

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

Doç. Dr. Hakan KİTAPÇI * ve Sevinur AVCI**

ÖZET

Bu çalışma, Yalova'da yaşayan vatandaşların sağlıkta dönüşüm ve reform sürecini nasıl yaşadığını, Aile hekimliği kavramını nasıl algıladığını ve aslında nasıl bir hizmet beklediğini ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. Uygulamadan geçen bir yıldan fazla süre içerisinde halkın aile hekimliği uygulamaları hakkındaki değerlendirmeleri ve kendileri açısından taşıdığı önem araştırılarak ortaya konmuştur. Araştırma sonucunda; Yalova ilinde aile hekimliği uygulamasının halkın uygulamaya verdiği önem düzeyinde karşılanmadığı ve bu görüşün bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel açıdan farklılaşmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Aile hekimi, Araştırma, Yalova

ABSTRACT

This research aimed to expose how the inhabitants of Yalova experience the transformation and reform period in health, and perceive the term of Family Medicine and what kind of service they expect. In more than one year of application, Public's assessment regarding the family physician application and its importance for them have been investigated and surveyed. As a result of this research, it has been observed that family physician application in Yalova has not been given enough importance by the public and this opinion does not differ statistically according to the demographic features of individuals.

Keywords: Family Physician, Family Doctor, Research, Yalova

* Doç. Dr. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, İşletme Fakültesi, Kocaeli,
kitapci@gyt.edu.tr

** Yüksek Lisans Öğrencisi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, avci.sevinur@gmail.com

1.GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sisteminin sağlıklı işlememesi, sürekli aksayan ve sorunlu yönlerinin bulunması, sistem hakkında çalışmalar yapılmasını zorunlu kılmıştır. Ancak iyileştirme yönde yapılan tüm çabalar istenen düzeyde iyileştirme sağlamamıştır. Sağlık sistemine işlerlik kazandırmak ve toplumun her kesimine eşit, adaletli sağlık hizmetleri ulaştırmak yönünde yapılan kapsamlı son çalışma ise sağlıkta dönüşüm projesidir. Bu proje kapsamında ülkenin sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması doğrultusunda aile hekimliğine geçiş süreci başlamıştır. İlk uygulama 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama ile başlamıştır. Uygulamadan alınan sonuçlar doğrultusunda tüm Türkiye’ye sistemin yerleştirilmesi hedeflenmiştir. 2010 yılında tüm Türkiye’nin aile hekimliği uygulamalarına geçmesi planlanmıştır. Aile hekimliği uygulamaları hem hizmet verenler hem de hizmet alanlar açısından Türkiye’nin daha önce tanımadığı bir sistemdir. Aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı illerde uygulama ile ilgili halkın bakış açısı, beklentilerinin karşılanıp karşılanamama durumunun belirlenerek sistemin eksik ve aksayan yönlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda iyileştirici çalışmaların yapılması sisteme işlerlik kazandıracaktır.

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

2. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

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

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

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

Tüm dünyada tanımlandığı şekliyle Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlanmaktadır (<http://www.ailehekimligidergisi.org/>).

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

Amerikan Aile Hekimliği Akademisinin (AAFP) 1993 yılında yayımlandığı “Aile hekimliği hakkındaki gerçekler” başlıklı yayında aile hekimliği “ birey ve ailelere süreğen ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir uzmanlık dalıdır. Bir uzmanlık dalı olarak biyolojik klinik ve davranış biliminin birçok unsurunu bünyesinde barındırır. Aile Hekimliğinin boyutları bütün yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, bütün organ sistemlerini ve bilinen her hastalığı kapsar. Bu anlamda Aile Hekimliği genel tababetin çağdaş ve aile çevresine odaklanmış modern bir yorumdur” şeklinde tanımlanmıştır. Aile hekimliğinin en önemli esasının hizmette devamlılık ilkesi olduğu vurgulanmıştır. Burada kastedilen bireyi ve tercihen ailesinin tamamını, aynı kişi, kurum ve kuruluştan hizmet almaya devam ettiği sürece karşılaşılan tüm hastalık süreçlerinde ve

sağlam kişi muayenelerinde tek bir aile hekiminin en azından belli rutin aralıklarla görmesidir. Böylesine devam eden hasta- doktor ilişkisinin doğal olarak karşılıklı güven ve saygıya dayalı güçlü bir sosyal ilişki yaratacağı bilinmektedir. Dahası, bu şekilde tesis olunan karşılıklı güven Aile Hekimliğinde sıkça kullanılan güçlü bir terapötik unsurdur (Gökay, 2004, s.2).

