Bölüm
19

KIRSAL HEKİMLİK

Halil Volkan TEKAYAK[1]

GİRİŞ

Kırsal sağlık, kırsal alanlarda sağlık hizmet sunumunun multidisipliner bir çalışma ile sunulmasıdır. Kırsal sağlık hizmetleri kavramı; sosyoloji, ekonomi, coğrafya ve teletıp gibi birçok farklı disiplinin çalışma alanını akla getirmelidir.

Yapılan araştırmalar, kırsal alanda yaşayan bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarının kentsel alanlardakinden farklı olduğunu ve kırsal alanların çoğu zaman sağlık hizmetlerine erişmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Dünya genelinde gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin farklı bölge veya şehirleri arasında sağlık hizmetlerine erişmeyle ilgili olarak farklılıkların son zamanlarda daha da belirginleştiği görülmektedir. Bu problem ülkemizde de benzerlik göstermekte, kentsel ve kırsal bölgelerde sağlık hizmeti sunumu da diğer birçok hizmet gibi farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar coğrafi, demografik, sosyoekonomik, çalışma koşulları ve kişisel sağlık faktörlerinin bir sonucudur. Örneğin, birçok kırsal bölge yaşlı ve çocuklarca yoğun nüfusa sahiptir. Çalışabilecek özelliğe sahip 20-50 yaş arası bireylere daha az oranda sahip olan kırsal bölgelerdeki bu tür toplulukların bağımlılık oranı daha yüksektir. Kırsal bölgelerde yaşayan insanlar kentsel bölgelerden farklı olarak, daha düşük sosyoekonomik koşullara, daha az eğitim olanaklarına, daha yüksek tütün ve alkol kullanımına ve belki de bu sebeplere bağlı daha yüksek ölüm oranlarına sahiptirler.

Kırsal alanları tanımlamak için uluslararası standartlarda belirlenmiş net bir kriter yoktur ve var olan tanımlamalar da bir ülkenin farklı bölgelerinde bile değişkenlik gösterebilmektedir. Bu tanımlamalar için en yaygın kullanılan iki metodolojiden ilki nüfusa dayalı faktörler ve bir diğeri ise bölge özelliklerine dayalı faktörler olarak isimlendirilebilir. Kırsal bölgelerin adlandırılmasında veya tanımlanmasında kullanılan temel özellikler arasında nüfus büyüklüğü, nüfus yoğunluğu, bir kent merkezinden uzaklığı, yerleşim yerinin özellikleri, çalışma ve işyeri şartları bulunur. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ise kırsal bölgeyi kilometrekareye 150 nüfusun daha altında insan yoğunluğuyla tanımlamaktadır.[1]

TÜRKİYE'DE KIRSAL HEKİMLİK

Yüzölçümü 814.578 km2 olan Türkiye Cumhuriyeti'nin nüfusu 2018 yılı sonunda 82.003.882 kişi olarak belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde kırsal alanlarda yaşayanların nüfusa oranı bir önceki yıla göre %0,3 azalarak 9.657.599 kişiyle %12,1'e gerilerken; il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların oranı ise bir önceki yıla oranla %0,3 artarak %87,9'a yükselmiştir.[2] 1990 yılında kırsal nüfus oranı %48,7 iken bu oran 2000 yılında %40,8'e; son olarak 2018 yılında %12,1'e gerilemiştir. 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de kırsal nüfus oranı en yüksek olan il %78 ile Ardahan, en düşük olan il ise % 18,5 ile İstanbul'dur.[2]

