

AİLE HEKİMLERİNİN PSİKOSOSYAL SORUNU OLAN BİREY VE AİLELERE YÖNELİK MÜDAHALE YAKLAŞIMLARI (BURSA ÖRNEĞİ)

THE FAMILY PHYSICIANS INTERVENTION ABOUT INDIVIDUALS AND FAMILIES WHO HAVE PSYCHOSOCIAL PROBLEMS (SAMPLE OF BURSA)

Tahir GÜNEŞ¹, Nimet GÜNEŞ²

ÖZET

Araştırmanın amacı, aile hekimlerinin, kendilerine kayıtlı olan birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ilişkin müdahalelerini ortaya koymaktır.

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, Kasım 2015 tarihinde yapılmıştır. Evren, Bursa İli merkez ilçelerdeki aile sağlığı merkezlerinde görev alan aile hekimleridir. Araştırmanın örneklemini ise %7 hata payı ve %95 güven aralığı ile 150 aile hekimi oluşturmuştur. Örneklem için basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada ihtiyaç duyulan veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 17 soruluk anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20.00 paket programında ortalama, frekans, yüzde dağılımları verilerek ve çapraz tablolar kullanılarak analiz edilmiştir.

Seçilen örneklemin yaş ortalaması 45,04 olup, %62'si erkek, %38'i kadın aile hekimidir. Örneklemin %92,7'si hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin soru sormakta, %85,3'ü günde ortalama 41 ve üzeri hasta görmekte, %96'sı hastalarına 1-10 dk. zaman ayırabilmektedir. Çalışma grubunun en sık karşılaştığı psikososyal sorun ise %59,3 ile "yoksulluk" olarak tespit edilmiştir.

Aile hekimlerinin, hastalarına ayırdıkları süre ortalaması arttıkça, hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin soru sorma oranlarının da artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, Aile sağlığı, Psikososyal sorun, Temel koruma

ABSTRACT

The research aims to evaluate psychosocial intervention of family physicians about individuals and families who have psychosocial problems and registered to them.

This descriptive study was conducted in November 2015. Universe is the family physician who works in the family health centers in the central districts of Bursa. The sampling consisted of 150 family physicians with 7% margin of error and the 95% confidence interval. Simple random sampling method was used for the sampling. The data needed for the research were collected through a questionnaire consisting of 17 questions prepared by the researchers. The obtained data were analyzed by giving the mean, frequency, percent distributions in the SPSS 20.00 program and using cross tables.

The mean age of the participants was 45.04 years, and 62% participants were male, 38% were female. 92.7% of the sample asked questions about psychosocial problems to their patients, 85.3% of family physicians examine 41 and more patient per day, and 96% of participants allow 1-10 minutes time for their patients. The most common psychosocial problem encountered by the study group was "poverty" with 59.3%.

It has been found that as the average of time spend on patients by the family physicians increases; the rate of asking patients about their psychosocial problems has increased.

Keywords: Physicians, family, Family health, Psychosocial Deprivation, Primary prevention

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
² Çocuk Gelişimi Uzmanı, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici hizmetler açısından, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.¹ Temel sağlık hizmetlerinde insan merkezli hizmet sunulması amaçlanmalıdır.^{2, 3} Sadece hastalığa değil hastalığa neden olan tüm risklere karşı koymak ve bu yönde stratejiler geliştirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir amaçtır.⁴ Bu kapsamda, ülkemizde 2003 yılından beri sağlıkta dönüşüm politikası yürütülmektedir. Bu politikanın amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulmasıdır.⁵ Toplumla yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması, sağlıkta dönüşüm politikasının üç temel hedefinden birisidir.⁶ Burada amaç, hasta-hekim ilişkisinin daha yakın bir zemine çekilip sağlığın bir bütün olarak korunmasıdır.⁵

Aile hekimliği Amerika'da 20. uzmanlık dalı olarak ortaya çıkmış, 2000'li yıllarda tüm ihtisas programları arasında en büyük sayıya ulaşmış ve günümüzde en fazla hasta bakan uzmanlık dalı haline gelmiştir. Yine İngiltere'de kökenleri 1947 yılına dayanan aile hekimliği uygulamaları oturmuş bir sistemde hizmet vermektedir. İspanya, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde aile hekimlerinin %85'i hastalarının ihtiyaçlarına tatminkar cevap vermektedir. Türkiye'de temelleri 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile atılan aile hekimliği uygulamaları aşama aşama yaygınlaşmıştır. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığı ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır.⁷

