T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ERZURUM İLİNDE, AİLE HEKİMLİĞİNDE HİZMETİN SÜREKLİLİĞİNİN ÖLÇÜLMESİ

Arş. Gör. Dr. Âmine ÖNER

(Uzmanlık Tezi)

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Erzurum-2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ERZURUM İLİNDE AİLE HEKİMLİĞİNDE HİZMETİN SÜREKLİLİĞİNİN ÖLÇÜLMESİ

Dr. Amine ÖNER

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 31.08.2012

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 04.01.2016

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 11.01.2016

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Jüri üyesi : Doç. Dr. Memet IŞIK

Jüri üyesi : Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sergülen AYDIN

Doç. Dr. Memet IŞIK
Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Başkanı

OCAK – 2016
ERZURUM

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **III**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **IV**
GRAFİKLER DİZİNİ ..... **V**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **XIII**
TEŞEKKÜR ..... **XIV**
ÖZET ..... **XV**
ABSTRACT ..... **XVIII**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Hizmetin Sürekliliği Nedir? 3
2.2. Hizmetin Sürekliliğinin Ölçülmesi 8
2.3. Aile Hekimliği Açısından Hizmetin Sürekliliğinin Önemi 22
2.3.1. Aile Hekimliğinin Tanımı 22
2.3.2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Temel Özellikleri: 24
2.3.3. Aile Hekimi / Genel Pratisyenin Çekirdek Yeterlikleri 25
2.3.4. Aile Hekimliğinde Hizmetin Sürekliliği Neden Önemli? 30
2.4. Hasta, Hekim ve Sağlık Sisteminin Ortaklığı 32
2.4.1. Hasta Açısından 33
2.4.2. Hekim Açısından 34
2.4.3. Sağlık Sistemi Açısından 35
3. YÖNTEM **36**
3.1. Ortam ve Evreni 36
3.1.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması 36
3.1.2. Örneklem Seçimi 36
3.1.3.Araştırmanın Ana Sonuç Ölçütleri 37
3.1.4. Araştırmanın İkincil Sonuç Ölçütleri 37
3.1.5. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 37
3.1.6. Araştırma Protokolü 38
3.1.7. Etik Kurul ve İzinler 40
3.1.8. İstatistiksel Analiz 40

4. BULGULAR 41
4.1. Aile Sağlığı Merkezi'ne Ait Bulgular 41
4.1.1. Kronolojik Süreklilik 44
4.1.2. Coğrafi Süreklilik 44
4.1.3. Disiplinler Arası Süreklilik 44
4.1.4. İlişkisel Süreklilik 50
4.1.5. Bilgisel Süreklilik 51
4.1.6. Erişebilirlik Sürekliliği 52
4.1.7. İstikrar Sürekliliği 53
4.1.8. Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi (HVSİ) 53
4.2. Hizmet Alanlara Ait Bulgular 54
4.2.1. Kronolojik Süreklilik 60
4.2.2. Coğrafi Süreklilik 60
4.2.3. Disiplinler Arası Süreklilik 61
4.2.4. İlişkisel Süreklilik 62
4.2.5. Bilgisel Süreklilik 64
4.2.6. Erişebilirlik Sürekliliği 64
4.2.7. İstikrar Sürekliliği 66
4.2.8. Hizmet Alanın Süreklilik İndeksi (HASİ) 66
4.3. Karşılaştırmalı Analizler 67
4.3.1. Aile Sağlığı Merkezi'ne Ait Bulguların Analizi 67
4.3.2. Hizmet Alan Anketine Ait Bulguların Analizi 91
4.4. Çoklu Karşılaştırmalar 143
5. TARTIŞMA 146
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 165
7. KAYNAKLAR 166
EKLER 171
EK-1. HİZMET ALAN ANKETİ 171
EK-2. ASM ANKETİ 174
EK-3. ETİK KURUL ONAYI 178
EK-4. ERZURUM HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMA İZNİ 179

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 . Kayıtlı Hekimin Gerekmediği Ölçümler 12
Tablo 1. Kayıtlı Hekim Gereken Ölçümler 17
Tablo 2. Ailesel Süreklilik Ölçümleri 18
Tablo 4. Hizmet Verenin Süreklilik İndeksinin Hesaplanması 18
Tablo 5. Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi (UPC=Usual Provider Continuity Indeks) Hesaplanması 19
Tablo 6. Hizmet Alanın Süreklilik İndeksinin Hesaplanması 20
Tablo 7. Modifiye Süreklilik İndeksi (MCI=Modified Continuity Index) Hesaplanması 20
Tablo 8. Hizmetin Süreklilik İndeksinin (COC=Continuity of Care Index) Hesaplanması 21
Tablo 9. Sıralı Süreklilik İndeksinin (SECON=Sequential Continuity Index) Hesaplanması 21
Tablo 10. Aile Süreklilik İndeksinin (ASİ) (FCI= Family Continuity Index) Hesaplanması 22
Tablo 11. Modifiye, Modifiye Süreklilik İndeksinin (MMSİ) (MMCİ = The Modified, Modified Continuity İndex) hesaplanması: 22
Tablo 12. Sürekli Hasta, Hekim ve Sağlık Sistemi Ortaklığının Ölçülebilir Sonuçları (26). 33
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımı 41
Tablo 14. Aile Hekimlerinin "Vücut Sistemleri İle İlgili Tanı ve Tedavi Yöntemlerinin Ne Kadarını Yönetirsiniz" Sorusuna Verdikleri Cevaplar 45
Tablo 15. HVSİ'ye Etki Eden Faktörlerin Analizi 144
Tablo 16. HASİ'ye Etki Eden Faktörlerin Analizi 145

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hizmetin süreklilik modeli (5). 5
Şekil 2. Süreklilik Modelinin Bileşenleri (5). 11
Şekil 3. Erzurum'da çalışmanın yapıldığı dönemde anket uygulaması yapılan Aile hekimi sayısı 39
Şekil 4. HVSİ formülü 54
Şekil 5. HASİ formülü 67

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Numerik değişkenlerin histogram grafikleri..... 42
Grafik 2. Aile hekimlerine yönlendirilen "vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz" sorusuna verdikleri cevabın histogram dağılımı..... 47
Grafik 3. Aile hekimlerine yönlendirilen "hastalarınız ile iletişiminiz nasıl" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı..... 50
Grafik 4. Aile hekimlerine yönlendirilen "size sürekli gelen hastalarınızın sürekli gelme sebebi nedir" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 51
Grafik 5. Aile hekimlerinin "muayeneye gelen hastaların tıbbi hikâyesini biliyor olmak sizce ne kadar önemli" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 52
Grafik 6. Aile hekimlerine sorulan "size kayıtlı hastalarınız mesai saatleri dışında sizinle iletişime geçebiliyorlar mı?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 53
Grafik 7. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı 54
Grafik 8. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı 55
Grafik 9. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı..... 55
Grafik 10. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı 56
Grafik 11. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları..... 56
Grafik 12. Kadın katılımcıların gebelik durumlarının dağılımı..... 57
Grafik 13. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı..... 57
Grafik 14. Hizmet alanlara ait verilerin numerik değişkenlerin histogram grafikleri 59
Grafik 15. Katılımcıların "Aile hekiminize bağlı olduğunuz süre içerisinde aile hekiminiz veya aile sağlığı elemanınız sizi evinizde ziyaret etti mi?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 60
Grafik 16. Katılımcıların bulundukları adresteyken aile hekimini değiştirme sebeplerinin dağılımı 61
Grafik 17. Hastanede yatarak tedavi gören 116 katılımcının hastaneye yönlendirilme durumlarının dağılımı 62

