there is no significant difference found between knowing family doctor, went to check on regularly and profession, gender; there is a significant difference between knowing family doctor and their marital status ($p = 0.017$). A significant difference between went to check on regularly and marital status, profession is also found. ($p=0,004$; $p= 0,018$).

Conclusion: The rate of knowing the family doctor and going to regular control has been identified below expectations at a senior institutions of higher education. Briefings are needed to increase the awareness.

Keywords: Family medicine, Primary Health Care Perspective, Health

Corr. Author:

Zübeyde Kaçal,
Sakarya Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Korucuk,
Adapazarı, Sakarya
e-mail:
zkacal@sakarya.edu.tr

Bu çalışma 25-27 Nisan
2014 Sakarya 1. Ulusal Tıp
Kongresinde poster bildiri
olarak sunulmuştur.

Özet

Toplumlar sürekli olarak sosyal ve ekonomik kalkınma için çalışmaktadır. Kalkınmanın esas amacı da insan sağlığının geliştirilmesi ve iyilik halinin sürekli hale getirilmesi ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir¹. Günümüzde tıptaki gelişmeler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlaşmış bir hekim tarafından verilmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle özellikle 1970'li yıllardan başlayarak aile hekimliği ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri bu disiplinin elemanları tarafından vermeye başlanmıştır².

Ülkemizde uzun bir dönemdir sağlıkta yeniden yapılanma çerçevesinde sağlık finansmanı ve sağlık hizmeti sunumuyla ilgili reform çalışmaları gündeme getirilmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı süreci başlatılmıştır. Sürecin bileşenlerinden biri Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulamasıdır³.

Birinci basamak sağlık hizmeti, ayaktan tedavi hizmetlerini içeren ve yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilen sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği başlatılmıştır. İdeal sağlık hizmeti içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullarda toplumun öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılayabilen etkin, kapsamlı, entegre bir sağlık bakımını bireysel düzeyde biçimlendirerek sunan bir hizmet olarak tanımlanabilir^{4,5}.

Bu tür bir hizmet eldeki tüm kaynakların başta birinci basamak olmak üzere her düzeyde etkin, işbirliği içinde ve eşgüdümlü olarak kullanılması ile mümkündür. Bu özellikler Aile Hekimliği (AH) disiplininin ilkeleri ile doğrudan örtüşmektedir. WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) 2002 tanımına göre; Aile Hekimliği disiplini ilkelerine göre eğitilmiş ve kendi sağlık sistemi içinde genel tıp uygulayarak çalışan hekimlerdir. Kişisel hekimlerdir; öncelikli sorumlulukları yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktır^{4,5}. Aile hekimliği sistemi uzun yıllardır birçok ülkede birinci basamak hizmet sunumunda uygulanmakta olan bir modeldir. Tek bir sistemi ifade etmemekte olup dünyada değişik uygulamaları mevcuttur.

Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

İngiltere'de Aile Hekimliği uygulamaları 1947 yılında başlamış, 1952 yılında "Royal College of General Practitioners" (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü hem hastanın hem de devletin gözünde aynıdır. Bu durum mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır. Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında doktorlar büyük şehirlerde ve hastanelerde toplanmışlardı. 1975-1982 yılları arasında doktorlara bir yıllık zorunlu hizmet uygulandı. 1982'de AH uygulaması başladı. Kübada ise 1974'de birinci basamak hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesinden sonra 1984 yılında Aile Hekimliği Planı uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye'de ise 1994 Yılında Ankara'da, 1996 yılından itibaren Adana, Bursa ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri açmış olup, tüm yurttaki yaygınlaştırılmıştır^{6,7,8,9}. Ülkemizde "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve izleyen zamanlarda çıkarılan yönetmeliklere göre aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü olan hekim olarak tanımlanmaktadır^{10,11}. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde artmıştır. Tıbbi disiplinler arasında Aile Hekimliği bireye yönelik biyopsikososyal yaklaşım tarzı ile koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde belirgin şekilde ön plana çıkmaktadır^{12,13}.