Mevcut sağlık sisteminde, birey ve ailelerin tıbbi veya sosyal sorunlarına ilişkin ilk karşılaştıkları uzmanlar birinci basamak sağlık personeli olmaktadır. Bu durum aile hekimliklerine büyük sorumluluk yüklemektedir. Bu bakımdan, yaygın görüş her ne kadar aile hekimlerinin yaygın tıbbi sorunları ele aldığı yönünde olsa da;⁸ sağlık

personelinin birey ve ailelerin karşılaşılabilecekleri tüm sorunlara psikososyal açıdan bakması beklenen bir durumdur.⁹ Bu durum, biyopsikososyal yaklaşıma göre gereklilik arz etmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım, hastalıklara biyolojik yaklaşıma ek olarak psikolojik ve sosyal değişkenlerin de göz önünde bulundurulması müdahale edilmesini gerekli görür.¹⁰ Aile sisteminde ekonomik, sosyal, kültürel, psikolojik, çevresel vb. sebeplerle çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Kısacası ailelerin sorunlarının büyük bir kısmı psikososyal içerikte olmaktadır.¹¹ Bu bakımdan aileyi psikososyal açıdan ele alan yaklaşımlar gündeme gelmektedir. Burada amaç aileyi korumak, güçlendirmek ve aileye destek olmaktır. Aile danışmanlığı, aile tedavisi, aile rehberliği gibi programlar bu amaca ulaşmak içindir.¹²

Hastalarını bütüncül bir yaklaşımla ele alan ve çalıştığı bölgedeki ayırıcı unsurları göz önünde bulunduran aile hekimi, aileyi hem tıbbi açıdan hem de psikososyal açıdan ele alabilir.¹³ Aile hekimleri, özellikle aile ile ilgili sorunlarda erken müdahale ve koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmalıdır. Erken müdahalenin amacı; ailenin yüksek yararı gözetilerek ve aileler sürece dahil ederek aileye destek olmaktır.¹⁴ Bu amaç, özellikle çocuklarla ilgili sorunlardan başlayarak ailelere erken müdahale odaklı psikososyal destek hizmeti vermek için aile hekimlerince de benimsenmelidir.¹⁵ Aile hekimleri, ailelerde mevcut olabilecek psikososyal sorunlara ve sorunlara neden olan faktörlere ilişkin eğitim, danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri gerçekleştirebilir.

Bu araştırmada, yukarıda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetleri ile ailelerin psikososyal açıdan desteklenmesi arasındaki ilişkiyi görebilmek ve aile hekimlerinin ailelerdeki olası psikososyal sorunlara karşı ne tür müdahalelerde bulduklarını incelemek amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma, Kasım 2015 tarihinde yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Bursa İli merkez ilçe sınırları içerisindeki birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev alan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil etme kriteri, gönüllülük esasına dayalı olarak Bursa merkez ilçelerdeki (Osmangazi, Nilüfer, Yıldırım) herhangi bir ASM'de aile hekimliği yapma olarak belirlenmiştir. Evrenin temsiliyeti için, araştırmanın örnekleme, Israel (2013)'in örnekleme büyüklüğü belirleme çalışmasına¹⁶ göre belirlenmiştir. Buna göre; %7 hata payı ve %95 güven aralığı ile merkez ilçelerden çalışmaya gönüllü olarak katılan 150 aile hekimi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem için basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Seçilen örneklem, evrenin (n=505) %29,7'sini temsil etmektedir. Araştırma için Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne dilekçe ile başvuru yapılarak gerekli resmi onay (*Dilekçe barkod numarası: 00017477900*) alınmıştır.

Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 17 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun hazırlanması için öncelikle benzer araştırmalarda kullanılan veri toplama araçları ve literatür taranarak ve ardından