[1] Uzm Dr, Adana Seyhan Gülpınar Aile Sağlığı Merkezi, volkantekayak@gmail.com

Teletıp, kırsal alanlarda ve coğrafi olarak izole bölgelerde hastalar ile sağlık hizmeti sunucuları için ulaşım engellerini aşmanın bir yolu olarak önerilmektedir.[20-24] Kırsal bölgelerde daha az oranda çalışmayı tercih eden hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, bölgesel özelliklerden dolayı teknolojiyi kullanarak görüntülü veya telefonda görüşmelerle konsültasyon hizmeti vermektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan hastalar ile sağlık kuruluşları arasında dijital ve mobil teknolojinin daha iyi kullanılması birçok engelin aşılmasında yardımcı olabilir. Elektronik tıbbi kayıtlar, yinelenen testleri azaltacaktır, çünkü hekimler geçmiş tetkiklerin sonuçlarına kolaylıkla erişebilecektir. Gereksiz hekim başvuruları, hastane enfeksiyonları ve tıbbi hatalar, video konferans ve ayakta tedavi ile verilen ilaçlarla azaltılabilir.[25] Kırsalda yaşayanların kentlerdekilere göre elektronik teknolojiye ulaşım ve bunu kullanma oranları düşüktür. Kırsalda dijital sağlık bakım araçlarının geliştirilmesine daha fazla ihtiyaç vardır. Kırsalda geliştirilmesi gereken dijital yöntemlerin başında şunlar gelir: Bilgisayara kayıtlı hasta verilerinin düzgün şekilde kategorize edilmesi, sağlık çalışanları ve hastalar arası e-posta iletişimi, tele tıp ve tele psikiyatri uygulamaları, evdeki hastaların uzaktan takibi, daha fazla yoğun bakım üniteleri ve diğer üniteler, robotik cerrahi uygulama alanları.[26]

Kırsal bölgelerde özellikle kronik hastalara bakım verenlerin ve hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının ekonomik teşviklerinin sağlanması ile tükenmişliklerinin azalacağı, bu zorlu bölgelerde uzun süre çalışmaya motive olacakları ve bakım verilen hastaların da sağlık durumunda iyileşme sağlanacağı belirtilmektedir. Kırsal bölgelerdeki işyerlerinin düzenli olarak denetlenmesi ile de iş kazalarının ve bu kazalara bağlı gelişen engellilik oranlarının azaltılacağı öngörülmektedir.[27]

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından özellikle Hindistan'da kentsel bölgede çalışan sağlık çalışanı kadar kırsal alanlarda da hizmet veren sağlık profesyoneli sayısı fazla olan bir ülkenin kırsal bölgelerinde yapılan birçok çalışmaya göre kentsel sağlık merkezlerindeki sağlık hizmeti sunumunun kalitesi kırsal alanlara göre çok daha iyi düzeyde saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalar kırsalda sağlık hizmeti sunumu sırasında dikkat edilmesi gereken başlıca problemleri örneklendirmekte ve daha etkili iyileştirme projelerinin hazırlanmasına katkı sağlamaktadır.[28-30]

Ülkemizde kırsal bölgelere sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı halen tartışılmakta ve aile hekimliği birimlerince yapılan gezici sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezi, ilçe sağlık müdürlüğü birimlerince yapılan mobil sağlık hizmetleri, hastanelere bağlı ekiplerce yapılan evde sağlık hizmetleri gibi yeni politikalar hayata geçirilmektedir. Bütün olumsuzluklara rağmen, kırsal kesimdeki mevcut sağlık birimlerinin yeniden organize edilmesiyle daha etkili ve verimli temel sağlık hizmeti verilmesinin mümkün olacağı görülmektedir. Başarılı adımların atılmasının zaman alacağı unutulmamalıdır. Yeni stratejilerin anlamlı bir sistemle gözlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.[31]

Gelecekte dünyadaki kırsal bölgelerde sağlığı geliştirme projeleri, üç temel soruna çözüm bulmaya odaklanmalıdır. Bu sorunlar temel olarak; iletişim, ulaşım ve personel yetersizliğidir.[32,33] Sorunları çözebilmek için iletişim engellerinin ortadan kaldırılması, ulaşım koşullarının iyileştirilmesi, sağlık profesyonellerinin sayısının kırsal ve kentsel alanlarda dengeli dağıtılmasının planlanarak, kırsalda sağlık hizmeti veren personelin sürekli mesleki gelişim eğitimleri ve ek maddi teşviklerle hizmet sunumunun sürekliliğinin ve kalitesinin sağlanması gibi konulara odaklanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kırsal hekimlik, sağlık hizmeti sunumu

KAYNAKÇA

1. Tekayak HV, Bilgili P, Akpınar E (2018). Türkiye'de kırsal hekimlik ve birinci basamak gerçeği. 17.Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (DAAHK2018), 10-13 Mayıs 2018, Adana, Türkiye (pp.76)
2. TÜİK (2019) (24/09/2019 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047 adresinden ulaşılmıştır)
3. Tekayak HV, Bilgili P, Akpınar E. Kırsal hekimlik: Engeller ve çözüm önerileri. Türkiye Klinikleri J Fam Med 2018;9(4):308-313
4. TBMM (2019) (21/09/2019 tarihinde https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm. adresinden ulaşılmıştır.)
5. Uğurlu M, Üstü M, Sanisoğlu YS. Türkiye Cumhuriyeti'nde kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin sunulmasında yeniden yapılandırma mümkün mü? Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30:932-939.