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

3.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

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

1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan AH uzmanlığının Türkiye'de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak Türkiye'de AH bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (Algın, Şahin ve Top, 2004, s.251).

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

4. AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇME NEDENLERİ

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

Sağlıkta kaliteyi artırmak amacıyla aile hekimliğinin uygulanması 8.Beş yıllık kalkınma planında da kararlaştırılmıştır: “Dünya Bankası desteğiyle yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı yapısını; herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortasını; yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemini; güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliğini; etkili, kademeli sevk zincirini; idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerini; bilgi ve beceri ile donatılmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; ulusal ilaç kurumu; tıbbi cihaz kurumu; karar sürecinde etkili bilgiye erişim için sağlık bilgi sistemini öngörmektedir.” (İlter, 2006, s.17-18).

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

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

Aile hekimliği disiplininde ve sağlık hizmetinin sunumunda sevk zinciri oldukça önemli bir yere sahiptir. Çünkü aile hekimlerinin kapı tutma işlevini yerine getirmeleri

ne olanak sağlar. Bu sayede aile hekimlerinin hastalarını doğru yönlendirmeleri, düzensizliklerin ve gereksiz harcamaların önüne geçebilmeleri sağlanmış olur.

5.AİLE HEKİMLİĞİMDE AMAÇ VE HEDEFLER

Aile hekimliği dünyada, Avrupa'da, Amerika'da, Yeni Zelanda ve Avustralya'da çok uzun yıllardır, Türkiye'de ise 21 yıldır mevcut olan bir uzmanlık dalı ve özgün bir tıp disiplini. Pek çok ülkede

tıp fakültesinden mezun olduktan sonra birinci basamakta çalışmak isteyen bir hekimin en az iki yıl, çoğu yerde de 3 ya da 4 yıl süren bir uzmanlık eğitimi almış olması şart koşulmaktadır. Bu uzmanlık eğitimi sonucunda bireye, koruyucu, tanıya dönük ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sürekli, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla vermeye yönelik bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış kaliteli birinci basamak hekimlerinin yetişmesi amaçlanmaktadır (Ersoy, 2005, s.19).

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

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri ise sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedefler arasında belirlenen etkililik; uygulanacak sistemin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı; verimlilik, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi; hakkaniyet ise, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali ölçüleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanması olarak tanımlanmıştır (Kılıç, 2006, s.59). Bu hedeflere aile hekimliği uygulaması ile ulaşabilmek için (Aydın ve diğerleri, 2004, s.50):

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması,
- Herkesin kendisinin seçebileceği ve kolayca ulaşabileceği bir aile hekiminin olması,
- Koruyucu hekimlik uygulamaları ile insanların hasta olmalarının önlenmesi,
- İnsan kaynaklarının uygun dağılımı,
- Malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği,
- Farklı sosyal gruplar, kırsal ve doğu-batı arasında hizmete ulaşım ve sağlık göstergeleri arasındaki farkları azaltmak hedeflenmiştir.

6. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK BİR UYGULAMA

6.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

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

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

6.2 ARAŞTIRMANIN MODELİ

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

6.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan, 4 demografik soru, 30 sorudan oluşan “Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme” ölçeği ve önemine ilişkin soru formu yardımıyla toplanmıştır. Katılımcılara sorulan sorular, anketin cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada Likert Ölçeği kullanılmıştır. Anketi yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, olumsuzdan olumluya kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir:1=Kesinlikle katılmıyorum,

2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum.

6.4 VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler araştırmacı tarafından 01-10/ 03/ 2010 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemiyle 165 hasta üzerinden toplanmıştır.