Bursa'da bir ASM'de çalışan aile hekimlerinin görüş ve önerileri alınarak, ön uygulamaları yapılmak suretiyle hazırlanmıştır. Anket formunda, aile hekimlerine; cinsiyet durumu, günde ortalama gördükleri hasta sayısı, hastalarına ayırdıkları ortalama süre, ev ziyaretlerinde bulunma durumları, hastaların psikososyal durumlarına ilişkin soru sorma durumları, uygulamada psikososyal sorunlara neden olacak ne tür sorunlarla karşılaştıkları, psikososyal sorunu olan bireylere yaptıkları müdahaleler ve bu kişileri yönlendirdikleri kurumlar, çalıştıkları ASM'lerdeki zaman, personel ve fiziki şartların yeterliliği, birlikte çalışmak istedikleri sosyal bilimciler, lisan ve lisansüstü eğitimlerinde psikososyal desteğe yönelik aldıkları eğitimler ve aile sağlığı merkezlerinde psikososyal destek verilmesi konusundaki görüşleri sorulmuştur. Anketler, araştırmacılar tarafından bizzat aile hekimlerine dağıtılarak ve gerekli açıklamalar yapılarak uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20.00 paket programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler ortalama, frekans ve yüzde dağılımları şeklinde sunulmuştur. Bazı verilerin analizlerinde ise çapraz tablolardan yararlanılmış ve ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Aile hekimlerine ilişkin bulgulara bakıldığında; aile hekimlerinin %81,3'ünün 6 yıl ve üzeri çalıştığı saptanmıştır. 41 ve üzeri hasta gören aile hekimi oranı %85,3'tür. Aile hekimlerinin %96'sı hastalarına 1-10 dakika arasında zaman ayırmaktadır. Psikososyal sorunları olan hastalarına ilişkin ev ziyaretinde bulunan aile hekimleri oranı %72,7'dir. Sağlığın tüm yönlerini öncelikli gören aile hekimleri %95,3 oranda saptanmıştır. Aile hekimlerinin %92,7'si hastalarına tıbbi sorunları dışında psikososyal sorunları içinde

soru soru sormaktadır. Kendisine sadece psikososyal sorunları için müracaat eden hastası olan aile hekimleri %92 oranında tespit edilmiştir. Çalıştıkları merkezdeki yer, zaman ve personelin yetersiz olduğunu dile getiren aile hekimleri %92,7 olarak tespit edilmiştir. Bulgular aile hekimlerin, psikososyal müdahale etme yöntemi olarak en çok danışmanlık yapmayı (%77,3) ve psikososyal sorunu olan hastasını en çok sağlık kuruluşlarına yönlendirmeyi (%84,7) tercih ettiklerini göstermektedir. Bulgulara göre, aile hekimlerinin ASM'lerde kadrosu

olması halinde en çok bulunmasını istedikleri meslek elemanının “psikolog” (%71,3) olduğu görülmektedir. Aile hekimlerinin psikososyal sorunlara neden olan durumlardan en sık yoksulluk (%59,3) ve aile içi şiddet (%51,3) ile karşılaştıkları tespit edilmiştir. Lisans ve/veya lisansüstü

eğitimlerinde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin eğitim alan aile hekimleri %20,7; aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere yönelik psikososyal destek verilmesini destekleyen aile hekimleri ise %96 oranında saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Çeşitli Değişkenlere Göre Aile Hekimlerinden Elde Edilen Bulgular

Değişkenler (n= 150)	Sayı	%
Aile Hekimlerinin Çalışma Yılı		
1-12 ay	5	3,3
2-3 yıl	11	7,3
4-5 yıl	12	8,0
6 ve üstü yıl	122	81,3
Aile Hekimlerinin Bir Günde Gördükleri Ortalama Hasta Sayısı		
21-30 hasta	10	6,7
31-40 hasta	12	8,0
41 ve üzeri hasta	128	85,3
Aile Hekimlerinin Hastalara Ayırdıkları Ortalama Süre		
1-5 dk	70	46,7
6-10 dk	74	49,3
11-15 dk	6	4,0
Aile Hekimlerinin Sağlıkın Öncelikli Gördükleri Yönü		
Fiziksel	3	2,0
Ruhsal	3	2,0
Sosyal	1	0,7
Hepsi (fiziksel/ruhsal/sosyal)	143	95,3
Aile Hekimlerinin, ASM'lerde Kadrosu Olması Durumunda Tercih Edecekleri Meslek Elemanı*		
Çocuk Gelişimcisi	57	38,0
Psikolog	107	71,3
Sosyal Hizmet Uzmanı	84	56,0
Aile Danışmanı	58	38,7
Aile Hekimlerinin Hastalarında En Sık Karşılaştıkları Psikososyal Sorunlara Neden Olan Durumlar*		
Yoksulluk	89	59,3
İşsizlik	67	44,7
Aile İçi Şiddet	77	51,3
Göç	21	14,0
Çocuk İşçiliği	3	2,0
Parçalanmış Aile	73	48,7
Aile Hekimlerinin Hastalarında Karşılaştıkları Psikososyal Sorunlar*		
Alkol/Madde Bağımlılığı	43	28,7
İhmal ve İstismar	31	20,7
Diğer (Ruhsal Hastalık, Okul Başarısızlığı, Uyku Problemi, Sigara Bağımlılığı, Anksiyete, Umutsuzluk)	13	8,7
Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Hastalara Müdahale Yöntemleri*		
Sadece Tıbbi Hastalığı İle İlgilenme	13	8,7
Ev Ziyaretinde Bulunma	14	9,3
İlgili Kuruma Yönlendirme	90	60,0
Sadece Dinleme	17	11,3
Danışmanlık Yapma	116	77,3
Diğer (Öneride bulunma, ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirme)	5	3,3