Materyal ve Metod

Şubat 2014- Nisan 2014 tarihleri Sakarya Üniversitesinde görev yapan idari ve akademik personelin 1. Basamak sağlık hizmetlerine bakış açısı değerlendirildi. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanıldı. Araştırmanın evrenini Sakarya Üniversitesinde görev yapan, 18-70 yaş aralığındaki kişiler oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 175 kişi, araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunda; sosyodemografik özelliklerini (18 soru), hastalık durumu bilgileri (17 soru) ve özgeçmiş bilgileri (40 soru) olmak üzere toplam 40

soru yer almaktadır. Veriler toplanmaya başlanmadan önce Etik kurul izni alındı. Sonrasında Tüm Üniversite personeline çalışmanın içeriği hakkında bilgi verildi. Eğitici broşürler hazırlandı. Ayrıca bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin korunması" ilkesine uyulmasına özen gösterildi.

İstatistik

Çalışmada kullanılan kategorik verilerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında ki-kare testleri kullanılmıştır. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) ile gösterildi. Sayısal veriler yönünden yapılan karşılaştırmalarda; Kolmogorov-Smirnov normallik testi göz önünde tutularak, iki grup arasında bağımsız iki örneklem t testi veya Mann-Whitney U testi; ikiden fazla grup arasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) (post-hoc ikili karşılaştırmalarda Tukey HSD testi kullanıldı) veya Kruskal Wallis testi kullanıldı (post-hoc ikili karşılaştırmalarda Dunnet testi kullanıldı). Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. p değeri 0.05'ten küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Hesaplamalar hazır istatistik yazılımı ile yapıldı. (IBM SPSS Statistics 20, SPSS Inc. An IBM Corp., Armonk, NY)

Bulgular

Çalışma sonuçlarına göre, 175 kişiden 41'inin (%17,6) aile hekimini bildiği, 25 kişinin (%14,3) ise düzenli olarak aile hekimine gittiği (Tablo 1), Aile hekimini bilme ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmasa da erkeklerin kadınlara oranla aile hekimlerini bildiği (%79), buna karşın medeni durumla aile hekimini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,017). Meslek grupları ile aile hekimini bilme arasında istatistiksel olarak fark bulunmasa da idari personelin daha yüksek oranda aile hekimini tanıdığı bulundu (%35,1) Aile hekimine düzenli kontrole gitme ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamasına karşın kadınların % 60'ının erkeklere oranla kontrole gittikleri bulundu. Medeni durum ve meslek grupları ile aile hekimine düzenli gidenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p=0,004; p=0,018).

Tablo:1 Aile Hekimi Bilme ve Kontrol % Dağılımı

		n (%)
Aile Hekimini Tanıma	Hayır	41 (23,4)
	Evet	134 (76,6)
Aile Hekimini Tanıma	Hayır	150 (85,7)
	Evet	25 (14,3)

Tablo 2. Sosyo-demografik özelliklere göre Aile Hekimini Bilme durumlarının dağılımı.

		Aile Hekimini Bilme		
		Hayır (n=41)	Evet (n=134)	p
Cinsiyet	Erkek	19 (46,3)	79 (59,0)	0,213
	Kadın	22 (53,7)	55 (41,0)	
M. Durum	Bekar	12 (29,3)	16 (11,9)	0,017
	Evli	29 (70,7)	113 (84,3)	
	Dul	0	5 (3,7)	
Meslek	İdari Personel	18 (43,9)	47 (35,1)	0,358
	Akademik Personel	13 (31,7)	45 (33,6)	
	Çalışmıyor	5 (12,2)	31 (23,1)	
	Diğer	5 (12,2)	11 (8,2)	

Tablo3. Sosyo-demografik özelliklere göre Aile Hekimine kontrol durumlarının dağılımı.

		Aile Hekimini Bilme		
		Hayır (n=150)	Evet (n=25)	p
Cinsiyet	Erkek	88 (58,7)	10 (40,0)	0,128
	Kadın	62 (41,3)	15 (60,0)	
M. Durum	Bekar	27 (18,0)	1 (4,0)	0,004
	Evli	121 (80,7)	21 (84,0)	
	Dul	2 (1,3)	3 (12,0)	
Meslek	İdari Personel	59 (39,3)	6 (24,0)	0,018
	Akademik Personel	53 (35,3)	5 (20,0)	
	Çalışmıyor	27 (18,0)	9 (36,0)	
	Diğer	11 (7,3)	5 (20,0)	

Tartışma

Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamalarına geçilmesi ile mevcut 1. Basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık

sorunlarında birinci basamağın öncelikle tercih edilmemesi, sorunların ikinci veya üçüncü basamağa götürülmesi, bu basamakların iş yükünü artırır ve maliyet etkinliğin düşük olmasına neden olur. Uygulamanın başlamasından yaklaşık altı yıllık süre geçmesine rağmen kişilerin %23,4'ünün aile hekimini tanımadığı, %85,7'sinin ise aile hekimine düzenli kontrole gitmemesi bu konudaki bilgi açığını ve maliyetin yüksekliğini ortaya koymaktadır.