6.5 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

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

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

6.6 ÖLÇEKLERİN GÜVENİLİRLİĞİ

30 sorudan oluşan Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ölçeği güvenilirlik düzeyi olan Cronbach's Alpha değeri 0,9439, 30 sorudan oluşan Aile Hekimliği Uygulaması Önemi ölçeği

güvenilirlik düzeyi olan Cronbach's Alpha değeri 0,9424 olarak bulunmuştur. Aile hekimliği uygulaması genel değerlendirme ve önemi ölçeği güvenilirlik değerleri beklenen seviye olan 0,70'den yüksek bulunmuştur. (Nunually, 1967)

Tablo 1. Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları

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

6.7 ARAŞTIRMANIN BULGULARI

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

6.7.1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Örneklem ilişkin demografik özellikler tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2. Örneklem Grubuna ilişkin Demografik Özellikler

<i>Yaş</i>			<i>Eğitim</i>		
	Frekans	Yüzde		Frekans	Yüzde
30 ve altı	36	21,8	İlkokul/ortaokul	56	33,9
31-40	61	37,0	Lise	50	30,3
41-50	34	20,6	Üniversite	59	35,8
51-60	19	11,5	Toplam	165	100,0
60 üstü	15	9,1	<i>Gelir Düzeyi</i>		
Toplam	165	100,0		Frekans	Yüzde
<i>Cinsiyet</i>			999 TL ve altı	78	47,3
	Frekans	Yüzde	1000-2499	78	47,3
Erkek	73	44,2	2500 TL ve üzeri	9	5,5
Bayan	92	55,8	Toplam	165	100,0
Toplam	165	100,0			

Araştırmaya katılanların 61'i (%37) 31-40 yaş grubunda; 92'si (%55,8) bayan; 59'u (%35,8) üniversite mezunu; 78'i (%47,3) 0-999ytl arası, 78'i (%47,3) 1000-2499 arası gelir düzeyindedir.

6.7.2 ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI GENEL DEĞERLENDİRMESİ VE UYGULAMA ÖNEMİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Aile Hekimliği Uygulama Öneminin Değerlendirmesi ölçeklerine ilişkin ilişkiler ve farkların hipotezler ile incelenmesi ile bunların yorumlarına Tablo 3 ve 4'te yer verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi

			Çok				
			Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi
S1	Evinizden Aile Hekimliği birimine ulaşım koşulları nasıl?	N	3	7	18	80	57
		%	1,8%	4,2%	10,9%	48,5%	34,5%
S2	Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilgilendirildiniz mi?	N	51	36	43	24	11
		%	30,9%	21,8%	26,1%	14,5%	6,7%
S3	Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?	N	3	10	26	92	34
		%	1,8%	6,1%	15,8%	55,8%	20,6%
S4	Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz nasıl?	N	54	37	41	24	9
		%	32,7%	22,4%	24,8%	14,5%	5,5%
S5	Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp sevk etmesi nasıl?	N	33	35	29	48	20
		%	20,0%	21,2%	17,6%	29,1%	12,1%
S6	Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıldır?	N	26	48	36	37	18
		%	15,8%	29,1%	21,8%	22,4%	10,9%
S7	Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıldır?	N	8	17	33	74	33
		%	4,8%	10,3%	20,0%	44,8%	20,0%
S8	Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl?	N	12	26	69	36	22
		%	7,3%	15,8%	41,8%	21,8%	13,3%
S9	Aile hekiminizin sağlık ve bilgi	N	9	20	29	71	36