Grafik 18. Katılımcıların "aile hekiminizi ziyarete gittiğinizde hekiminiz sizi kendisinin kayıtlı hastası olarak tanır mı?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 63
Grafik 19**.** Katılımcıların "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı..... 63
Grafik 20. Katılımcıların "aile hekiminiz ile iletişiminizin nasıl olduğunu hissediyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 64
Grafik 21. Katılımcıların kendi aile hekimleri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumlarının dağılımı 65
Grafik 22. Katılımcıların "ASM'ye muayeneye geldiğinizde ne kadar süre beklersiniz?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı 65
Grafik 23. Aile hekimini değiştiren katılımcıların değiştirme sebeplerinin dağılımı..... 66
Grafik 24. Aile hekimini yaşı ile oplam hasta nüfusu arasındaki korelasyon 68
Grafik 25. Aile hekiminin yaşı ile bir ay boyunca polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı ve AHBS'ye kayıtlı polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasındaki korelasyon..... 69
Grafik 26. Aile hekiminin yaşı ile hastaların mesai saati dışında hekimleriyle iletişime geçebilme durumları..... 70
Grafik 27. Aile hekiminin yaşı ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri 71
Grafik 28. Aile hekiminin yaşı ile hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli raporlarını (epikrizi, ameliyat raporu vb.) takip etme durumu 71
Grafik 29. Erkekve kadın aile hekimlerinin HVSİ oranları 73
Grafik 30. Erkek ve kadın aile hekimleri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumu 74
Grafik 31. Erkek ve kadın aile hekimlerinin hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli raporlarını (epikrizi, ameliyat raporu vb.) takip etme durumları..... 75
Grafik 32. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki durum 76

Grafik 33. Aile hekiminin hekimlik yapma süresi ile bir ay içerisinde polikliniğine başvuran toplam hasta sayıları 77
Grafik 34. Aile hekiminin hekimlik yapma süresi ile bir ay içerisinde polikliniğine başvuran toplam kayıtlı hasta sayıları 77
Grafik 35. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri ile hastalarının kendileri ile mesai saatleri dışında iletişime geçebilme durumları 78
Grafik 36. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süresi ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasındaki durum 79
Grafik 37. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki korelasyon 80
Grafik 38. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile kayıtlı olan hastalarının mesai dışı saatlerde kendileri ile iletişime geçebilme durumları arasındaki durum 81
Grafik 39. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri 82
Grafik 40. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması 83
Grafik 41. İkamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile aile hekimlerinin kayıtlı hasta nüfusları 84
Grafik 42. İkamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile HVSİ arasındaki korelasyon 84
Grafik 43. Aile hekimlerinin ikamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile “hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?” sorusuna verdikleri cevap 85
Grafik 44. Aile hekimlerinin bulundukları ASM’de çalışma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki korelasyon 86
Grafik 45. Aile hekimlerinin bulundukları ASM’de çalışma süresi ile kendi hastalarını tanıma yüzdesi arsındaki korelasyon 87
Grafik 46. Aile hekimlerinin bulundukları ASM’de çalışma süresi ile “Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak

için gerekli olan raporları takip eder misiniz?" sorusuna verdikleri cevap 88
Grafik 47. ASM'de çalışan aile hekimi sayısı ile bir ay içerisinde kendilerine kayıtlı olup polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasındaki korelasyon 89
Grafik 48. ASM'de çalışan aile hekimi sayısı ile HVSİ arasındaki korelasyon 90
Grafik 49. Katılımcıların yaş ortalaması ile eğitim seviyeleri 91
Grafik 50. Katılımcıların yaş ortalaması ile meslekleri 92
Grafik 51. Katılımcıların yaş ortalaması ile medeni durumları 92
Grafik 52. Katılımcıların yaş ortalaması ile bulundukları adreste kalma süreleri arasındaki korelasyon 93
Grafik 53. Katılımcıların yaş ortalaması ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre arasındaki korelasyon 94
Grafik 54. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki sağlık kuruluşu başvuru sayısı arasındaki korelasyon 95
Grafik 55. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki ASM başvuru sayısı arasındaki korelasyon 95
Grafik 56. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki kendi aile hekimine başvuru yapma sayısı arasındaki korelasyon 96
Grafik 57. Katılımcıların yaş ortalaması ile evde beraber yaşadığı birey sayısı arasındaki korelasyon 97
Grafik 58. Katılımcıların yaş ortalaması ile aile üyeleri tarafından son bir yılda aile hekimine yapılan ziyaret sayısı arasındaki korelasyon 97
Grafik 59. Katılımcıların yaş ortalaması ile her sağlık başvurusunda aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem arsındaki durum 98
Grafik 60. Katılımcıların yaş ortalamasıyla aile hekimleri ile iletişimleri arasındaki durum 99
Grafik 61. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile eğitim durumları 100
Grafik 62. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile HASİ değeri 101
Grafik 63. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile sağlık kuruluşuna her başvurduklarında aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem 102

Grafik 64. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile kronik hastalık sahibi olma durumları 103
Grafik 65. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile kronik hastalık sahibi olma durumları 104
Grafik 66. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile son bir yıldaki sağlık kuruluşu başvuru sayısı 105
Grafik 67. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile ASM'ye yapılan sağlık başvurusu sayısı 106
Grafik 68. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile son bir yılda kendi aile hekimine yaptığı ziyaret sayısı 106
Grafik 69. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile evde beraber yaşadığı birey sayısı 107
Grafik 70. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile aile üyelerinin son bir yılda kendi aile hekimlerine yaptığı ziyaret sayısı 107
Grafik 71. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile bulundukları adreste iken aile hekimini değiştirme durumu 108
Grafik 72. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumu 109
Grafik 73. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile sağlık kuruluşu başvurularında aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem arasındaki durum 110
Grafik 74. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile hastanede yatarak tedavi görme durumları 111
Grafik 75. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile mesai saati dışında aile hekimleri ile işletişime geçme durumları 112
Grafik 76. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile ASM'ye muayeneye geldiklerindeki bekleme süreleri 112
Grafik 77. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile kronik hastalık sahibi olma durumu 113
Grafik 78. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma sayıları 114

Grafik 79. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda ASM'ye başvurma sayıları 115
Grafik 80. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda kendi aile hekimini ziyaret etme sayısı 116
Grafik 81. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları ziyaret sayısı 117
Grafik 82. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile bulunduğu adresteyken aile hekimlerini değiştirme durumları 118
Grafik 83. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerini değiştirme nedenleri 118
Grafik 84. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları 119
Grafik 85. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatma durumları 120
Grafik 86. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları 121
Grafik 87. Hastaların medeni durumları ile kronik hastalık sahibi olma durumları 122
Grafik 88. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları 123
Grafik 89. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisindeki ASM'ye başvurma sayıları 123
Grafik 90. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisinde kendi aile hekimlerine başvurma sayıları 124
Grafik 91. Hastaların medeni durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları 125
Grafik 92. Hastaların medeni durumları ile aile hekimleriyle olan iletişimleri 126
Grafik 93. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayıları 127
Grafik 94. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları 127

Grafik 95. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları 128
Grafik 96. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları 129
Grafik 97. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap 130
Grafik 98. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları 131
Grafik 99. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumu 132
Grafik 100. Kadın hastaların gebelik durumları ile aile hekimlerine bağlı olma süreleri 133
Grafik 101. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları 135
Grafik 102. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları 136
Grafik 103. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapma sayıları 136
Grafik 104. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile evlerinde yaşadığı birey sayısı 137
Grafik 105. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları toplam ziyaret sayısı 138
Grafik 106. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları 139
Grafik 107. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları 140
Grafik 108. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları 141

Grafik 109. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimleriyle olan iletişimleri 142
Grafik 110. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri..... 143

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
PCI	: Provider Continuity Index
HVSİ	: Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi
UPC	: Usual Provider Continuity Index
HASİ	: Hizmet Alanın Süreklilik İndeksi
OHVSİ	: Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi
COC	: Continuity of Care Index
LICON	: Likelihood of Continuity Index
SECON	: Sequential Continuity Index
NOP	: Number of Provider Seen
LISECON	: Likelihood of Sequential Continuity Index
MCI	: Modified Continuity Index
MMCI	: Modified, Modified Continuity Index
CON	: Index of Concentration
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AH	: Aile Hekimi

* Bu çalışmada İngilizce “service provider” Türkçe’de “hizmet sunucu” olarak kullanılmıştır. Bununla birlikte, Türkiye’deki mevcut sağlık uygulamasında hizmet sunucusu hekimdir.