2010 yılı başında Kayseri'de bir ilçesi merkezinde yapılan çalışmada katılımcıların %67 gibi yüksek bir oranı uygulama ile ilgili bilgilerini yeterli bulmadıklarını söylemişlerdir. Çetinkaya ve ark. yapmış olduğu çalışmada Araştırma grubunun %84,9'u bağlı olduğu aile hekimini, %27,2'si aile sağlığı elemanlarını tanıdıklarını ve %12,4'ü aile sağlığı elemanınca evde ziyaret edildiklerini belirtmişlerdir¹⁴. Bizim çalışmamızda da % 76,6'sının aile hekimini tanıdığı bulunmuş olup Çetinkaya ve ark. Yapmış olduğu çalışmayı destekler niteliktedir¹⁵.

Sonuç

Aile Hekimliği toplumun isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın odakta olduğu bir uzmanlık dalı olarak 1. Basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Bir ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri ne kadar iyi organize edilmiş ve sağlam temellere oturtulmuşsa; o ülkede o kadar iyi sağlık hizmeti veriliyor demektir.

21. yüzyılın başında olduğumuz bu tarihlerde, koruyucu hizmetler ve sağlığın korunması aile hekimliği pratiğinin tam merkezinde yer almaktadır; bu alanlar aile hekimliği disiplini tanımlayan ve onu diğer uzmanlık dallarından ayıran özelliklerdir. Bütün aile fertlerinin gereksinimlerine uygun koruyucu sağlık hizmetlerini, her bir fert için birçok risk faktörünü gözden geçirerek vermek, ancak bütüncül ve kapsamlı bir hasta yaklaşımıyla mümkündür. Birincil korunma kişilerin sağlıklı kalma sürelerine katkıda bulunarak hastalığın ortaya çıkmasını geciktirir, yaşam kalitesini artırır, yaşam süresini uzatır¹⁶.

Bireyin sağlıklı yaşam tarzını öğrenmesi ve benimsemesi için önemlidir. Topluma aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilendirmenin daha yoğun bir şekilde yapılması sistemle ilgili farkındalığı ve talepleri artıracaktır

Aile hekimliği uygulamasının etkin şekilde işletildiği İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresinin 8-13 yıl olduğu göz önüne alındığında ülkemizde de bundan sonraki dönemlerde oranların izlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir¹⁷.



Kaynaklar

1. World Health Declaration. Fifty-first World Health Assembly. May, 1998.
2. TAHUD 1.Çalıştay Bildirgesi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Ankara, 21-22 Aralık, 2002.
3. Starfield B, Leiyu SHI, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly 2005; 85(3): 457-502.
4. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook. WONCA, 2002.
5. Euract Position on Specific Training in Europe. <http://www.euract.org/html/doc016.shtml>
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı: Avrupa Topluluğunda Sağlık Eğitimi Müfredatları ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Derlemesi, 1994; 3-5.
7. Saatçı E. Dünyada Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Adana, 1997:34-59.
8. Özcan F. Ünlüoğlu İ. Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği. Sendrom 1996; 8 (7): 83-85.
9. Gervas J, Fernandez MP, Starfield BH. Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. Family Practice 1994;11:307-317.
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 25.05.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27591.
11. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. 1. Baskı. Ankara: Mavi Ofset Yayınları; 2004. p.35-40.
12. KJ Grimm, MM Diebold. The periodic health examination. Textbook of Family Practice'de (ed) RE Rakel 6th ed. WB Saunders Company Philadelphia 2002; 159-81.
13. Sağlık 21. Yirmibirinci Yüzyılda Herkese Sağlık (Çe. Ed. Ozturk Y, Günay O) Erciyes Üniversitesi yayınları No: 126 Kayseri 2001
14. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünal D. Kayseri İli Develi İlçesi'nde hizmet kullanıcıların bakış açısı ile aile hekimliği sistemi. Hastane Dergisi 2010;12 (66):106-113.
15. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M,. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(4)
16. DPT Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü. Türkiye ve Avrupa Birliğinde Sağlık Politikaları ve Göstergelerin Karşılaştırılması Raporu 1997
17. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Kurs Notları. 1. Baskı. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004. p.7-223