	kayıtlarınızı izlemesi nasıldır?	%	5,5%	12,1%	17,6%	43,0%	21,8%
S10	Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile	N	11	12	36	66	40
	hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?	%	6,7%	7,3%	21,8%	40,0%	24,2%
S11	Aile hekiminizin ilk yardım ve acil	N	17	16	46	65	21
	müdahale hizmetlerini vermesi Ya da	%	10,3%	9,7%	27,9%	39,4%	12,7%
S12	verilmesini sağlaması nasıl?	N	15	28	50	47	25
	Acil sağlık probleminiz için Aile	%	9,1%	17,0%	30,3%	28,5%	15,2%
S13	hekiminizden yardım alabilme durumunuz	N	14	20	41	60	30
	nasıl?	%	8,5%	12,1%	24,8%	36,4%	18,2%
S14	Aile hekiminizin kronik hastalığı olan	N	10	15	32	70	38
	kişilerde izleme sıklığı nasıl?	%	6,1%	9,1%	19,4%	42,4%	23,0%
S15	Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum	N	12	25	39	72	17
	sonrası Loğusa ve bebeğine beraber	%	7,3%	15,2%	23,6%	43,6%	10,3%
S16	izlemesi nasıl?	N	13	22	41	56	33
	Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu	%	7,9%	13,3%	24,8%	33,9%	20,0%
S17	eğitim vermesi nasıl?	N	21	25	51	45	23
	Aile hekiminizi belirlemeniz nasıl?	%	12,7%	15,2%	30,9%	27,3%	13,9%
S18	Aile hekimliği uygulaması ile hastane	N	6	8	41	56	54
	kuyruklarında azalma nasıl?	%	3,6%	4,8%	24,8%	33,9%	32,7%
S19	Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?	N	5	12	40	64	44
	Verilen hizmet kalitesi nasıl?	%	3,0%	7,3%	24,2%	38,8%	26,7%

S20	Sürekli aynı hekime gittiğinizden düzenli sağlık kayıt sisteminin kurulması nasıl?	N	4	10	43	65	43
		%	2,4%	6,1%	26,1%	39,4%	26,1%
S21	Aile hekimliği uygulaması hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi nasıl?	N	26	34	52	34	19
		%	15,8%	20,6%	31,5%	20,6%	11,5%
S22	Aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması sağlık hizmetlerine olan etkisi nasıl?	N	12	20	40	60	33
		%	7,3%	12,1%	24,2%	36,4%	20,0%
S23	Aile hekiminizin muayenesi önceki muayenelerinize göre kalitesi nasıl?	N	3	10	46	70	36
		%	1,8%	6,1%	27,9%	42,4%	21,8%
S24	Hastalandığınızda ilk müracaatınızın Aile hekimine olması nasıl?	N	9	16	47	65	28
		%	5,5%	9,7%	28,5%	39,4%	17,0%
S25	Başvurduğunuzda size hizmet veren Aile hekiminin davranışı nasıl?	N	3	5	18	64	75
		%	1,8%	3,0%	10,9%	38,8%	45,5%
S26	Başvurduğunuzda size hizmet veren sağlık personelinin davranışı nasıl?	N	4	5	22	69	65
		%	2,4%	3,0%	13,3%	41,8%	39,4%
S27	İhtiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden Aile hekiminden alma durumunuz nasıl?	N	9	13	36	76	31
		%	5,5%	7,9%	21,8%	46,1%	18,8%
S28	Aile hekiminizden genel olarak aldığınız hizmet nasıl?	N	2	8	36	76	43
		%	1,2%	4,8%	21,8%	46,1%	26,1%
S29	Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?	N	11	16	54	55	29
		%	6,7%	9,7%	32,7%	33,3%	17,6%
S30	Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?	N	11	23	48	55	28
		%	6,7%	13,9%	29,1%	33,3%	17,0%

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Öneminin Değerlendirmesi

		Kesinlikle		Ne Önemli Ne		Kesinlikle Önemli
		Önemsiz	Önemsiz	Önemsiz	Önemli	
S1	N	2	1	14	66	82
	%	1,2%	,6%	8,5%	40,0%	49,7%
S2	N	4	4	14	62	81
	%	2,4%	2,4%	8,5%	37,6%	49,1%
S3	N	1	2	12	78	72
	%	,6%	1,2%	7,3%	47,3%	43,6%
S4	N	2	3	15	61	84
	%	1,2%	1,8%	9,1%	37,0%	50,9%
S5	N	1	2	16	75	71
	%	,6%	1,2%	9,7%	45,5%	43,0%
S6	N	1	2	22	70	70
	%	,6%	1,2%	13,3%	42,4%	42,4%
S7	N		1	11	66	87
	%		,6%	6,7%	40,0%	52,7%
S8	N		1	13	64	87
	%		,6%	7,9%	38,8%	52,7%
S9	N			13	77	75
	%			7,9%	46,7%	45,5%