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ında bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan hocalarım; Doç. Dr. Memet IŞIK'a, Doç. Dr. Turan SET'e, Doç. Dr. Ümit AVŞAR'a, Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a, Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a, Yrd. Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN'e ve Yrd. Doç. Dr. Murat NAVRUZ'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan sayın hocam Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığımız doktor, hemşire ve personelimize ayrıca teşekkür ediyorum.

Çalışmalarımın her aşamasında bana destek veren değerli eşim Dr. Hasan ÖNER'e, sevgili anneme, teyzeme ve kardeşlerime de şükranlarımı sunuyorum.

Arş. Gör. Dr. Âmine ÖNER

ÖZET

Erzurum İlinde, Aile Hekimliğinde Hizmetin Sürekliliğinin Ölçülmesi

Aile hekimi yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur (*Leeuwenhorst Tanımı 1974*). Aile hekimliğinde hizmetin sürekliliği, "hastaların tedavi ihtiyaçları ile uyumlu olarak geçmişte ve günümüzde almış olduğu sağlık hizmetleri arasındaki" ilişki olarak tanımlanmıştır. Hennen tarafından yapılan hizmetin sürekliliği tanımına göre kronolojik, coğrafi, disiplinler arası, ilişkisel ve bilgisel süreklilik boyutu olmak üzere toplam beş boyut vardır. Rogers ve Curtis, 1980 yılında yaptıkları çalışma ile Hennen'in beş boyutlu süreklilik tanımına erişebilirlik ve istikrar boyutunu da ekleyerek sürekliliği toplamda yedi boyut olarak tanımlamıştır. Günümüzde, hizmetin sürekliliği ile ilgili endişe, tıbbi hizmetin artan bölümlere ayrılması ve sanayileşme sonucunda ortaya çıkmıştır. Süreklilik, hastaları bir bütün olarak ele alan, hastanın sağlık ihtiyaçlarını yöneten tek bir hekim varlığında meydana gelmiş olur. Sağlık sisteminde hizmetin sürekliliğinin değerini anlayabilmek amacıyla sürekliliği kişisel görüşlerden bağımsız, objektif olarak ölçmek gereklidir. Yaptığımız bu çalışma ile Erzurum il merkezindeki ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'lerde hizmetin sürekliliğini hem hastalar, hem de hekimler açısından hazırladığımız anket soruları ile ölçülmeyi amaçladık.

Çalışmamızda birincil sonuç ölçütü olarak HVSİ ve HASİ alındı. Tanımlamalar şöyle yapıldı: Hizmet verenin süreklilik indeksi (HVSİ): Kayıtlı hastalar tarafından yapılan ziyaret sayısı / Toplam ziyaret sayısı, Hizmet alanın süreklilik indeksi (HASİ): Her zamanki hizmet verene yapılan ziyaret sayısı / Toplam ziyaret sayısı. Süreklilik boyutları hazırlamış olduğumuz anket soruları ile değerlendirildi. Bu çalışma Erzurum il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütüldü. Verilerin toplanması Kasım - Aralık 2015 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Çalışmaya Erzurum il merkezindeki ASM'lerde aile hekimliği yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 82 aile hekimi ve ziyaret ettiği aile hekimine altı aydan uzun süredir kayıtlı olan, çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü 629 hasta alındı. Aile hekimlerine hazırlamış olduğumuz ASM anketi, bu aile hekimlerini ziyarete gelen

gönüllü 629 hastaya ise hizmet alan anketi yapıldı. Başka bir hekimin yerine geçici olarak bakan ve bulunduğu ASM'de çalışmaya başlayalı altı aydan kısa süre olan aile hekimleri çalışmaya alınmadı. Verilerin analizinde SPSS bilgisayar programı kullanıldı. Verilerin karşılaştırılması Pearson ve Spearman korelasyon, Student t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA, Kruskal Wallis, Ki-kare, Ki-kare trend ve lineer regresyon analizi ile yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Çalışmaya katılan 82 aile hekiminin yaş ortalaması 39,33 ± 7,36 (min: 26, max: 57) yıldı. Katılımcıların %67,07'si (n=55) erkek, %32,93'ü (n=27) kadındı. Aile hekimlerine bir ay içerisinde başvuran toplam hasta sayısının ortalaması 785 ± 352 (min: 118, max: 2166) olarak bulundu. Bu bir ay içerisinde aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı hastaları tarafından yapılan poliklinik ziyaretlerinin ortalaması ise 572 ± 274 (min: 79, max: 1766) olarak bulundu. HVSİ değeri; %72 ± %11 (min: %40, max: %94) olarak bulundu. Çalışmaya katılan 629 hastanın yaş ortalaması 40,13 ± 14,79 (min: 18, max: 82) yıldı. Katılımcıların %70,3'ü (n=442) kadın, %29,7'si (n=187) erkekti. Katılımcıların son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşu (ASM veya II.- III. basamak sağlık kuruluşu) başvuruları ortalaması hesaplandığında 11,38 ± 10,28 (min: 1, max: 150) bulundu. Katılımcılar bu başvuruların 6,93 ± 6,91 (min: 1, max: 100) kadarını ASM'ye yaptığını ve ortalama 6 ± 6,13 (min:0, max:90) kadarını da kendi aile hekimine yaptığını belirtti. HASİ değeri; %56 ± %24 (min: %0, max:% 100) bulundu. Aile hekimlerinin çalıştığı ASM'nin evlerinden uzaklığının ($p=0,030$; standardize Beta=─0,242) ve disiplinler arası süreklilik puan ortalamasının ($p=0,006$; standardize Beta =─0,300) diğer değişkenlerden bağımsız olarak HVSİ'yi ters orantılı olacak şekilde etkilediği bulundu. Aile hekimlerinin hastaları ile olan iletişimlerinin diğer değişkenlerden bağımsız olarak HVSİ'yi doğru orantılı olarak etkilediği ($p=0,028$; standardize Beta =0,226) bulundu. Hastaların kayıtlı olduğu ASM'nin evden uzaklığının diğer değişkenlerden bağımsız olarak HASİ'yi orantılı olarak etkilediği saptandı ($p=0,002$; standardize Beta=0,120). Hastaların aile hekimine bağlı olma süreleri de diğer değişkenlerden bağımsız HASİ'yi orantılı olarak etkiliyordu ($p=0,045$; standardize Beta=0,080). Hastaların hekimleri ile olan ilişkileri de diğer değişkenlerden bağımsız HASİ'yi orantılı olarak etkilemekteydi ($p<0,001$; standardize Beta=0,173).

Sağlık hizmetlerinin etkili ve tam olarak yerine getirilmesinde “hizmetin sürekli” verilmesi esastır. Hizmette süreklilik olması durumunda sağlık hizmeti daha kaliteli, birey ve hekim memnuniyeti daha yüksek olacaktır. Hastaların sorunları ve ihtiyaçları ile ilgili daha bilgili bir hekim sayesinde daha düşük hastalık oranları, laboratuvar testleri ve hastane yatışı olacaktır. Hizmet sunumunda, süreklilik oranları yüksek olarak çalışan hekimlerin, mesleki memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve hizmetin sürekliliğinin hekimlerin birinci basamak uzmanlığına olan ilgisini arttırdığı görülmüştür. Bireye ya da ailesine uzun süredir hizmet veren hekimlerin hizmet verdikleri bireyler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve bu sayede hizmet verdikleri bireylerin bakımı için daha fazla sorumluluk duydukları görülmüştür. Hastanın “doktorum beni bilen kişidir’’ güvenini hissetmesi önemlidir. Sürekliliğin sağlanabilmesi için hekimlerin bilgi seviyelerinin artırılması, hekimlik becerilerinin geliştirilmesi ve hastalar tarafından daha iyi tanınmaları için bulundukları ASM’de daha uzun süre hizmet vermeleri sağlanmaya çalışılmalıdır. Hastaların da hizmetteki süreklilik ve bu durumun getireceği faydalar konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Hekimlerin ASM’ye yakın yerlerde ikamet etmeye teşvik edilmesi önerilebilir. Her hastanın bağlı olduğu ASM’nin coğrafi olarak ulaşımının kolay olması halinde sürekliliğin ve buna bağlı olarak da memnuniyetin daha yüksek olacağını düşünmekteyiz. Hasta hekim iletişiminin iyileştirilmesi için gerekli iletişim becerilerinin kazandırılması ve gerekli ortamın sağlanması sonucunda da yine hizmetin sürekliliği artırılmış olur. Hastaların her sağlık hizmet ihtiyaçlarında kendi aile hekimlerine ulaşabilmeleri sağlanmalıdır. Randevu sisteminin etkin kullanımı sağlanmalıdır. Hastaların memnun kaldıkları aile hekimi ile istikrarlı bir şekilde devam etmeleri yönünde politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: aile hekimliği, hizmetin sürekliliği, süreklilik boyutu, hizmet verenin süreklilik indeksi, hizmet alanın süreklilik indeksi

