

## Sivas İlinde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi

### Evaluation of Family Medicine Model in Sivas Province

Mehmet Emin Özdemir<sup>1</sup>, Ferit Koçoğlu<sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Çalışmamızın kesitsel nitelikte olup, Sivas'ta 2008 yılından beri uygulanan Aile modelinden halkın ne ölçüde yararlandığı ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Sivas'ta 2008 yılından beri uygulanan Aile Hekimliği modelinden halkın ne ölçüde yararlandığının ve bunu etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlandı.

**Araçlar ve Yöntem:** Kesitsel nitelikte olan çalışmada, halkın aile hekimliği tercihlerini etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlayan 15 sorudan oluşan, yazarlar tarafından hazırlanan anket, toplam 430 haneye yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

**Bulgular:** İl merkezi, Yıldızeli İlçesi ve 4 köyde 430 hanede uygulanan anket verilerine göre halkın hastalanınca, kronik hastalık kontrolü, gebelik kontrolü için büyük ölçüde 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmüştür. Sosyal güvence olup olmaması, eğitim, cinsiyet, yerleşim yeri gibi özelliklerin aile hekimine başvurma oranını etkilemediği görülmüştür. Aile planlaması hizmetlerinden yararlanmada en çok aile hekimlerinin tercih edildiği görülmüştür (%90).

**Sonuç:** Aile hekimliği sisteminin istenilen ölçüde etkili olmadığını, bazı alanlarda istenilen başarılar yakalansa bile hala eksikliklerinin olduğunu, esas uygulanmak istenilen sistemin uygulanmadığını ve halkı memnun edecek bir sisteme adapte edildiği görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, izlem, sağlık istatistikleri, toplum sağlığı merkezi.

#### ABSTRACT

**Purpose:** The cross-sectional study of our study was conducted to determine the extent to which the public benefited from the Family Medicine model in Sivas since 2008 and the factors affecting it. The aim of this study was to investigate the effects of the family medicine model on the health care system in Sivas since 2008 and the factors affecting it.

**Materials and Methods:** In cross-sectional study, the questionnaire which consisted of 15 questions aiming to determine the factors affecting the family physician preferences, was applied to a total of 430 households by face-to-face interview method.

**Results:** According to the survey data of 430 households in the city center, Yıldızeli District and 4 villages, it was observed that the public preferred the 2nd and 3rd step health institutions for both the control of the disease and the control of pregnancy. It has been observed that features such as social security, education, gender, place of residence do not affect the rate of applying to the family physician. It was observed that the most preferred family physicians were preferred in the use of family planning services (90%).

**Conclusion:** It is observed that the family medicine system is not effective in any extent, even if the desired successes are achieved in some areas, there are still deficiencies, the system which is intended to be applied is not implemented and it is adapted to a system that will satisfy the public.

**Key Words:** Community health center, family medicine, follow-up, health statistics.

Gönderilme tarihi: 29.1.2019; Kabul edilme tarihi: 09.7.2019

<sup>1</sup> Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Hunat Mah. Nuh Naci Yazgan Caddesi No:2 38030 Melikgazi, Kayseri, Türkiye.

<sup>2</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 58140 Sivas, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Uzm.Dr. Mehmet Emin Özdemir, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Hunat Mah. Nuh Naci Yazgan Caddesi No:2 38030 Melikgazi, Kayseri, Türkiye, E-posta: drmehmetemin@yahoo.com