Tablo 1. Devamı

Değişkenler (n= 150)	Sayı	%
Sağlık Kuruluşları	127	84,7
Kolluk Birimleri	51	34,0
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü (ASPİM)	52	34,7
İş-Kur	21	14,0
Kaymakamlık	53	35,3
Yerel Yönetim (Belediye)	28	18,7
Sivil Toplum Kuruluşu (STK)	12	8,0
Diğer (Tanıdık İşyeri, Gençlik Merkezi, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi)	4	2,7
Ev Ziyareti Gerçekleştiren Aile Hekimleri	109	72,7
Hastaların Psikososyal Sorunlarına İlişkin Soru Soran Aile Hekimleri	139	92,7
Kendisine Sadece Psikososyal Sorunlar İçin Başvuru Yapılan Aile Hekimleri	138	92,0
ASM'lerdeki Uygulamaları Yeterli Gören Aile Hekimleri	11	7,3
Psikososyal Destek Eğitimi Alan Aile Hekimleri	31	20,7
ASM'de Psikososyal Desteği Gerekli Gören Aile Hekimleri	144	96,0

* Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=150 olarak değerlendirilmiştir.

Psikososyal sorunu olan hastalarını sağlık kuruluşlarına yönlendiren aile hekimlerinin (n= 127) %82,7'si; kolluk birimlerine yönlendiren aile hekimlerinin (n= 51) %84,3'ü; Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne yönlendiren aile hekimlerinin (n= 52) %73,1'i psikososyal yardım etme sürecine ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır.

Aile hekimlerinin psikososyal yardım etme sürecine ilişkin eğitim alma durumları ile hastalarını sağlık kuruluşlarına, İş-kura ve yerel yönetimlere yönlendirme durumları

arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan müdahale yöntemi ile psikososyal yardım sürecine ilişkin eğitim alma arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p<0,05$). Fakat aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan hastalarına yönelik yaptıkları müdahale yöntemlerinin tümünde, psikososyal yardım etme sürecine ilişkin herhangi bir eğitim almayan aile hekimleri oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Aile Hekimlerinin Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerinde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişki

Yönlendirilen Kurum	Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Eğitim Alma Durumu				P
	Alan (n= 31)		Almayan (n= 119)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık Kuruluşları	22	17,3	105	82,7	0,025
Kolluk Birimleri	8	15,7	43	84,3	0,385
ASPİM	14	26,9	38	73,1	0,243
İş-kur	8	38,1	13	61,9	0,044
Kaymakamlık	13	24,5	40	75,5	0,514
Yerel Yönetim	11	39,3	17	60,7	0,017
STK	4	33,3	8	66,7	0,271
Yapılan Müdahale Yöntemi					
Sadece tıbbi hastalığı ile ilgilenme	2	15,4	11	84,6	1,000
Ev ziyaretinde bulunma	3	21,4	11	78,6	1,000
Sorun ile ilgili kuruma yönlendirme	20	22,2	70	77,8	0,711
Sadece dinleme	5	29,4	12	70,6	0,348
Danışmanlık yapma	24	20,7	92	79,3	1,000

Aile hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezindeki olanakların (yer, zaman, personel vb.) yeterlilik durumunu

değerlendirmeleri ile günde gördükleri ortalama hasta sayısı arasında anlamlı bir farklılık var iken ($p<0,05$); hasta başına

ayırdıkları süre ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Aile hekimlerinin günde ortalama gördükleri hasta sayısı ve hastalarına ayırdıkları süre

ortalaması arttıkça çalıştıkları aile sağlığı merkezindeki uygulamaları yetersiz görme oranlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Aile Hekimlerinin Merkezlerindeki Uygulamaları (Yer, Zaman, Personel vb) Yeterli Görüp Görmeme Durumları İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişki

Günde Görülen Ortalama Hasta Sayısı	Olanakların Yeterlilik Durumu				P
	Yeterli (n= 11)		Yetersiz (n= 139)		
	Sayı	%	Sayı	%	
21-30 hasta	3	30,0	7	70,0	0,027
31-40 hasta	0	0,0	12	100,0	
41 ve üzeri	8	6,2	120	93,8	
Hasta Başına Ayrılan Süre Ortalaması					
1-5 dk.	7	10,0	63	90,0	0,447
6-10 dk.	4	5,4	70	94,6	
11-15 dk.	0	0,0	6	100,0	