ABSTRACT

Measurement of Continuity of Care in Family Practice in Erzurum

Family physician is a specialty providing personal and consistent primary health care to people, families and inhabitants connected to a health center (Leeuwenhorst definition 1974). Service continuity in family practice is defined as relationship between healthcare services taken in the past and today related to the patients' treatment needs. According to service continuity definition made by Hennen there are 5 dimensions in this continuity environment as chronological, geographical, interdisciplinary, relational, and informational continuity. With their study made in 1980, Rogers and Curtis defined continuity as 7 dimensions adding accessibility and stability dimensions to Hennen's 5 dimensions definition.

Today the worry about continuity of care occurs because of increasing fragmentation of healthcare services and industrialization. Continuity will have occurred in the presence of only one physician who addresses patients as a whole and manages patients' health needs.

It is necessary to measure continuity objectively and regardless of personal views in order to understand the value of continuity of care in the health system. With this study we aimed to measure continuity in FHCs (Family Health Center) in Erzurum city center with questions directed to both patients and physicians.

SPCI and PCI were the primary outcome measures of the study. Their calculation was as follows: Service provider continuity index (SPCI): Number of visit of registered patients / Total number of visit, Patient continuity index (PCI): Number of visit to usual health center / Total number of visit.

Continuity dimensions were evaluated with a pre-tested questionnaire. This study was done in family health centers in Erzurum, between November and December 2015. Data collection was performed by the researcher herself via face-to-face interview. This study included 82 family physicians who were working in family health centers in Erzurum and volunteered for participating in the study, and 629 patients older than 18, who had been registered for more than 6 months with the family physician and volunteered for participating in the study. The FHC

questionnaire was applied to 82 family physicians and the patient questionnaire was applied to 629 volunteer patients who visited these family physicians. Family physicians substituting another physician and those working less than 6 months in the current FHC were not included in the study. The SPSS software was used for data analysis. Data comparison was done using Pearson and Spearman correlation , Student's t Test, Mann Whitney U Test, One-way ANOVA, Kruskal Wallis, Chi-square, Chi-square trend, and linear regression analysis. Significance level was taken as $p<0.05$.

Mean age of 82 family physicians participated in the study was 39,33 ± 7,36 (min: 26, max: 57) years. 67.07% (n=55) of participants were males, 32.93% (n=27) were females. Mean number of total patients applied to family physicians within one month was calculated as 785 ± 352 (min: 118, max: 2166) people. Mean outpatient visits done by patients registered to family physicians was 572 ± 274 (min: 79, max: 1766). SPCI value was calculated as 72% ± 11% (min: 40%, max: 94%).

Mean age of 629 patients that participated in the study was 40.13 ± 14.79 (min: 18, max: 82). 70.3% (n=442) of participants were females and 297% (n=187) were males. Mean number of applications to healthcare organizations (FHC or secondary - tertiary healthcare organizations) during the recent year was 11.38 ± 10.28 (min: 1, max: 150). Participants indicated that they made in average 6.93 ± 6.91 (min: 1, max: 100) applications to hospitals and 6 ± 6.13 (min:0, max:90) applications to their own family physicians. PCI was calculated as 56% ± 24% (min: 0%, max: 100%).

Using multivariate analysis, it was found that FHC's distance from family physician's home (p=0.030; standardize Beta=─0.242) and interdisciplinary continuity score (p=0.006; standardize Beta =─0.300). influenced SPCI in an inversely proportional way independently from other variables. It was also found that family physicians' communication with their patients influenced SPCI in a directly proportional way independently from other variables (p=0.028; standardize Beta =0.226).

It was determined that distance between patients' home and FHC to which patients were registered influenced PCI proportionally and independently from other variables (p=0.002; standardize Beta=0.120). And the time period that patients connected to family physicians influenced PCI proportionally and independently from other variables (p=0.045; standardize Beta=0.080). Also the relationship between patients and physicians influenced PCI proportionally and independently from other variables (p<0.001; standardize Beta=0.173).

Consistent and continuous health care are essential for the success of healthcare services. Given thtat there is continuity in health care, medical services will be of better quality and satisfaction of patients and physicians will be higher. Owing to a physician who has information about the patients' problems and needs, there will be less sickness rates, laboratory tests, and hospitalization.

This research demonstrated that physicians, who had high continuity rates, had higher job satisfaction, and service continuity increased the interest of physicians to primary care proficiency. It was also seen that physicians, serving to the individual and his/her family for a long time, had more information about individuals and owing to this they had more responsibility feeling for these individuals' care. It is important that the patient has confidence in his/her physician with the feeling of "my physician knows me".

In order to provide continuity, physicians' medical knowledge should be enhanced, medicine skills should be improved and in order to be known well by patients it should be provided that physicians give care in current FHC for a long time. And it is essential that patients' awareness should be raised about service continuity and benefits of this occasion.

It can be suggested that physicians are promoted to reside somewhere around the FHC. We think, if there is easy access to FHC to which every patient is registered, continuity will be higher and satisfaction will be higher too in parallel.

Continuity of care is improved as a result of giving the necessary communication skills to improve patient-physician communication and providing the necessary environment.

It should be ensured that patients can reach their own family physicians whenever they need. Effective utilization of appointment systems should be provided. It is suggested that patients should continue steadily with a physician from whom they are satisfied.

Key words: family practice, continuity of care, continuity dimensions, SPCI, PCI

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur (*Leeuwenhorst Tanımı 1974*) (1). Aile hekimliği disiplininin önemli unsurlarından biri olan hizmetin sürekliliği, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahiptir.

Aile hekimliğinde hizmetin sürekliliği hastaların tedavi ihtiyaçları ile uyumlu olarak geçmişte ve günümüzde almış olduğu sağlık hizmetleri arasındaki ilişki olarak tanımlanmıştır (2). Süreklilik en iyi, "güven ve sorumluluk duygusu ile karakterize, hekim ve hasta arasındaki kişilerarası ilişki ile hastanın geçmişi hakkındaki bilginin temel kullanılabilirliğine kadar değişen hiyerarşik bir kavram" olarak tanımlanmıştır (3). En kapsamlı "hizmetin sürekliliği" tanımı Hennen tarafından yapılmıştır. Hizmet alan ile hizmet veren arasındaki buluşmalar "süreklilik ortamı" içinde meydana gelir. Hennen'ın orijinal temasına dayanarak, bu ortamda; kronolojik (boylamsal, zamansal), coğrafi (yerleşimsel), disiplinler arası, ilişkisel (kişiler arası, hizmet alanla veren arasındaki) ve bilgisel (tıbbi kayıtlarla) süreklilik boyutu olmak üzere beş boyut tanımlanmıştır (4). Rogers ve Curtis 1980 yılında yaptığı çalışma ile Hennen'in beş boyutlu süreklilik tanımına "erişebilirlik" ve "istikrar" boyutunu da ekleyerek sürekliliği toplamda yedi boyut olarak tanımlamıştır (5).

Sağlık hizmetlerinin, hastanın sağlık hizmetindeki ihtiyaçları ile tutarlı, olguların koordineli ve kesintisiz birbirini izleyerek ele alındığı ölçüde sağlık hizmetinde sürekliliğin olduğu belirtilmektedir (6).