## GİRİŞ

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sürecinde neoliberal sağlık politikalarına koşut olarak, Sağlık Bakanlığı görev tanımını şu şekilde açıklamaya başlamıştır: “Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması için, hizmet sunumundan ziyade sağlık politikalarını oluşturacak, kapasite oluşturma açısından sektöre yol gösterecek ve denetleyecek bir bakanlık teşkilat yapısı tanımlama çalışmaları yürütülmüştür”. Böylece Sağlık Bakanlığı, görevlerin asıl yüklenicisi olmaktan çıkmaya ve sadece denetleyici rolüne soyunmaya başlamıştır.<sup>1-3</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçirilmesi sırasında, birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile hekimliği sistemine geçişin sağlanabilmesi amacıyla 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2004 yılında, genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında ve hekim işgücü piyasasını düzenlemek üzere 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2010 yılında çıkarılmış bulunmaktadır.<sup>4-6</sup> SDP açısından asıl belirleyici düzenlemelerden birisi olan kamu hastanelerinin elden çıkarılmasına ilişkin Kamu Hastaneleri Birliği uygulaması ise Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı KHK(Kanun Hükmünde Kararname) içinde yer almıştır.<sup>7</sup> Bu son kanun ve yönetmeliklerle artık Sağlık Bakanlığının sadece düzenleyici ve denetleyici bir rol oynaması öngörülmektedir. Reform sürecinde neoliberal sağlık politikalarına koşut olarak, bakanlık tarafından daha önceki yıllarda kullanılan toplumsal dil yerini ticari bir dile bırakmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri (TSM) aracılığıyla sürdürülürken, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinde kamu hastaneleri birlikleri, özel hastaneler ve üniversiteler rol oynayacaktır.

En önemli değişiklikler, aile hekimliği modeliyle, eskiden hepsi sağlık ocakları tarafından yürütülen bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri arasında bölüştürülmesi, il merkezlerindeki devlet hastanelerinin kamu hastaneleri birliği adı altında yarı bağımsız bir şekilde yeniden örgütlenmesi ve özel sektörün hizmet sunumunda eskiye

nazaran son derece fazla oranda rol oynamaya başlamasıdır.<sup>8-13</sup>

Ülkenin en yaygın sağlık kuruluşları olan sağlık ocaklarının lağvedilmesiyle, bu kuruluşlarca yürütülen hizmetler yeniden düzenlenmiştir. İllerde birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütebilmek için aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan ekipler gebe takibi, aşılamalar, ev ziyaretleri, bütün özellikli demografik grupların takipleri, poliklinik hizmetleri, kontrasepsiyon hizmetleri gibi sağlık ocaklarında çok daha geniş bir ekiple yapılan hizmetleri yaparken, toplum sağlığı merkezleri ise idari işler, denetim işleri, adli tabiplik işleri, aile sağlığı merkezlerine gerekli desteği vermek, okul aşılamaları gibi işlerden sorumlu olacaktırlar.<sup>8-13</sup>

Sivas İlinde 2008 yılında aile hekimliği sistemine geçildikten sonra ise sağlık ocakları ve sağlık evleri kapatılmıştır. Yerlerine merkezde 26 adet aile sağlığı merkezi ve ilçelerde 16 adet aile sağlığı merkezi kurulmuştur. 1 tane merkezde olmak üzere 17 adet toplum sağlığı merkezi kurulmuştur.

Oluşturulan anketi il merkezi ve Yıldızeli ilçe merkeziyle, merkeze ve Yıldızeli ilçesine bağlı bazı köylerde örnekleme çıkan hanelerde uygulayarak, sağlık ocaklarının yerine getirilen aile hekimliği sisteminin 2012 yılındaki durumunu değerlendirilmek amaçlandı.<sup>14</sup>

## ARAÇLAR VE YÖNTEM

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 2014-03/03 karar nolu izniyle yapılmıştır.

Kesitsel nitelikte olan çalışmamızda, halkın aile hekimliği tercihlerini etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlayan 15 sorudan oluşan, yazarlar tarafından hazırlanan anket toplam 430 haneye yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağlık istatistikleri yılına göre<sup>15</sup> tüm Türkiye’de bir yılda aile hekimine başvuru oranı %40’tır. Buradan yola çıkarak %95 güven aralığında Evren Oranını Tahmin Etmek İçin Örnek Büyüklüğü Tablosundan d (Tahmini sapma) 0,1 alınarak P (incelenecek olayın görüş sıklığı) 0,40 alınarak 384 sayısına ulaşılmıştır.<sup>16</sup> Anketi doldurma süresi ve uygulama süreleri göz önüne alınarak