Aile hekimlerinin kendilerine başvuran hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin soru sorma durumları ile hastalarına ayırdıkları süre arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Aile

hekimlerinin hastalarına ayırdıkları süre ortalaması arttıkça hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin soru sorma oranlarının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Aile Hekimlerinin Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Soru Sorma Durumu İle Hasta Başına Ayrılan Süre Arasındaki İlişki

Hasta Başına Ayrılan Süre	Hastaların Psikososyal Sorunlarına İlişkin Soru Sorma Durumu				P
	Soran (n= 139)		Sormayan (n= 11)		
	Sayı	%	Sayı	%	
1-5 dk	61	87,1	9	12,9	0,051
6-10 dk	72	97,3	2	2,7	
11-15 dk	6	100,0	0	0,0	

Kut ve Salgür (2015), sağlık değişkenlerinin sosyal, psikolojik ve ekonomik belirteçlerle olan ilişkisinin dikkate alınması gerektiği fakat bu konunun akademik çalışmalar arasında henüz istenilen bir seviyede olmadığını vurgulamışlardır. Yapılan çalışmalara bakıldığında, çeşitli hastalıklarla psikososyal faktörlerin birbirleri ile olan ilişkileri üzerine ve sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır.^{17, 18} Örneğin, Diyarbakır'da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 794 çocukla yapılan bir çalışma neticesinde; Diyarbakır'da sosyoekonomik sorunların çocuklar arasında çeşitli hastalıklara yol açtığı tespit edilmiştir.¹⁹ Yine, çocuk ihmal ve istismarı,²⁰

sigara bağımlılığı,²¹ yaygın anksiyete bozuklukları²² gibi spesifik psikososyal sorunlar üzerinde aile hekimliği ve birinci basamak yaklaşımı ile durulduğu görülmüştür. Bunun yanında, özellikle son dönemlerde aile hekimlerine müracaat eden bireylerin memnuniyet düzeylerini belirlemeye odaklanan çalışmalar göze çarpmakta ve bu araştırmalardan memnuniyeti etkileyen en önemli unsurun "hekim-hasta arasındaki sağlıklı iletişim ve hastalara yeterince zaman ayrılması" olarak saptandığı görülmektedir.^{23, 24} Tüm bu çalışmaların yanında aile hekimlerine müracaat eden birey ve ailelerin doğrudan psikososyal sorunlarını ve bunlara neden olan faktörleri belirleyen veya bu tür olgulara ne

tür müdahaleler yapıldığını belirten bütüncül çalışmaların yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan araştırmamızda, katılımcıların çalışma yılları değerlendirildiğinde 6 yıl ve üzeri çalışanların %81,3 oranında olduğu saptanmıştır. İngiltere, Avustralya ve Danimarka gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır.²⁵ Aile hekiminin bölgesinde uzun yıllar çalışması hastaları tanıma ve yakından takip etme fırsatı sağlayabilir. Yürütülen araştırmalarda, hasta-hekim ilişkisinin yakın olması durumunda, hastaların psikososyal sorunlarını hekimlere daha fazla açtıkları görülmüştür.²⁶

Yapılan araştırmamızda, günde ortalama 41 ve üzeri hasta gören aile hekimi oranı %85,3 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde Ak ve Tekgöz'ün (2013) 41 aile hekimi üzerinde yürüttüğü araştırmada da günlük 46-69 aralığında hasta bakılma oranı %46,3 olarak tespit edilmiş ve hekimlerin %70,3'ü aile hekimliği uygulaması ile iş yüklerinin arttığını ifade etmişlerdir.²⁷ Hekimlerin görmeleri gereken günlük hasta sayısının 20-25 arasında olabileceği önerilmektedir.²⁸ İngiltere'de bir aile hekimine düşen nüfus 3000, Hollanda'da 2350, Norveç'te 1500-2500'dir. Ülkemizde ise bu rakam 3500-4000 arasındadır.²⁹ Bu bulgular araştırmamızdan elde edilen bulguları desteklemekte ve ülkemizde aile hekimlerinin günlük hasta görme oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlıklı bir psikososyal müdahale yapabilmek için daha az sayıda hastaya bakılarak, psikososyal sorunu olan hastalara daha fazla zaman ayrılabilceği düşünülmektedir.