Hizmetin sürekliliği 18. yüzyılda toplumun ve hekimin istikrarı ile geliştirilmiştir. Günümüzde, hizmetin sürekliliği ile ilgili endişe, tıbbi hizmetin artan bölümlere ayrılması, sanayileşme, hekimlerin ve hastaların benzer değişkenlikleri ile doğru orantılı olarak büyümüştür (5).

Türkiye'de 2005 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Yapılan çalışmalar hizmette sürekliliğin sağlanması ile hasta ve hekim memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin arttığını göstermektedir. Süreklilik sayesinde hastaların tedaviye olan uyumları artar, hastaneye yatış oranları ve sağlık harcamaları azalır.

Sağlık sisteminde hizmetin sürekliliğinin değerini anlayabilmek amacıyla sürekliliği ölçmek gereklidir. Sürekli hizmetin kalitesini, sürekli hizmet alan bireylerin memnuniyet düzeylerini, hizmet sunucunun memnuniyet düzeylerini anlayabilmek için sürekliliğin kişisel görüşlerden bağımsız ve objektif olarak ölçümü gerekmektedir (7).

Yaptığımız bu çalışmada Erzurum il merkezinde bulunan ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'lerdeki hizmetin sürekliliğini hem hastalar, hem de hekimler açısından hazırladığımız anket soruları ile ölçmeyi amaçladık. Süreklilik boyutlarından kronolojik, coğrafi, disiplinler arası, ilişkisel, bilgisel, erişebilirlik ve istikrar sürekliliği ile HASİ'nin (Hizmet Alanın Süreklilik İndeksi) ve HVSİ'nin (Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi) değerlendirilmesini hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hizmetin Sürekliliği Nedir?

Hizmetin sürekliliği kavramı 18. yüzyılda geliştirilmiştir. Günümüzde, hizmetin sürekliliği ile ilgili endişe, tıbbi hizmetin artan bölümlere ayrılması, sanayileşme, hekimlerin ve hastaların benzer değişkenlikleri ile doğru orantılı olarak büyümüştür. Hizmetin sürekliliği ile ilgili günümüze kadar yapılmış olan çalışmalara bakıldığında, hizmetin sürekliliğinin tanımı konusunda görüş farklılıklarının olduğu görülmektedir (5).

Hizmetin sürekliliği, birden fazla hastalık epizotlarının sınırları aştığında, hastalığı önlemek ve hizmet koordinasyonu için sorumluluk duyulduğunda tıbbi görevliler ve hastalar arasındaki uzunlamasına ilişki olarak tanımlanmıştır (8). Bass ve Windle tarafından "hastaların tedavi ihtiyaçları ile uyumlu olarak geçmişte ve günümüzde almış olduğu sağlık hizmetleri arasındaki ilişki" olarak tanımlanmıştır (2). Breslau ve Reeb'e göre süreklilik şöyle tanımlanır: "tek bir doktor bir hastanın sağlık ihtiyaçlarını yönettiği ölçüde, tek bir doktora daha fazla hasta ziyareti olduğunda, daha fazla hizmet meydana gelmiş olur ve bu durum da süreklilik olarak kabul edilir" (9). Shortell, sağlık hizmetlerinin, hastanın sağlık hizmetindeki ihtiyaçları ile tutarlı, olguların koordineli ve kesintisiz birbirini izleyerek ele alındığı ölçüde, sağlık hizmetinde sürekliliğin olduğunu belirtmiştir (6). Shorr ve Nutting sürekliliği "tarama, kesin tanısal değerlendirme, tedavi ve takip gibi önemli klinik unsurlar arasındaki geçiş oranları" olarak tanımlar (10). Rogers ve Curtis'in yaptığı çalışmaya göre ise "hekim belirli sorunlar hakkında endişe duymak yerine, birey ve aile için, bir süreklilik içinde hizmet sorumluluğu duyduğu zaman" hizmetin sürekliliğinden bahsedilmektedir. Süreklilik ya bir hastalık epizotu süresince ya da hastalığın bir iki yılı boyunca kısa vadede hizmetin tanımı olarak da sıklıkla kullanılmıştır (5). Starfield'e göre hizmetin sürekliliği, hastaların aynı hekimi görme derecesi veya her durumda ya da belli bir dönemde aynı sağlık birimine başvurma derecesi olarak tanımlanır. Hekim bireyin ne sorunu olursa olsun kişinin bakımından çok, belli sorunlarının çözümüne odaklanır (11).

McWhinney, hekim hasta için devam eden sorumluluğu üstlendiğinde, hasta ve hekim arasında üstü kapalı bir şekilde hizmetin sürekliliğinin olduğunu tanımlar

ve burada anahtar kelimenin “sorumluluk” olduğunu ifade eder. Hekim her zaman mevcut olamayabilir ve bir hastanın ihtiyacı olan tüm hizmeti de yerine getiremeyebilir. Hekim, yetkili vekili tarafından hizmetin sürekliliğini sağlamaktan ve hizmetin bazı yönlerinin, danışılan hekimlere havale edildiği zamanki takibinden de sorumludur (12). Loxterkamp, bu aynı sorumluluk duygusunu belirten sürekliliğin özünü “hastanın bize ihtiyacı olduğu zaman orada olmak” olarak ifade etmektedir (13).

Çeşitli tanımlamalara göre süreklilik en iyi, güven ve sorumluluk duygusu ile karakterize, hekim ve hasta arasındaki kişilerarası ilişki ile hastanın geçmişi hakkındaki bilginin temel kullanılabilirliğine kadar değişen hiyerarşik bir kavram olarak tanımlanmıştır (3).

Süreklilik bir tıbbi karşılaşma içinde, en az bir katılımcı elemanın diğerinin ön bilgisine sahip olduğu zaman mevcuttur. Sağlık hizmetinin sürekliliğinin özü, hizmet veren ve hizmet alan arasındaki uyumlu bir ilişkiyi ilgilendiren bilgiye dayanmaktadır. Bu, sağlık sistemi ile hizmet alanın temaslarının bir dizisinin bilgisi anlamına gelmektedir (5).

Süreklilik, sağlık hizmeti içine dâhil edilen unsurlardan elde edilen ön bilginin miktarına bağlıdır. Bu unsurlar hastalar, aileler ve daha büyük gruplardan oluşan hizmet alanlar ve sağlık hizmeti sunan hizmet verenler olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Sürekliliğin mevcut olma durumunda, ya hizmet alan ya da hizmet veren veya her ikisi de, birbirlerinin ön bilgilerine bir derece sahip olmalı ve ikisi arasındaki bir buluşmada bu bilgiyi kullanmalıdırlar. Buluşmanın olduğu mekân ise “süreklilik ortamı” olarak adlandırılır. Bu hizmetin sürekliliğinin temel yapısıdır ve Şekil 1’de bu modelin detaylı bileşenleri gösterilmiştir (5).

Tıbbi Etkileşim		**Boyut**
Hizmet sağlayıcı eleman ↓ Karşılaşma Tipi ↑ Hizmet alan eleman	Yaş bağımlı ← (*temas*) Biyomedikal (*veri tabanı*) → Psikososyal	Kronolojik Coğrafi Disiplinler arası Bilgisel İlişkisel İstikrar Erişebilirlik

Şekil 1. Hizmetin süreklilik modeli (5).

Hizmet alan ve hizmet veren ile ilişkili bilgi tabanı kaydedilmiş veya kaydedilmemiş olabilir. Kaydedilmemiş bilgi ikinci elden elde edilmiş olarak doğrudan kazanılmış olabilir. Hizmet alan, hizmet veren hakkında önceden kaydedilmiş bilgiye genellikle sahip değildir ancak birinci ve ikinci elden kaydedilmemiş bilgiye sahip olabilir. Buna karşın, hizmet veren, hizmet alanın tıbbi kayıtlarına ait bilgi, hastane özetleri ve laboratuvar testleri genellikle kaydedilmiş şekilde mevcuttur. Buna ek olarak, hizmet veren hem birinci hem de ikinci elden önemli kaydedilmemiş bilgiye sahip olabilir. Bu bilgilerin eksikliğine veya kullanımına bakarak, sürekliliğin kalitesi ve düzeyi üzerinden doğrudan çıkarımlar yapabiliriz. Bu durumda hizmet alan için bilgi tabanı büyük olduğu zaman, hizmetin sürekliliğinin de büyük olduğunu kabul edebiliriz (5).