gidilen yerlerde uygulanabilecek maksimum anket adetlerine göre belirlenen sayılar ile Şeyh Şamil Mahallesi'nden (şehir merkezine orta uzaklık) 100 hane, Çarşıbaşı Mahallesi'nden (Şehir merkezine yakın) 100 hane, Karşıyaka Mahallesi'nden (Şehir merkezine uzak) 100 hane seçilmiştir. Köylerde ise Banaz Köyü'nden (İlçeye yakın) 20 hane, Altınoluk Köyü'nden (İlçeye uzak) 20 hane, Hıdırmalı Köyü'nden (il merkezine yakın) 20 hane, Gaziköy Köyü'nden (il merkezine uzak) 20 hane , Yıldızeli İlçesi'nden(merkez) 50 hane olmak üzere toplamda 430 hane örnekleme alınmıştır. Köylerde orta uzaklıkta yerleşim seçilmemiştir. Yakınlık, uzaklık; mahalleler seçilirken otobüsle ulaşımın süresine göre yakın, orta ve uzak olarak belirlenmiştir. Köyler il ve ilçe merkezine yakınlığa göre araçla ulaşım süreleri göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Ulaşmak istenilen sayı güvenli kabul edilen sayıdan (384) fazla olduğu için 430 anket uygulanmasına karar verilmiştir. Anket uygulanan haneler sistematik örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Haneler şehir merkezindeki mahallelerde aile sağlığı merkezlerine yakınlık durumlarına göre, aile sağlığı merkezlerine en yakın hanelerden 30, orta uzaklıktaki hanelerden 40, en uzak hanelerden 30 haneye uygulanmıştır. İlçe merkezinde ise aile sağlığı merkezine en yakın 15, orta yakınlıkta 20, en uzak 15 haneye uygulanmıştır. Köylerde ise mevcut aile sağlığı merkezi olmadığı için bu yöntem uygulanmamıştır. Mesafeleri belirlenmiş sokaklarda haneler 1. hane seçilip 3'er hane atlanarak, şehir merkezi ve ilçe merkezinde ise aynı apartmandan sadece tek hane seçilerek uygulanmıştır <sup>17</sup>. Apartmanlarda seçilen haneler daha çok ankete katılmayı kabul eden hanelerden seçilmiştir. Anket formlarında hane halkının sosyo-demografik özellikleri, evde yaşlı, hasta, çocuk, gebe olup olmadığı, aile hekimliği tarafından yapılması gereken izlemlerin yapılıp yapılmadığı, hastalıklarında hane halkı bireylerinin hangi sağlık kuruluşlarına gitmeyi tercih ettikleri sorgulanmıştır.

Uygulanan anketlerden sonra veriler SPSS 14.0 yazılım programına girilmiş, analizler bu program ile yapılmıştır. Çözümlemede tanımlayıcı testler için sayı ve yüzde, oranların karşılaştırmalarında ki kare testi, yoksa Fisher's Kesin testi ve Monte Carlo testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Aile hekimliğinin toplum tarafından ne ölçüde tercih edildiği hakkında fikir edinmek için araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket Sivas şehir merkezi, Yıldızeli ilçe merkezi ve köylerden seçilen 430 haneye uygulanmıştır. Anket uygulanan yerleşim yerleri ve ailelerdeki kişi sayıları ilgili tabloda görülmektedir. Ortalama hane büyüklüğü  $5,23 \pm 1,54$ 'tür (Tablo 1). Anket uygulanan hanelerde 2007 kişiden 321'i (%16) son 1 ay içinde hastalandığını belirtmiştir. Bunların %16,5'i aile hekimine, %73,5'u çeşitli hastanelere başvurmuştur. 20 Kişi (%6,2) ise hiç doktora başvurmamıştır. Anket uygulanan hanelerde 167 kişinin (%8,3) bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların %9'u kontrol için aile hekimini tercih ederken, %65,3'ü çeşitli hastanelere gitmiştir. Kronik hastalığı olanların %25,7'si ise kontrole gitmemiştir. Anket uygulanan hanelerin 40 tanesi (%9,3) aile hekimi veya yardımcısı tarafından ziyaret edilmiştir. Bu ziyaretlerin 15'i (%37,5) izlem için, 1'i (%2,5) aşı için 24'ü (%60) diğer kontroller için yapılmıştır. Anket uygulanan 430 hanede 15-49 yaş grubu 590 kadın bulunmaktaydı. Bu kadınların %20'sinin izlendiği belirlenmiştir. Bunların da %86'sı aile hekimine kendisi gitmek suretiyle izlenmiştir. Anket uygulanan hanelerde 0-4 yaş grubu 102 çocuk bulunmaktaydı. Bu çocukların hepsinin en az 1 kez izlendiği görülmüştür. Anket uygulanan hanelerde 27 gebe tespit edilmiştir. Bunların %29,6'sı kontrol için aile hekimine gittiğini belirtmiştir. Diğerleri(%70,4) kontrol için hastanelere gittiklerini belirtmişlerdir (Tablo 2). Hastalanınca ilk başvuru yer açısından mahalle ilçe ve köyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Köylerde oturan kronik hastalar, doktor köye geldiği zaman kontrol olabildikleri için aile hekimlerini daha çok tercih etmişlerdir ( $p < 0,05$ ) (Tablo3).