Hasta memnuniyeti ve muayene süresi arasında ilişkileri gösteren araştırmalar mevcuttur. Camacho ve ark. (2006) tarafından yürütülen araştırmada, muayene süresi azaldıkça hasta memnuniyetinin düştüğü görülmüştür.³⁰ Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin %96'sı, hastalarına 1-10 dakika zaman ayırdıklarını ifade etmişlerdir. Karadağ'ın 2007'de yaptığı bir çalışmada,

hastaların çoğuna muayene için 10-14 dakika ayrıldığı görülmüştür.³¹ Psikososyal müdahaleye yönelik kısa süreli danışmanlık, bilgilendirme ve yönlendirme için kısa bir görüşme süresi yeterli olsa da daha karmaşık sorunlar için hastalara daha fazla süre ayrılması gerektiği düşünülmektedir.

Yapılan araştırmamızda aile hekimlerinin hastalarına psikososyal anlamda soru sorma oranı %92,7 olarak saptanmıştır. İletişim engelleri hastaların beklenti ve memnuniyetini düşürebilmektedir.³² Ak ve Tekgöz (2013) tarafından yapılan bir araştırmada, hekimlerin %87,8'inin sağlık ocağına kıyasla aile hekimliği uygulamasında hastaları ile iletişimlerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir.²⁷ Hastalarına karşı olumlu pozitif tutum gösteren, daha fazla duygu ifadesi kullanan ve daha az kapalı uçlu soru soran hekimlerin hastalarının psikososyal sorunların tedavisine aktif olarak katıldıkları görülmüştür.²⁶ Aile hekimlerince ön değerlendirme yapılarak birçok psikososyal sorunun erkenden tanınması sağlanabilir. 308 yetişkin hasta ve 69 aile hekiminin örneklemini oluşturduğu bir araştırmada, hekimler tarafından hastaların psikososyal sorunlarına ilişkin ön soruşturma yapılarak, hastaların %33 oranında psikososyal sorunlarının olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin psikososyal sorunlara ilişkin soru sormamaları durumunda ise bu oran %17 olarak saptanmıştır. Ön soruşturma yapılarak psikososyal sorunu olduğu tespit edilen hastaların 3'te 2'si ise psikososyal sorunlarını hekimler ile paylaşmışlardır.³³ Hekimlerin hastalarının psikososyal durumlarına ilişkin sorular sormalarının, bütüncül müdahaleyi kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Araştırmamızda da aile hekimleri yüksek bir oranda (%92,7) hastalarına psikososyal içerikli sorular sorduklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan araştırmamızda, aile hekimlerine, hastalarının %59,3 oranında en çok yoksulluk sorunu ile başvurdukları tespit edilmiştir. Dikici ve arkadaşları (1998) tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, 794 çocukla yapılan bir çalışmada sosyoekonomik sorunların

çocuklar arasında çeşitli hastalıklara yol açtığı tespit edilmiştir.¹⁹ Kanada’da birinci basamakta çalışan hekimlerin sosyo-ekonomik faktörleri belirleyebilmelerini sağlayacak bir anket formunun geliştirilmesi için 156 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %35’i yoksulluk sınırı altında kalmıştır.³⁴ Yapılan bazı çalışmalarda, hastaların çoğunun ekonomik gelirinin düşük olduğu gösterilmiştir.^{35, 36} Yoksulluğun rutin olarak aile hekimleri tarafından taranması ve bu risk faktörüne müdahale edilmesi gerektiğini belirten Buchman (2012), yoksulluğun her yerde olabileceğini ve bunun açık bir şekilde görünemeyeceğini vurgulamaktadır. Bu yüzden yoksulluk riskini belirlemeye yardımcı olması amacıyla bir araç geliştirilmesi ve aile hekimleri tarafından bu aracın kullanımının teşvik edilmesi gerektiği önerilmektedir. Bu taramalar sayesinde, hastaların yaşamlarının önemli derecede iyileşebileceği ve hatta ölümleri bile önleyebileceği vurgulanmaktadır.³⁷

Çalışmamızda, psikososyal sorunlara neden olan ve aile hekimlerinin en sık karşılaştıkları (%51,3) diğer bir konu ise aile içi şiddettir. Yapılan bir çalışmada, 52 hasta ile yapılan görüşmede hastaların %48,1’i aile hekimlerine şiddetle ilgili beyanlarda bulunmuşlardır.³⁸ İncecik ve arkadaşları (2009), bu sorunun tanısında önemli yer tutan “rutin sorgulama” için aile hekimlerinin önemli rol oynadıklarını ifade etmişlerdir.³⁹ Şiddet, aile hekimlerince her yıl rutin olarak değerlendirilmeli ve herhangi bir hastalık varlığında muayene olmaya gelen hastaların

bile şiddete uğrayıp uğramadıkları değerlendirilmelidir. Bunu yaparken şiddet ile ilgili olarak özel sorular sorulmalıdır.⁴⁰