En kapsamlı hizmetin sürekliliği tanımı Hennen tarafından yapılmıştır. Hizmet alan ile hizmet veren arasındaki buluşmalar "süreklilik ortamı" içinde meydana gelir. Hennen'ın orijinal temasına dayanarak, bu ortamda;

- Kronolojik (boylamsal, zamansal) süreklilik,
- Coğrafi (yerleşimsel) süreklilik,
- Disiplinler arası süreklilik,
- İlişkisel (kişiler arası, hizmet alanla veren arasındaki) süreklilik ve

- Bilgisel (tıbbi kayıtlarla) süreklilik

boyutu olmak üzere beş boyut tanımlanmıştır (4). Rogers ve Curtis 1980 yılında yaptığı çalışma ile Hennen'in beş boyutlu süreklilik tanımına erişebilirlik ve istikrar boyutunu da ekleyerek sürekliliği toplamda yedi boyut olarak tanımlamıştır (5). John W. Saultz da 2003'de yapmış olduğu çalışmada hizmetin sürekliliğinde "aile" boyutundan bahsetmiştir (3).

1. Kronolojik (Boylamsal) Süreklilik:

Aynı tıbbi kayıt ve aynı uzmanlar ile aynı yerde oluşan sağlık hizmet etkileşiminin devam eden bir kalıbı anlamına gelir (3). Hem hastaların hem de ailelerin yaşamlarındaki değişiklikleri ve krizleri kapsayan süreler boyunca sağlanan sağlık hizmetlerini içerir. Bu, her yaştan insan için hizmet anlamına gelir. Bu durum çocuk doktorları ve dâhiliye doktorları için sınırlamaların olduğunu ortaya koyar. Birey ve ailesi hakkında bilgi zamanla kurulur. Aile tanısı ve hasta yönetiminin yanı sıra bilimsel çalışmalarda bir temel olması için gerekli "olgunlaşmış" bilgi sağlanır. Böylece hizmet veren kişiler tarafından hasta ile ilgili bilgi düzeyleri genişlemiş olur. Boylamsal hizmet, hizmet alan ve hizmet veren arasındaki genişletilmiş ilişkinin sonucu olarak, psikososyal hizmetin kalitesi, biyomedikal hizmetin süreklilik üzerine etkilerinden daha fazla bu ilişkiyi etkileyebilir (5).

2. Coğrafi Süreklilik:

Hastanın yeri nerde olursa olsun (ofis, ev, hastane vb.) hizmetin sürekliliğinin sağlanabilmesini ifade eder. Yani hizmetin verildiği bölgeyi belirtir (3). Hennen, bir hekim bölgeye bakmaksızın (hatta üçüncü basamak sağlık hizmeti merkezinde dahi) tüm tıbbi temasları sağladığı zaman sürekliliğin kurulduğunu belirtmektedir (4).

3. Disiplinler Arası Süreklilik:

Hastanın, geleneksel tıbbi uzmanlık dallarını kapsayan bir hizmete ihtiyacı olduğunda bile, onun önceki bilgilerinin mevcut olmasını mümkün kılan hizmeti ifade eder (3). Vücut sistemi sınırlarını aşarak, hastalıkları geniş bir yelpazede bütünleştirmek ve yönetmek, sosyal ve davranışsal problemler gibi hastanın ailesiyle ilgili olan durumlarda doktorun tutumu olarak da tanımlanmaktadır. Ayrıca, tek bir

kaynaktan bütüncül hizmet aramak için hizmet alanların istekliliğini de göstermektedir (5).

4. İlişkisel (Kişiler arası) Süreklilik:

Hasta ve hizmet veren arasında sürekli devam eden kişisel güven ve dürüstlükle karakterize bireysel bir ilişkinin olduğu, boylamsal sürekliliğin özel bir tipini ifade eder (3). Doktor-hasta ilişkisinin, aile ilişkilerinin ve sağlık hizmet sisteminin farklı yönleri ile hastaya yardımcı olan bağlantı elemanlarının (paramedikal personeller, sekreterler, resepsiyonistler, tıbbi meslektaşlar ve hastane personeli) sürekliliğini içerir. Bu boyut içinde, kabul edilmiş ve yapılması üstlenilen görevlere karşı sorumluluk duygusunun çalışma saatleri aşıldığında da, hizmet veren kişi tarafından hasta, aile ve topluma karşı devam etmesidir (5).

5. Bilgisel Süreklilik:

Bilgi sistemleri tarafından hasta hizmeti için verilen sürekliliği destekler (5). Bir hasta için ilgili her hizmet verenin, hasta farklı yerlerde farklı hizmet verenler tarafından hizmet almış olsa dahi, hastanın önceki hizmet karşılaşmaları hakkında kapsamlı bilgiye ulaşabilmesi anlamına gelir. Ancak bir kişinin hastanın tıbbi hikâyesini okuyarak onun hakkında bilgi sahibi olması, hasta ile herhangi bir ilişki içinde olduğu anlamına gelmez (3). Bu boyut, hastalığın epizotları, takibi, yönetim planlarının yanı sıra etkili iletişimler, iyi sevk (yönlendirme) sistemleri ve bir de acil servisler ve hastanelerin geri bildirimini gösteren yeterli tıbbi kayıtlara dayanır. Dolaylı olarak anlaşılan, bilgi sağlamak ve verilerin elde edilebildiği uygun kaynakları göstermek de hizmet alanın istekliliği ile olur (5).

6. Erişebilirlik Sürekliliği:

Uygun ofisler, etkin randevu sistemleri, mesai dışı hizmetin sağlanması ve tıbbi tavsiye için erişimin kolaylığı tarafından kurulan sürekliliği sağlar (5).

7. İstikrar Sürekliliği:

Hizmet sunulan toplumun istikrarı ve aile ile bireyin göreceli kararlılığı ile ilgilidir. Ayrıca, bu durum hizmet verenin istikrarı veya hareketliliği içinde geçerlidir (5). Göçler, mevsimsel nüfus değişimleri ve yasal düzenlemelerin sık değişmesi sonucu hizmetin sürekliliğinin sağlanamaması bu başlık altında incelenebilir.

2.2. Hizmetin Sürekliliğinin Ölçülmesi

Hizmetin sürekliliğinin, hizmetin kalitesine veya bireyin memnuniyetine olan etkisini bilmek istiyorsak sürekliliğin objektif olarak ölçümü önemli hale gelir (8). Sağlık sisteminde hizmetin sürekliliğinin değerini anlayabilmek amacıyla sürekliliği ölçmek gereklidir. Stephen Shortell 1976'da tıbbi hizmetin sürekliliği kavramının nicelleştirilmesi için iki istatistiksel ölçüm önermiştir. Bu ölçümler önceden kullanılmış olan sürekliliğin basit ölçümleri üzerinde bir iyileşme geliştirerek, bu kavramın nicelleştirilmesinde önemli bir gelişme oluşturmuştur (6). Thomas W. Bice ve Stuart B. Boxerman'ın çalışmasında, Shortell'in istatistiklerinde belirttiği dört özelliğin, sürekliliğin bir ölçümü içinde birleştirilmesi gerektiğinden bahsetmektedir:

1. Hizmetin sürekliliği ölçüldüğü zaman analizin birimleri olarak bireylerin kullanımı
2. Hizmet verenleri farklı sayılarda kullanan bireylerin karşılaştırılabilirliği
3. Toplam ziyaret sayısının etkisi
4. Hizmet verenler arasındaki sevk özellikleri (14).

Thomas W. Bice ve Stuart B. Boxerman, bir hastalığın epizotu veya belirli bir dönemi için bireyin klinik ziyaretlerinin toplam sayısı verilen bir kişinin, sevk edilmiş hizmet verenlerinin biri veya bir grubuyla var olduğu ölçüde dâhil etmek için Shortell'in hizmetin sürekliliği tanımının işlevsel hale getirildiğinden bahsetmektedir (14). Bu amaçla, Thomas W. Bice ve Stuart B. Boxerman çalışmasında, Rae ve Taylor'ın (15) indeksinden uyarlamış olduğu hizmetin sürekliliğinin indeksini aşağıdaki denklemde (Denklem-1) olduğu gibi sunmuştur (14).