**Tablo 1.** Anket uygulanan mahalle, ilçe ve köylerdeki kişi sayıları.

İkamet edilen mahalle	Hane sayısı	Kişi Sayısı
Karşıyaka Mah.	100	537
Şeyhşamil Mah.	100	383
Çarşıbaşı Mah.	100	454
Yıldızeli (merkez)	50	283
Hıdırmalı (merkez köy)	20	97
Gaziköy (merkez köy)	20	94
Banaz köyü (Yıldızeli)	20	83
Altınoluk köyü (Yıldızeli)	20	76
Toplam	430	2007

**Tablo 2.** Katılımcıların aile hekimliği kullanım durumlarının dağılımı.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Son bir ayda ilk başvuru sağlık kuruluşu		
Aile hekimi	53	16,5
Devlet hastanesi	177	55,1
Özel hastane	32	10
Üniversite	38	11,8
Özel doktor	1	0,3
Gitmedi	20	6,2
Toplam	321	100
Başlıca kronik hastalıklar		
Hipertansiyon	64	38,3
Diyabet	38	22,8
Kalp Hastalığı	7	4,2
Hipertansiyon+Diyabet	29	17,4
Diğer	29	17,4
Toplam	167	100
Kronik hastalığı olan kişilerin kontrol için gittikleri sağlık kuruluşları		
Aile hekimi	15	9
Devlet hastanesi	95	56,9
Özel hastane	11	6,6
Üniversite	3	1,8
Kontrol	43	25,7
Gitmeyen	0	0
Toplam	167	100
Aile hekimliği tarafından ziyaret nedenleri		
İzlem (çocuk, kadın, yaşlı vb)	15	37,5
Aşı	1	2,5
Diğer(Anket, kayıt)	24	60
Toplam	40	100
15-49 yaş kadınların aile hekimleri tarafından İzlem		
İzlem yapılan	118	20
İzlem yapılmayan	472	80
İzlem şekli		
Kendi gitmiş	102	86,4
Eve gelmişler	9	7,6
Telefonla	7	5,9
Toplam	118	100
Gebelikte kontrol için gidilen sağlık kuruluşları		
Aile Hekimliği	8	29,6
Diğer Sağlık Kuruluşları	19	70,4
Toplam	27	100

## TARTIŞMA

Ankette bilgileri bulunan kişilerin yaş ortalaması 28,8±19,1'dir. Ankette bilgileri bulunan kişilerin %49,3'ü erkek, %50,7'si kadındır. Son 1 ay içerisinde hastalananların %39,3'ü çocuk, %27,4'ü eş, %25,5'i aile reisidir. Son 1 ay içerisinde hastalananların %55,1'i ilk devlet hastanesine, %16,5'i ilk aile hekimine, %11,8'i ilk üniversite hastanesine başvurmuştur. Kronik hastalığı olanların kontrol için ilk gittikleri sağlık kuruluşu %56,9 ile devlet hastanesidir. Hastalar kontrol olmak için dahi 2. ve 3. basamak sağlık

kuruluşlarını tercih etmektedir. %85-90 oranında birinci basamakta çözüm bulunabilecek sağlık sorunları aile hekimliği sistemi halk tarafından güvenilip tercih edilmediğinden ve sevk sistemi sağlıklı işletilmediğinden 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına yük oluşturmaktadır. Sevk sistemi işletilmediğinden 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarından fazla zaman ayrılıp araştırılması gereken hastalara yeterli zaman ayrılamamaktadır.