6. Top M. Priority setting in health services: general overview an learning from international experince for Turkey. Health and Society 2003;13:7-9.
7. Steinhaeuser J, Otto P, Goetz K. Rural area in a European country from a health care point of view: an adaption of the Rural Ranking Scale. BMC Health Serv Res 2014;14:147.
8. Rural Health Information Hub (2019). (14/09/2019 tarihinde https://www.ruralhealthinfo.org/topics/rural-health-disparities. sayfasından ulaşılmıştır)
9. Johnson SB. Health behavior and health status: concepts, methods, and applications. J Pediatr Psychol 1994;19(2):129-141.
10. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Journal of Health Administration 2004;7:249-275.
11. Barley GE, Reeves CB, O'Brien-Gonzales. Characteristics of and issues faced by rural female family physicians. J Rural Health 2001;17(3):251-258.
12. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ 2010;88(5):379-385.
13. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. AJRH 2010;18:102-109.
14. Panelli R, Gallagher I, Keams R. Access to rural health services: Research as community action and policy critique. Soc Sci Med 2006;62:1103-1114.
15. Greenberg ER, Dain B, Freeman D. Referral of lung cancer patients to university hospital cancer centers. Cancer 1988;62:1647-1652.
16. Kranwinkel M, Renz-Polster H. District health system. Medical Practice in Developing Countries 1995:11-14.
17. Vayenburg VC, Weel VC, Yaman H. Family medicine in the Netherlands. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007;1:23-25.
18. Lopez JM, Garcia MC, Yaman H. Family medicine in the Spain. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2008;2:18-20.
19. Local Information Documents and Reports of Research of Health System of Finland. Ankara. Sağlık Bakanlığı; 2003:2-3.
20. Rural Health Information Hub (2019) (20/09/2019 tarihinde https://www.ruralhealthinfo.org/topics/telehealth. sayfasından ulaşılmıştır.)
21. HealthIt (2019) (14/09/2019 tarihinde https://www.healthit.gov/providers-professionals/frequently-asked-questions/487#id157. sayfasından ulaşılmıştır.)
22. Smith A, Bensink M, Armfield, N. Telemedicine and rural health care applications. Journal of Postgraduate Medicine 2005; 51:286-293.
23. Mc Crossin R. Successes and failures with grand rounds via videoconferencing at the Royal Children's Hospital in Brisbane. Journal of Telemedicine and Telecare 2001;7:25-28.
24. Hornsby D. Videoconference usage report. Brisbane Queensland Telemedicine Network; 2000.
25. Overcoming Rural Health Care Barriers through Innovative Wireless Health Technologies for the Health Subcommittee of the U.S. House of Representatives Committee on Veterans Affairs. Governance Studies; 2010.
26. Nesbitt TS, Jerant A, Balsbaugh T. Equipping primary care physicians for the digital age. The Internet, online education, handheld computers, and telemedicine. Western Journal of Medicine 2002;176:116-120.
27. Bouldin ED, Shaull L, Andresen EM. Financial and Health barriers and caregiving-related difficulties among rural and urban caregivers. The Journal of Rural Health 2017;33.
28. Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X. Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ 2017;95:738-748.
29. The health workforce in India. World Health Organization; 2016.
30. Chan M. Grand challenges for the next decade in global health policy and programmes. World Health Organization; 2017.
31. Akdağ R. Sağlıkta Dönüşüm 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2003:1-3.
32. Strasser R. Rural health around the world: Challenges and solutions. Family Practice 2003;20:457-463.
33. Watt IS, Franks AJ, Sheldon TA. Rural health and health care. BMJ 1993;306:1358-1359.
34. Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J. A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: Analysis of a questionnaire survey. BMC Fam Pract 2011;12:112.