Denklem-1 (14).

n= Ziyaretin toplam sayısı

$\mathbf{n_j}$ = Hizmet veren j için ziyaretlerin sayısı

s= Sevk edilmiş hizmet veren sayısı

Hizmetin Sürekliliği (COC) =

$$1-\frac{(n^2-\sum_{j=1}^{s} n_{j^2})/2n^2}{(n-1)/2n}$$

Not: Denklemde ya olağan bir hizmet veren ya da sevk edilen (yönlendirilmiş) hizmet veren için bütün ziyaretler, tek bir hizmet verene yapılmış olarak gösterilmiştir.

Denklem-1'deki parçanın numaraları olayların dağılımını (yani, ziyaretleri), hizmet verenleri ifade eder. s= 1 olduğu zaman, bütün ziyaretler tek bir hizmet veren ile var olur ve $(n^2-\sum_{j=1}^{s} n_{j^2})/(2n^2)=0$, dağılma belirtmez veya süreklilik maksimum olur (14).

Hizmet verenlerin sayısı tüm kişiler için eşit olduğunda, $[1-(n^2-\sum n_{j^2})/(2n^2)]$ bu durum sürekliliğin bir ölçüsü olarak yeterli olacaktır. Bununla birlikte, bu şekildeki bir uygulamanın meydana gelmesi olası olmadığında son derece kısıtlayıcı bir durum ortaya çıkar ve ölçümün hizmet verenlerin farklı sayıları için standardize edilmesi gerekir. Bunu gerçekleştirmek için, maksimum sayısal varyant, olası sözü geçen n değerinin ifade edildiği paydasını (n-1) / (2n) olarak tanımlar. Aslında, n ziyaretlerin her biri farklı hizmet verenler içerdiği zaman minimal sürekliliğin oluştuğu varsayılır. Sürekliliğin ilk tanımından ve bu varsayımdan itibaren, Denklem-2, Denklem-1'in sadeleştirilmiş hali olarak meydana gelir (14).

Denklem-2 (14).

$$COC = \frac{\sum_{j=1}^{s} n_{j^2-n}}{n(n-1)}$$

Ölçümün, bireyin kullanımının bir özelliği olduğu göz önüne alındığında, sürekliliğin bireysel olarak ölçülmesi gerektiği kavramı ortaya çıkar. Böylece, nüfusun bireysel üyelerinin hizmetin sürekliliği üzerinde önerilen bir sağlık hizmet sağlama sisteminin etkisi, toplanmış nüfus için hesaplanan bir süreklilik ölçüsü ile daha tatmin edici incelenebilir (14).

Rogers ve Curtis'e göre ise, süreklilik ölçümü için girişimler iki ana kategoriye ayrılır. Bunlardan ilki; "süreksizlik" durumunun tespit edilmesi ve bir "süreklilik" durumuna değiştirilmesidir. Bu durumda sunulan hizmetin belirli değişkenlerinin iyileştiğini gösteren kanıtlar vardır. İkinci kategori ise; genellikle sağlık sonuçlarının bu sistem içinde daha iyi olduğu, üstü kapalı varsayımlar ile kurulmuş bir süreklilik durumunun varlığını ve bütünlüğünü belgelemek için girişim çalışmalarını içerir. Genellikle, ölçümler aşağıdaki durumlara yönelik yönlendirilmiştir (5).

1. Hizmetin sürekliliği, hasta ve ailesine hizmet veren veya hizmet verenin ekibi tarafından verilir. Bu hasta ziyaretleri, hastalık epizotları veya planlanmış ya da planlanmamış ziyaretlerin bir bölümü olarak ölçülmüştür.
2. Sağlık sisteminin tamamı hizmetin sürekliliği, kaçırılmış randevu oranlarının araştırılması, tekrarlanmış testlerin sayısı, prosedürler ve fizik muayeneler, hizmet kaynaklarının sayısı, konsültasyon ve sevk yazılarına geri dönüş oranı, hastaların tarama veya önleyici programlardan ayrılma oranları gibi ölçütlerle belirlenir.
3. Hizmetin sürekliliğine yönelik tutum değerlendirilir (5).

Aşağıdaki şekil (Şekil 2) sürekliliğin ölçülebilir bir modelinin meydana gelmesidir. Bu durum hizmet veren eleman, hizmet alan eleman, karşılaşma tipi, veri

tabanı ve çevre boyutunu içerir. Sürekliliğin ideal direk ölçüsü bilgi temelinin kapsamı olur. Ancak modelin diğer bileşenlerinin analizini sonuca ulaştırmak daha kolay olabilir ve muhtemelen hizmetin sürekliliğinin iyi bir dolaylı ölçümünü sağlar. Bu bileşenler matematiksel olarak, yani karşılaşmaların sayısı, bir hasta veya ailenin hizmeti ile ilgilenen hizmet verenlerin sayısı, karşılaşmanın farklı bölgelerinin sayısı, kayıtlı bilginin yönleri vb gibi değerlendirilebilir (5).

Bileşen	**Ölçülebilir Birim**
Hizmet Veren	Hekim, hekim yardımcısı, hemşire, hemşire yardımcısı sosyal çalışmacı, teknisyen, idari personel
Hizmet Alan	Bireysel hasta, çekirdek aile, geniş aile, mesleki grup, topluluk grubu
Karşılaşma Tipi	*Direk:* Yüz yüze (görsel, sözel), telefon ile (sözel), yazılı mesaj *İndirek:* Yüz yüze (görsel, sözel), telefon ile (sözel), yazılı mesaj
Bilgi Temeli	*Kayıtlı*: Tıbbi kayıtlar, mesajlar, bilgisayar kaydı *Kayıtlı*: İlk elden bilgi (hafıza), ikinci elden bilgi
Süreklilik Boyutları	*Kronolojik*: Zamanla hizmet *Coğrafi*: Hizmet alanı *Uzmanlık*: Dar veya bütüncül *İlişkisel*: Hastalar, aileler ve hizmet sağlayıcılar arasında *Bilgisel sistem*: Tıbbi kayıtlar *Erişebilirlik:* Erişim alanı, randevu sistemi v.b. *Hareketlilik / İstikrar*: Hizmet veren veya hizmet alan

Şekil 2. Süreklilik Modelinin Bileşenleri (5).

Sürekli hizmetin kalitesini, sürekli hizmet alan bireylerin memnuniyet düzeylerini, hizmet sunucunun memnuniyet düzeylerini anlayabilmek için sürekliliğin kişisel görüşlerden bağımsız olarak ölçümü gerekmektedir (7). Aşağıda gösterilmiş olan tablolarda (Tablo 1, 2, 3), hizmetin sürekliliğini ölçmek için oluşturulmuş olan çeşitli indeksler ve her ölçüm tekniğinin kullanılmış olduğu,

kişiler arası sürekliliğe hitap eden çalışmalar listelenmiştir. Tablo 1'de listelenen ilk 12 doküman belirlenmiş olan birincil hekim gerektirmez, bunun yerine ziyaretlerin kalıpları incelenir. İkinci gruptaki dokümanlar, bazı ziyaret kalıplarına dayalı keyfi atamalar yapılmasına rağmen, birincil hizmet veren olarak belirli bir birey gerektirir. Üçüncü gruptaki dokümanlar ise, Aile Hekimliği için önemli olması gerekli bir kavram olan "aile sürekliliğini" ölçmek için tasarlanmıştır. Ayrıca, bu üç ölçüm araçlarının her biri, ziyaret kalıplarının incelendiği bireysel ölçümlerin birinin basitçe uyarlamasıdır (3).