S10	N	2	1	9	68	85
	%	1,2%	,6%	5,5%	41,2%	51,5%
S11	N	1	1	14	65	84
	%	,6%	,6%	8,5%	39,4%	50,9%
S12	N	1	3	9	75	77
	%	,6%	1,8%	5,5%	45,5%	46,7%
S13	N	1	2	6	70	86
	%	,6%	1,2%	3,6%	42,4%	52,1%
S14	N		2	13	48	102
	%		1,2%	7,9%	29,1%	61,8%
S15	N	1	3	11	74	76
	%	,6%	1,8%	6,7%	44,8%	46,1%
S16	N	1	1	17	66	80
	%	,6%	,6%	10,3%	40,0%	48,5%
S17	N	2		11	66	86
	%	1,2%		6,7%	40,0%	52,1%
S18	N	2		13	43	107
	%	1,2%		7,9%	26,1%	64,8%
S19	N	1	3	12	57	92
	%	,6%	1,8%	7,3%	34,5%	55,8%
S20	N	1	1	10	75	78

Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi

S21	%	,6%	,6%	6,1%	45,5%	47,3%
	N	1	4	13	72	75
S22	%	,6%	2,4%	7,9%	43,6%	45,5%
	N	2		18	67	78
S23	%	1,2%		10,9%	40,6%	47,3%
	N	1	2	11	72	79
S24	%	,6%	1,2%	6,7%	43,6%	47,9%
	N	2	1	18	74	70
S25	%	1,2%	,6%	10,9%	44,8%	42,4%
	N		1	8	52	104
S26	%		,6%	4,8%	31,5%	63,0%
	N			11	61	93
S27	%			6,7%	37,0%	56,4%
	N			15	73	77
S28	%			9,1%	44,2%	46,7%
	N	1	1	7	69	87
S29	%	,6%	,6%	4,2%	41,8%	52,7%
	N	1	2	16	68	78
S30	%	,6%	1,2%	9,7%	41,2%	47,3%
	N	1	1	18	58	87
	%	,6%	,6%	10,9%	35,2%	52,7%

H_0 : Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ile önemi arasında anlamlı fark yoktur. (**Red**).
 H_1 : Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ile önemi arasında anlamlı fark vardır. (**Kabul**)

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve öneminin karşılaştırılması

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

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

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

Soru	N	Ort.	Ss.	t	p
Evinizden Aile Hekimliği birimine ulaşım koşulları nasıl?	165	4,10	0,88		
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,36	0,77	-3,36	0,001
Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilgilendirildiniz mi?	165	2,44	1,25	-16,11	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,28	0,90		

Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi

Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?	165	3,87	0,87	-5,31	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,32	0,72		
Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz nasıl?	165	2,38	1,23	-16,92	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,35	0,82		
Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp sevk etmesi nasıl?	165	2,92	1,34	-11,83	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,29	0,74		
Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıldır?	165	2,84	1,25	-12,31	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,25	0,78		
Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıldır?	165	3,65	1,06	-8,99	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,45	0,65		
Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl?	165	3,18	1,08	-13,45	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,44	0,67		
Aile hekiminizin sağlık ve bilgi kayıtlarınızı izlemesi nasıldır?	165	3,64	1,12	-8,06	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,63		
Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?	165	3,68	1,12	-7,48	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,41	0,73		
Aile hekiminizin ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıl?	165	3,35	1,14	-10,00	0,000

Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,39	0,72		
Acil sağlık probleminiz için Aile hekiminizden yardım alabilme durumunuz nasıl?	165	3,24	1,17	-10,99	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,36	0,72		
Aile hekiminizin kronik hastalığı olan kişilerde izleme sıklığı nasıl?	165	3,44	1,17	-9,70	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,44	0,68		
Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum sonrası Loğusa ve bebeğine beraber izlemesi nasıl?	165	3,67	1,11	-9,52	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,52	0,69		
Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu eğitim vermesi nasıl?	165	3,35	1,09	-9,58	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,34	0,74		
Aile hekiminizi belirlemeniz nasıl?	165	3,45	1,18	-8,57	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,35	0,74		
Aile hekimliği uygulaması ile hastane kuyruklarında azalma nasıl?	165	3,15	1,22	-11,92	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,42	0,72		
Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?	165	3,87	1,04	-7,31	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,53	0,75		
Verilen hizmet kalitesi nasıl?	165	3,79	1,02	-7,06	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,43	0,76		
Sürekli aynı hekime gittiğinizden düzenli sağlık kayıt sisteminin kurulması nasıl?	165	3,81	0,97	-6,98	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,68		