Aile hekimleri 430 evden sadece 40 tanesine ev ziyaretinde bulunmuşlardır. Aile hekimlerinin ev ziyaret sebepleri %60 diğer sebeplerdendir. İyi bir birinci basamak sağlık hizmeti verilmek isteniyorsa ev ziyaretleri çok düzenli ve iyi bir şekilde yapılmalıdır. Kendi nüfusunu iyi bir şekilde tanımayan sağlık kuruluşu yeterli hizmet veremez. Aile hekimliği sisteminde ev ziyaret oranlarının düşük olması poliklinik ve bürokratik işlerden (formlar, yazışmalar vs) vakit bulamamaktan ve denetim eksikliğinden kaynaklanmış olabilir. Manisa il'inde yapılan çalışmada sağlık sorunu nedeniyle aile hekimine başvurma % 61,0, son bir yılda evime ebe ziyareti aldım diyenler %40,6 bulunmuştur.<sup>18</sup> Araştırmamızda aile hekimine başvuru ve takip verileri oldukça düşük bulunmuştur. Bu ev ziyareti görevlerini aile hekimliklerinin ihmal ettiğini göstermektedir. Aile hekimliğine geçildikten sonra sağlık ocağı dönemine göre ev ziyaretlerinin zaman ve personel eksikliğinden dolayı yapılamadığı veya daha az yapıldığı her iki dönemde de çalışmış olan sağlık personeline ve halk tarafından ifade edilmiştir.<sup>19</sup>

Aile hekimleri toplam 118 (%20) 15-49 yaş kadına izlem yapmışlardır. Kadın izlem şekillerinden en çok olanı kadınların kendilerinin ASM (Aile sağlığı merkezi)'lerine gitmeleridir (%86,4). Toplam 102 (%60,7) 0-4 yaş çocuğa izlem yapılmıştır. Aşılama durumuna bakıldığında çocukların tamamının aşısı düzenli yapılmaktadır ve eksik aşı bulunmamaktadır. Ankette bilgileri bulunanlarda toplam 27 gebe bulunmaktadır. Kontrole gitmeyen gebe bulunmamaktadır. Kontrol için en çok gidilen sağlık kuruluşu %55,6 ile devlet hastanesidir. Bunu %29,6 ile aile hekimliği takip etmektedir. 11 ilde (Düzce, Adıyaman, Bolu, Denizli, Edirne, Elazığ, Gümüşhane, Eskişehir, Isparta, İzmir, Samsun) aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra gebe takip, çocuk, bebek takip, aşılama, kronik hastalık izlem gibi konularda iyileşmeler olmuştur.

Tablo 3. Şehir merkezinde, ilçede ve köylerdeki kronik hastaların kontrol olduğu sağlık kuruluşları.

	Kronik Hastalık Kontrol					
	Aile hekimi		Hastaneler		Toplam	
Yerleşim Yeri	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sivas merkez	5	7,9	58	92,1	63	100
Yıldızeli merkez	0	0	17	100	17	100
Köyler	10	22,7	34	77,3	44	100
Toplam	15	12,1	109	87,9	124	100