Yapılan çalışmamızda, madde bağımlılığı aile hekimlerince en sık (%28,7) karşılaşılan psikososyal sorunların başında gelmektedir. Doğum öncesi psikososyal risklerin aile hekimleri tarafından nasıl önlenebileceği ve hangi sorularla bu sorunların tespit edilebileceği ile ilgili bir çalışmada; hekimlerin %80’inden fazlası annelerin ve babaların alkol ve madde kullanımının çok önemli bir sorun olduğunu vurguladıkları görülmüştür.⁴¹

Çalışmamızda aile hekimlerinin ihmal ve istismar sorunu ile karşılaşma oranları %20,7 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu benzer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Canbaz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin (n= 70) %14,3’ü son bir yıl içinde ihmal ve istismar ile karşılaştıklarını ifade etmiştir.⁴² Demir (2012) tarafından Edirne ilinde aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise çalışma grubunun (n= 95) %21’i son bir yıl içinde ihmal ve istismar vakası ile karşılaştığını ifade etmiştir.⁴³

Yapılan çalışmamızda aile hekimlerinin, psikososyal sorunları olan hastalara ilişkin müdahale yöntemleri arasında en çok danışmanlık yaptıkları (%77,3) tespit edilmiştir. Aile hekiminin sağlıkla ilgili konularda danışmanlık yapması etkin bir müdahale yöntemidir.⁴⁴

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, Bursa örneğinde, aile hekimlerinin sağlığı bir bütün halinde düşünerek hastalarını biyopsikososyal yönden değerlendirdikleri ve aile sağlığı merkezlerinde psikososyal destek verilmesini gerekli gördükleri fakat hastalarına ayırdıkları süre ortalaması ile hasta yoğunluklarının bu desteği sınırlı hale

getirdiği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda, çalışmadaki gözlemlerimiz çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Aile hekimlerine yönelik psikososyal yardım etme eğitimi düzenlenmesi, aile hekimlerinin sorumlu oldukları nüfusun azaltılması, ASM’lerde birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale konusunda aile