Aile hekimliği uygulaması hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi nasıl?	165	2,92	1,23	-12,99	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,31	0,77		
Aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması sağlık hizmetlerine olan etkisi nasıl?	165	3,50	1,16	-7,64	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,33	0,77		
Aile hekiminizin muayenesi önceki muayenelerinize göre kalitesi nasıl?	165	3,76	0,92	-7,36	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,37	0,72		
Hastalandığınızda ilk müracaatınızın Aile hekimine olması nasıl?	165	3,53	1,06	-8,48	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,27	0,77		
Başvurduğunuzda size hizmet veren Aile hekiminin davranışı nasıl?	165	4,23	0,89	-4,40	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,57	0,62		
Başvurduğunuzda size hizmet veren sağlık personelinin davranışı nasıl?	165	4,13	0,93	-4,53	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,50	0,62		
İhtiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden Aile hekiminden alma durumunuz nasıl?	165	3,65	1,05	-8,95	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,38	0,65		
Aile hekiminizden genel olarak aldığınız hizmet nasıl?	165	3,91	0,88	-7,61	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,45	0,67		
Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?	165	3,45	1,10	-9,89	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,33	0,75		

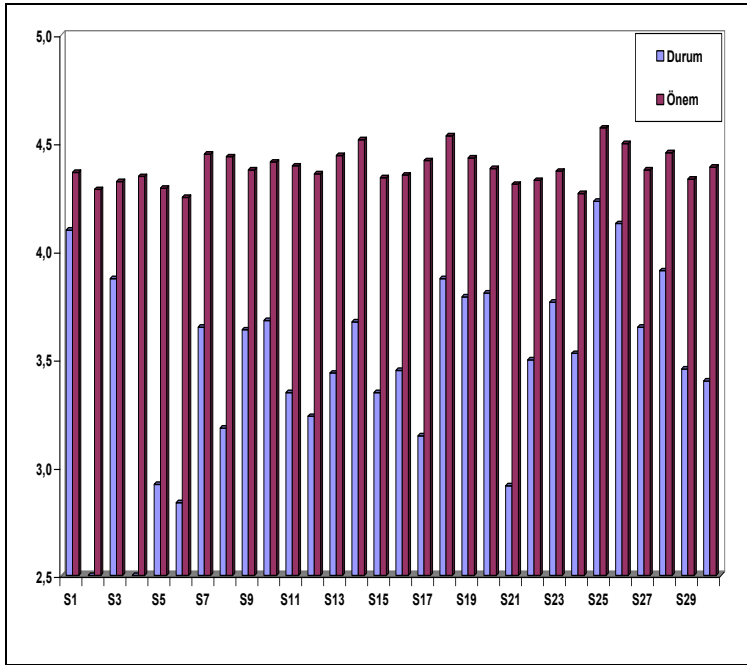
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?	165	3,40	1,13	-10,36	0,000
Bu durum sizin için ne kadar önemli?	165	4,39	0,75		

“Evinizden Aile Hekimliği birimine ulaşım koşulları nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminiz hem sağlık kurumunda hem evinizde sizi muayene edebileceği konusunda bilgilendirildiniz mi?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin muayene saatleri sizin için uygun mu?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Rahatsızlığımızla ilgili olarak uzman gerektiğinde Aile hekiminiz hastaneden randevu alıp sevk etmesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların sevk edildikten sonraki sonuçların aile hekiminize iletilmesi nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin temel laboratuvar hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin verdiği laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği) nasıl? sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$).