X<sup>2</sup>=8,041 P=0,018

Bunda bu yapılan takiplerin performans kriterleri içinde olması etkili olmuş olabilir<sup>20</sup> Aile hekimliği sistemine geçildikten sonra performans kriterlerine dahil olmayan kadın izlem ve kronik hastalık izlemlerin de gerileme olduğu belirtilmiştir.<sup>19</sup> İzmir’de yapılan çalışmada gebelerin %26’sı gebelik testini aile sağlığı merkezinde yaptırmış ve ilk kontrolleri için en sık başvurdukları yerler sırasıyla devlet hastanesi (%33) ve aile hekimidir (%27). Gebelerin %14’ünün AH’lerini bilmediği, %10’unun AH’de gebe kaydının bulunmadığı ve %15’inin AH tarafından izlenmediği saptanmıştır. AH tarafından izlenen gebelerin %95’i AH’ne kendisi başvurmuştur. Gebelerin sadece %3’üne ev ziyareti yapılmış, %77’si telefonla kuruma çağırılmıştır<sup>21</sup> Kayseri’de yapılan çalışmada kendisinde ya da aile bireylerinden birisinde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda genellikle aile hekimini tercih ettiklerini belirtenlerin oranı %49,7’dir. Bu bizim bulgularımızdan daha yüksek bir bulgudur, farklı illerde yapılmasından kaynaklanmış olabilir.%12,4’ü aile sağlığı elemanınca evde ziyaret edildiklerini söylemişlerdir. Bu bizim bulgumuza yakın bir bulgudur.<sup>22</sup> Hastalandığında başvuru sağlık kuruluşu mahalleler ve köyler arasında farklılık göstermemektedir (Tablo 3).

Kronik hastalık kontrol yeri açısından mahalleler, köyler ve ilçe arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Köylerde aile hekimine kontrol daha fazla orandadır. İlçe ve il merkezinde ise daha çok hastaneler tercih edilmektedir. Bu fark köylerden hastanelere ulaşım daha zor olmasından kaynaklanmış olabilir. Eğer çalışmamızda mobil hizmet ve ev ziyaretlerinin aksadığını tespit etmemiş olsaydık, köylerde aile hekimliği tercihlerinin fazlalığının mobil hizmetten kaynaklandığını söyleyebilirdik. Sağlık kuruluşuna başvurmada sağlık kuruluşunun yakınlığının etkili olduğu bulunmuştur.<sup>23</sup>

Toplam poliklinik sayılarına bakıldığında hem ülke genelinde hem de Sivas’ta aile hekimliği uygulamasının çok benimsenmediği görülmektedir. Sevk sistemi gerektiren bir sisteme, sevk sistemi entegre edilemediği için halk hastalandığı zaman veya kontrol amacıyla ilk tercih olarak aile hekimine başvurmamakta, daha çok 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Koruyucu sağlık işlemleriyle ilgiliyse (aşı, AP hizmetleri) halk aile hekimliğini etkin bir şekilde kullanıyor denilebilir. Erzurum İlinde yapılan 2002-2008 yılları arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi isimli çalışmada başvuruların %33’ünün birinci basamağa, %67’sinin 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarına yapıldığı ifade edilmiştir.<sup>24</sup> Gebze’de yapılan çalışmada araştırmaya katılanların bir hastalık ya da rahatsızlık durumunda hiçbir sorunu düşünmeden gitmeyi tercih ettikleri sağlık kuruluşları sorulduğunda %56.8 ile özel hastane, %10.8 ile üniversite hastanesi olarak ifade etmişlerdir.<sup>25</sup> Kırıkkale’de yapılan bir çalışmada ankete katılanların ASM’lere başvuru nedenleri incelendiğinde, %24.2’sinin muayene olmak, %18.9’unun raporlu olmayan ilaç isteği ile, %16.5’inin raporlu ilaç yazdırmak, %10’unun da sağlık raporu almak için başvurduğu saptanmıştır.<sup>26</sup> Özellikle muayene olmak için başvuranların yüzdesinin düşüklüğü dikkat çekmektedir. Bu çalışmalar halkın birinci basamağa güven duymadığını göstermektedir. Bunun nedenlerinin araştırılması gerekir ve ülkeyi temsil eden geniş bir ölçekte araştırılması gerekir. Araştırmamızda aile hekimleri ve yardımcılarının yeterli sayıda ev ziyareti yapmadığı gözlenmiştir. Bu yetersizliğin sebebi büyük ihtimalle aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusun çok fazla olmasıdır. Bir aile hekimine 3500 nüfus düşmesi makul değildir. Ayrıca ev ziyaretleri performans kriterleri içerisinde yer almadığından yapılmamaktadır. Anketimizde yer almayan ama anketi uygularken sözel olarak elde edilen