hekimlerini destekleyecek meslek elemanlarının (psikolog, sosyal çalışmacı,

çocuk gelişimcisi vb.) görevlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kizek, Ö. Türkhan, A. Pala, K. (2010). "Performansa dayalı ek ödeme sisteminin Bursa ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi". TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(6): 613-622.
2. Sülkü, S.N. (2011). Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
3. World Health Organization (WHO). The world health report (Primary health care). Erişim: 14 Eylül 2015, http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf
4. Candansayar, S. Sağduyu, A. Ögel, K. Coşkun, B. (1997). Birinci basamakta ruh sağlığı ve bozuklukları tanı ve tedavi ve rehabilitasyon. Ankara: Bizim Büro Basımevi.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011). Erişim: 12 Eylül 2015, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>
6. Akman, M. (2014). "Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2): 70-78.
7. Başer, D.A. Özkara, A. (2015). "Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak". Ankara Med J, 15(1): 26-31.
8. Mainous, A.G. David, A.K. (1992). "Clinical competence of family physicians: the patient perspective". Arch. Fam. Med., 1: 8-65.
9. Ülker, P. Gözün Kahraman, Ö. Ceylan, P. (2015). "Sağlık personelinin erken müdahale konusunda annelerle yaptıkları çalışmalara ilişkin değerlendirmeleri". Kongre Düzenleme Kurulu (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi Erken Müdahale Bildiriler Kitabı (s. 48-62), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
10. Oral, M. Tuncay, T. (2012). "Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları". Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 23(2): 93-114.
11. Göç, M. (2006). Ailelerin psikososyal sorunları ve aile danışmanlığı merkezlerinden yararlanma eğilimleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara.
12. Özkan, Y. Kılıç, E. (2013). "Aile'nin psikososyal destek ihtiyacını karşılamada yeni bir model önerisi: aile sağlığı merkezlerinde aile psikososyal destek birimi". Sosyal Politika Çalışmaları, 7(30): 25-44.
13. Aile Hekimliği Tanımı. Erişim: 29 Ekim 2015, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html>
14. Bayhan, P. Taştekin, E. (2015). Avrupa'da erken müdahale örnekleri. Kongre düzenleme kurulu (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi Erken Müdahale Bildiriler Kitabı (s. 20-29), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
15. Temiz, N. Akman, B. (2015). Erken çocukluk döneminde erken müdahale konusunda bilim insanlarının bilgi, tanımlama ve rolleri ile ilgili değerlendirmeleri. Kongre Düzenleme Kurulu (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi Erken Müdahale Bildiriler Kitabı (s. 30-47), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
16. Israel, G.D. Determining Sample Size. Erişim: 19 Ocak 2016, <https://edis.ifas.ufl.edu/pdf/files/PD/PD00600.pdf>
17. Kut, A. Salgür, F. (2015). "Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 19(1): 4-13.
18. Peker-Salt, D. (2008). "Bedensel belirtilerin klinik değerlendirmesinde önemli bir ayrımı: psikobiyojik ve psikososyal faktörler". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 12(1): 31-38.
19. Dikici, B. Kara, İ.H. Boşnak, M. Kiraz, M. Karagün, O. Haspolat, K. (1998). "Diyarbakır ilinde 0-15 yaş çocuklarda yapılan sağlık taramasının sonuçlarının değerlendirilmesi". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2(4): 166-168.
20. Yazar, F., Yarış, F. (2011). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(4), 178-183.
21. Üçer, H. Ketten, H. Ersoy, Ö. Çelik, M. Sucaklı, M.H. Kahraman, H. (2014). "Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2): 58-62.
22. Kartal, M. Özçakar, N. (2009). "Yaygın anksiyete bozukluğu: birinci basamakta görülme sıklığı ve tanı güçlükleri". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13(4): 206-209.
23. Öztürk, A. Gün, İ. Mazıcıoğlu, M.M. (2002). "Kayseri'de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 6(3): 114-120.
24. Edirne, T. Kuşaslan, D. Atmaca, B. (2009). "Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: ankete dayalı kesitsel çalışma". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13(3): 137-147.
25. Ünlüoğlu, İ. Özcan Paycı, S. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliği. Erişim: 21 Kasım 2015, <http://www.adiyamanhsm.gov.tr/Images/ckfile/files/AH%20C4%B0%C3%87%C4%B0N%20KURS%20NOTLARI.pdf>
26. Robinson, J.W. Roter, D.L. (1999). "Psychosocial problem disclosure by primary care patients". Social Science & Medicine, 48: 1353-1362.
27. Ak, M. Tekgöz, İ. (2013). "Aile hekimliği uygulaması ve aile hekimlerinin görüşleri: saha merkezli bir çalışma". Smyrna Tıp Dergisi, 2: 27-32.
28. Murray, M. Davies, M. Boushon, B. How many patients can one doctor manage? Erişim: 10 Ekim 2016, <http://www.aafp.org/fpm/2007/0400/p44.html>
29. Bayındır, Ü. Durak, H.İ. Mevcut durum ve 2013 yılı vizyonu. Erişim: 12 Aralık 2015, <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tpsalk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf>
30. Comacho, F. Anderson, R. Safrit, A. Jones, A.S. Hoffmann, P. (2006). "The relationship between patients's perceived waiting time and office-based practice satisfaction". NC Med Journal, 67(6): 409-413.
31. Karadağ, Z. (2007). Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara.
32. Baker, L.M. Connor, J.J. (1994). "Physician-patient communication from the perspective of library and information science". Bull Med Libr Assoc, 82(1): 36-42.
33. Levinson, W. Roter, D. (1995). "Physician's psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills". J Gen Intern Med, 10: 375-379.
34. Brcic, V. Eberdt, C. Kaczorowski, J. (2011). "Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: a pilot study". International Journal of Family Medicine, 1-7.
35. Ayrancı, Ü. Yenilmez, Ç. (2002). "Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi". Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2): 115-124.
36. Erdem, B. (1996). Aile hekimliği. Ankara: İletişim Yayınları.
37. Bunchman, S. (2014). "Screening for poverty in family practice". Canadian Family Physician, 58: 709-710.
38. Wenzel, J.D. Monson, C.L. Johnson, S.M. (2004). "Domestic violence: prevalence and detection in a family medicine residency clinic". JAOA, 104(6): 233-239.

39. İncecik, Y. Kurdak, H. Özcan, S. Akpınar, E. Saatçı, E. Bozdemir, N. (2009). "Eş şiddeti ve aile hekimliği". Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), 3(1): 1-8.
40. McClure, B.M. (1996). "Domestic violence: the role of the health care professional". Spring, 2(1): 63-75.
41. Carroll, J.C. Reid, A.J. Biringier, A. Wilson, L.M. Midmer, D.K. (1994). "Psychosocial risk factors during pregnancy". Canadian Family Physician, 40:1280-1289.
42. Canbaz, S. Turla, A. Aker, S. Pekşen, Y. (2005). "samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları". Sted, 14(11): 241-246.
43. Demir, H. (2012). Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta uzmanlık tezi, Edirne.
44. Dikici, M.F. (2007). "Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi". Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27(3): 412-418.