“Aile hekiminizin sağlık ve bilgi kayıtlarınızı izlemesi nasıldır?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Tıbbi konuda danışmak istediğinizde Aile hekiminize ulaşabilme durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermesi Ya da verilmesini sağlaması nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Acil sağlık probleminiz için Aile hekiminizden yardım alabilme durumunuz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin kronik hastalığı olan kişilerde izleme sıklığı nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin doğum öncesi, doğum sonrası Loğusa ve bebeğine beraber izlemesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizin sağlığınıza koruyucu eğitim vermesi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminizi belirlemeniz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekimliği uygulaması ile hastane kuyruklarında azalma nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekiminize olan güveniniz nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük

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

olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Sağlık Bakanlığının Aile hekimliği uygulamasının faydası nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$). “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerine etkisi nasıl?” sorusunun durum puanı, önem puanından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p<0,05$).



Şekil 1. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi Ve Öneminin Soru Bazında Karşılaştırılması

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

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

Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Yaşa Göre Dağılımı

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

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

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

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

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

Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Cinsiyete Göre Dağılımı

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

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

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

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

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

Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

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

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

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

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

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

Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirmesi ve Öneminin Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

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

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

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

7. SONUÇ

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

Örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Çıkan sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde; aile hekimliği uygulamasının bireyler açısından oldukça önem taşıdığı, ancak uygulamalarda birtakım eksikliklerin olduğu, bu görüşlerin ise bireylerin demografik özelliklerine göre değişmediğidir.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

- Çalışmanın bulguları dikkate alınarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafınca aile hekimliği uygulamasının bireylerin beklenti düzeyini karşılayacak şekilde uygulamanın aksayan yönlerinin düzeltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

- Gerek ulusal gerekse yerel basın yayın organlarında aile hekimliğini tanıtıcı, halkı bu konuda bilgilendirici yayınlar yapılmalıdır.
- Aile hekimliği konusunda sağlık personelinin eğitim ve bilgilendirmek üzere hizmet içi eğitim seminerleri düzenlenmelidir.
- Araştırmamızın benzerleri diğer aile hekimliği uygulamaları yapılan illerde yapılarak sonuçlar bu araştırma sonuçları ile karşılaştırılabilir. Böylelikle eksik ve aksayan yönlerin sistemden mi yoksa özel sonuçlar olduğu mu belirlenebilir.
- Belirli aralıklarla aile hekimliği uygulamalarından halkın memnuniyet düzeyini belirleyecek anketler düzenlenmeli, anket sonuçları değerlendirilerek aile hekimliği sisteminin halkın beklentilerini karşılayacak şekilde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Aile hekimliği uygulamalarının ile hekimleri tarafından değerlendirilmesine yönelik araştırmalar yapılabilir. Böylelikle uygulama çok yönlü bakış açısı ile değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Aile Hekimliği Nedir, 03.05.2010 <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/nedir.html>
2. Algın, K. Şahin, İ.ve Top, M.(2005).Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma. Sağlık ve Toplum Dergisi, (1), 2.
3. Algın, K. Şahin, İ.ve Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, (3) 7,250–274.
4. Aydın, S. ve diğerleri (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset.
5. Aydoğan, Ü.(2005). Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
6. Çom, S. (2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum. Aile Hekimliği Dergisi, 2 (5-6), 31- 33.
7. Dikici, M. F. Kartal, M. Alptekin, S. Çubukçu, M. Ayanoğlu, A. S.ve Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci , (27), 412- 417.
8. Ersoy, F. (2005).Aile Hekimliği Uygulamaları, Gerçekler ve Öncelikler. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, (9),19.
9. Gökay, K. (2004). Aile Hekimliğinde Genetik Moleküller Tanı Uygulamaları. Gökay Biyotek Ltd. Medikal Yayın Grubu

10. İltar , B., ve Çaylan B. (2006). Neden Aile Hekimliği? Aile Hekimliği Dergisi, (1) 16- 18.
11. Karasar, N. (2009).Bilimsel Araştırma Yöntemi. 20. Basım. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım
12. Kılıç, S.(2006). Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
13. Korukluoğlu, S.(2004).Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na Sunulan Bildiri, Afyon: 23–26 Nisan .
14. Nunnally JC. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill; 1967.
15. Paycı, Ö.S. ve Ünlüoğlu, İ.(2004). Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını
16. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.