bilgilere göre mobil hizmetler bazı yerlerde göstermelik yapılmaktadır. Özellikle köylerde mobil hizmet amacıyla 2 haftada bir gelen aile hekimlerinden bazıları köylünün tamamına haber bile vermeden 15 dakika köyde durup gitmektedir. Halk bu hizmetten ya haberdar değildir ya da bu göstermelik hizmetten faydalanmak istememektedir. İşin aile hekimi ve aile sağlığı elemanı boyutuna bakıldığı zaman da bürokratik işlerle (resmi yazışmalar, formlar) ve poliklinik işleriyle çoğu zamanları alan hekim ve yardımcı sağlık personeli mobil hizmete gereken zamanı ayıramamaktadır, ayrıca bazı köylerin ulaşım imkanları çok zordur ve bu da hizmeti aksatmaktadır.<sup>9-12,14</sup> Konya il merkezinde yapılan bir çalışmada sağlık ocağı sistemi ve aile hekimliği sistemindeki gebe ve bebek izlem oranları karşılaştırılmış ve gebelerin, Sağlık Bakanlığının protokollerine göre, vaktinde ve uygun sayıda izlenme oranı 2006'da %51, 2011'de % 79 bulunmuştur. (P<0.001). Hekim ve ebe-hemşire izlemleri birlikte ele alındığında antenatal bakım alma oranı 5 yıl içinde % 91'den % 99'a yükseldiği bulunmuştur. (P<0.01). Hiç izlenmeyen bebek oranı 2006'de % 6, 2011'de % 2 (P<0.01), ortanca bebek izlem sayısı 2006'da 3 iken 2011'de 4 bulunmuştur. (P<0.01). Bu çalışma yılları içerisinde hizmetlerde iyileşme olduğunu gösterse de Konya merkezde yapılan bir çalışmayı tüm ülkeye genellememiz mümkün değildir.<sup>27</sup>

Aile hekimliği sisteminin istenilen ölçüde etkili olmadığını, bazı alanlarda istenilen başarılar yakalansa bile hala eksikliklerinin olduğunu, esas uygulanmak istenilen sistemin uygulanmadığını ve halkı memnun edecek bir sisteme adapte edildiği görülmektedir. Aile hekimliği sisteminin istenilen etkinliğe ulaşabilmesi için ilk iş olarak sevk sisteminin katı bir şekilde uygulanması ve ayrıca aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının üzerindeki gereksiz bürokratik işlemlerin(resmi yazışmalar ve formlar) ve reçete yazdırmak, rapor almak gibi hastalık harici işlerin oluşturduğu hasta yoğunluğunun azaltılması gerekmektedir. Bir aile hekimine düşen nüfus 3500 kişidir, bu nüfus işlerin düzenli bir şekilde yürütülmesi için çok fazladır, daha verimli sonuç alabilmek için mutlaka azaltılmalıdır. Sivas ilinde kırsal yerleşimin daha fazla olmasından dolayı mobil hizmetlere daha fazla ağırlık verilmeli ve denetlemeleri çok daha iyi yapılmalıdır.<sup>28-29</sup>

Sistemin etkin bir şekilde uygulanıp uygulanmadığını anlamak için çok sıkı denetim mekanizmaları gerekmektedir. Bu denetim işinde de toplum sağlığı

merkezlerinin daha çok çalışması ve var olan yetkilerini daha etkin kullanabilmeleri gerekmektedir. Toplum sağlığı merkezleri her ne kadar çalışmamızda işleyişlerini yapıyor gözükseler de kağıt üstünde var olan bazı yetkilerini etkin bir şekilde kullanamamaktadırlar. Bu yüzden yasal yetkileri daha kesin sınırlarla belirlenmeli ve daha bağımsız bir yapıya kavuşmalıdır. Toplum sağlığı merkezleri başkanları denetlemeler yapmalıdır. Yapacakları bu denetim sonuçlarını resmi yazışma kuralları dahilinde gizli ibaresiyle bakanlığa iletmelidir. Bu şekilde illerden gelen birbirlerinden bağımsız veriler bakanlıkça karşılaştırılabilir. TSM'ler mevcut yapıda halk sağlığı müdürlüklerine bağlı gözükmemektedir ama işleyişte bazı işlerde ayrı bir kurummuş gibi, bazı işlerde bağlı bir kurummuş gibi davranılmaktadır. Halk sağlığı müdürlükleri gerekli her konuda TSM'lere destek olmalıdır. Özellikle ilçelerdeki toplum sağlığı merkezleri merkeze göre bazı izlem ve oranlarda geri durumdadır ve daha aktif bir şekilde çalışmalıdır.<sup>28-29</sup>

## ÇIKAR BEYANNAMESİ

Herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığını yazarlar beyan etmektedirler.

## KAYNAKÇA

1. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ankara, 1999;36-38.
2. Bahçe S, Köktaş M, Abukan D. Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı International Conference on Eurasian Economies 2013 Session 2B:Kalkınma,2013; 299-306.
3. Ağartan T. Sağlıkta Reform Salgını, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar. İstanbul: İletişim Yayınları; 2007.
4. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 09/12/2004 tarih, Sayı:25665 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm> Erişim tarihi:09.07.2019.
5. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar 16/06/2006 tarih, Sayı:26200 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> Erişim tarihi: 09.07.2019.
6. Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16/06/2006 tarih, Sayı:26200 6-5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 21/01/2010 tarih, Sayı:27478 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> Erişim tarihi: 09.07.2019.
7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname 02/11/2011 tarih, Sayı:28103 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> Erişim tarihi: 09.07.2019.
8. Pala K, Akgün D. Türkiye Sağlık Raporu 2012. Türkiye Halk Sağlığı Derneği, Ankara. 2012:526-528.
9. Üçkuyu Y. Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri, Toplum Hekim, 2006;21(5): 325-329.
10. Özbek Z. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40(1):6-12.

11. Soyer A. Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? DEUHYO ED 2009; 2(4):179-182.
12. Lister J. Sağlık Politikası Reformu. İstanbul: İNSEV Yayınları:2008;415-417.
13. OECD-World Bank (2009). OECD sağlık sistemi incelemeleri <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>. Erişim tarihi: 09.07.2019.
14. Dikici M, Kartal M, Alptekin S. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27(3):412-418.
15. Sağlık bakanlığı istatistik yıllıkları 2012 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/459> Erişim tarihi: 09.07.2019.
16. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örnekleme Yöntemleri Ve Örnekleme Büyüklüğü. Ankara 2005: 214-216.
17. Selvi P. Sivas İlinde Yapılacak Saha Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikte Örnekleme Planının Geliştirilmesi. Sivas, Yüksek Lisans Tezi 2008:145-147.
18. Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;8(3):176-190.
19. Çevik C. Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012), İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora tezi 2013:190-192.
20. Nesanır N, Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(5):493-504.
21. Durusoy R, Davas A, Ergin İ. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1):1-15.
22. 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):417-424.
23. Koçkaya T, Can, Bülbül A. Bir Yenidoğan İzlem Polikliniğinde İzlenen Bebeklerin ve Ailelerinin Özellikleri Çocuk Dergisi 2009; 9(4):176-180.
24. Üstün Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu S. 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Balkan Med J 2011;28(1):55-61.
25. Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E. Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004;7(3):320-341.
26. Atçeken İ, Yılmaz E, Demirtaş H, Açıkgöz M, Saygun M, Kırıkkale'de Aile Sağlığı Merkezi'ne Hastaların Başvuru Nedenleri ve İlaç Tüketim Alışkanlıkları, Edirne 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2014:1565-1566.
27. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri Dicle Medical Journal 2012;39(2):227-233.
28. World Health Organization. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pre-2009/evaluation-of-the-organizational-model-of-primary-care-in-turkey-a-survey-based-project-in-two-provinces-of-turkey,-whoeurope-2008>. Erişim tarihi 09.07.2019.
29. Aycan S, Özkan S, Avcı E, Özdemirkan T. Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran On Sekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Memnuniyet Değerlendirmesi, Toplum ve Hekim, 2012;27(6):449-455.