Tablo 1 . Kayıtlı Hekimin Gerekmediği Ölçümler

İndeksler	**Açıklaması**
1. Hizmetin Süreklilik İndeksi / Continuity of Care Indeks (COC)	Hizmetin süreklilik indeksi 0'dan (süreklilik yok) 1'e (mükemmel süreklilik) kadardır. COC puanı her hasta için hesaplanır ve hastayı gören her hizmet sunucu için hesaplamaların bir dizisinin toplamına dayanır. Hekimlere yaptığı beş ziyareti sırasında beş farklı hizmet sunucuyu gören hastalara göre, beş ziyareti sırasında iki farklı hizmet sunucuyu gören hastaların COC puanı daha yüksek olarak sonuçlanır. COC indeksi, her hasta için atanmış hizmet sunucu olmadığı uygulamalarda bile hesaplanabilir (8).
2. Görülen Hizmet Veren Sayısı / Number of Provider Seen (NOP)	Bir birey tarafından ziyaret edilen hizmet sunucuların sayısı (NOP), bir hizmet sunucuda yoğunlaşmamanın (yani dağılmanın) bir ölçütü olabilir. Tabiiki bu ölçüt sabit sayıdaki hizmet sunucular arasındaki dağılım değişimlerini göstermek için hassas değildir (16). Bu tür ölçütler Shortell ve ark. ve Ekenstram ve ark. tarafından kullanılmıştır. Ejlertsson tarafından tanımlanan K-ölçütü hizmet sunucuları modifiye ederek "hizmet sunucular / yapılan vizite sayısı" şekline dönüştürür. Böylece K ölçütü hizmetin bir sunucuda yoğunlaşması konseptinden uzaklaşarak hizmet kullanımını da hesaba katar (16).

Tablo 1. (Devamı)

3. Ardışık Süreklik İndeksi / Sequential Continuity Index (SECON)	Birbiriyle geçici olarak ilişkili olan bakım hizmetini ölçmektedir. Bazı yazarlar, süreklilik ölçümünü, "ardışık yapılan iki ziyarette de aynı hizmet verenin görülmesi" şeklinde tanımlamaktadır. SECON'da süreklilik ziyaretlerinin toplam sayısı aynı olduğu zaman bile, iki ardışık ziyaret üzerinde aynı hizmet vereni gören daha yüksek puanı alarak, geçici olarak ilişkili olduğu hizmetin bölümlerine bakmak için çalışır (8). Steinbach tarafından geliştirilen SECON, basitçe ardışık ziyaret sürekliliği "s" olarak tanımlanırsa, önceki vizitede de aynı hekim ziyart edilmişse s=1, değilse s=0 olur. SECON sadece sürekliliğin "ardışıklık" kısmını gösterir. Uzun süredir aynı hekimden hizmet alınması ile tamamen yeni bir hekim arasında ayırım yapamaz (16). Başka yazarlar ardışıklığı biraz daha sürekliliğin bir göstergesi olarak ölçmeye çalışmışlardır. Diyelim ki bir hasta şu sırayla dört vizite yapmış olsun: doktor A – doktor B – doktor B ve doktor A. Başka bir hasta ise doktor A – doktor B-dotor A – ve doktor B şeklinde viziteler yapsın. Bu durumda, her iki hasta için de Hizmetin Süreklilik İndeksi COC ve Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi UPC aynı olmasına rağmen birinci hasta için SECON daha yüksek olacaktır (8).
4. Olası Süreklilik İndeksi / Likelihood of Continuity Index (LICON)	LICON ve LISECON'da Steinwach tarafından geliştirilmiştir ve 1 eksi "hizmet sunucunun rastgele olması durumunda daha iyi süreklilik olasılığı (NOP olarak)" olarak tanımlanır (16).
5. Olası Ardışık Süreklilik İndeksi / Likelihood of Sequential Continuity Index (LISECON)	Bir eksi "hizmet sunucunun rastgele olması durumunda SECON açısından süreklilik" olarak tanımlanır. LICON ve LISECON hizmet sunucunun rastgele olmasının nasıl tanımlandığından etkilenirler (16).

Tablo 1. (Devamı)

6. Herfindahl İndeks (HH)	Bu indeks aslında endüstrideki yoğunluğu ölçmek için geliştirilmiştir; UCP ve NOP arasında bir değer alır. HH hasta başına hizmet sunucusunun sayısının dağılımındaki yoğunlaşmayı değerlendirirken COC ve FRAC hizmet sunucu açısından vizitelerin dağılıyla ilgilenirler (16).
7. Modifiye Süreklilik İndeksi / Modified Continuity Index (MCI)	Modifiye Süreklilik İndeksi (MCI), basit verileri kullanır, bireysel hastalar tarafından ziyaretin toplam sayısına eklenen duyarlılığı sağlar ve uygulama yönetiminin amaçları için başvuru daha kolay olabilir. MCI daha kolay hesaplanabilirdi ancak, kendi puanları da kolayca yanlış yorumlanabilir. Örneğin, aynı hizmet verene 2 ziyaret 0,524'lük MCI doğuracaktır, COC veya UPC'nin sonuçlanacağı değer 1 değildir. İki ziyaret ile hastaların çoğunluğundaki uygulamada, tüm hastalar kendi hekimlerini görse bile MCI 1'den daha az gösterecektir (17). Hastanın muayeneye seyrek gelmesi durumunda UPC sürekliliği yüksek gösterebilir. A hastası sadece iki kez muayeneye gelir ama her seferinde aynı hekimi görse, buna karşılık B hastası 10 kez gelse ve hep aynı hekimi görse UPC her iki hasta için de sürekliliği %100 olarak gösterecektir. Godkin ve Rice tarafından geliştirilen modifiye sürelilik endeksi (MCI), vizite sayısı ve hasta sürekliliğinin fazla olması durumunda daha yüksek çıkar. MCI'ın hesaplanması kolaydır çünkü sadece toplam vizite sayısının ve hizmet sunucu sayısının bilinmesi yeterlidir. Muayenehanede her hastaya ayrı bir hekim tanımlanamadığı durumlarda da MCI hesaplanabilir (8).

Tablo 1. (Devamı)

8. Modifiye, Modifiye Süreklilik İndeksi / Modified, Modified Continuity Index (MMCI)	Belirtilen indekslerin dışında bir de modifiye modifiye süreklilik indeksi geliştirilmiştir. Bunun için once MCI hesaplanır, sonra mümkün olan en fazla vizite sayısına bölünür. Böylece 0 ile 1 arasında bir değer elde edilir. MMCI'ın hesaplanması kolaydır, çok sayıda hekimin olmasından fazla etkilenmez ve yorumlanması kolaydır (17).
9. Yoğunluk İndeksi / Index of Concentration (CON) (18)	CON indeksi her zaman pozitif olup 0-1 arasındadır. X ekseninde 5'ten 1'e kadar dağılan beş hizmet kaynağı olması durumunda 5 numaralı kategori hizmet alıcıların %100'ünü içerirse CON indeksi 1 olur. Bu durumdaki indeks hizmet alanların tamamının 1 numaralı kategoride olmasından ayırt edilemez (6).
10. GINI Yoğunluğun İndeksi / GINI Index of Concentration (GINI)	CON indeksinin hizmet alınan kategorileri ayırt edememesi isenmeyen bir durumdur. Yukarıda CON için verilen örnekte, hizmet alanların tamamının 1 numaralı kategoride olması halinde GINI indeksi -0,8 olacaktır. Bu gibi durumlarda GINI indeksi daha kullanışlıdır. GINI indeksi -1 ile 1/N'den +1 ile 1/N arasında değişebilir (6).
11. K İndeksi	K İndeksinin hesaplanması kolaydır. Her bir hasta için sadece hizmet alınan hekim sayısı ve toplam vizite sayısının bilinmesi gerekir. Dalby'de organizasyonel değişimlerin sürekliliği nasıl etkilediğini ölçmek için K indeksi kullanılmıştır. 1970'te hizmeti genişletip haftada üç gün akşam saatlerinde de çalışmaya başlanmış. Ayrıca yeni bir randevu sistemi oluşturulmuş. 1974-1977 yılları arasında K indeksinin %43'ten %54'e çıktığı saptanmıştır. 1981'de ise hekimlerden üçü yarı zamanlı bir araştırma işine başlamış ve klinik hizmetlerini azaltmışlardır. Bu hekimlerin yerine başka hekimler bakmaya başlamışlardır. Bunun neticesinde K indeksinde hızlı bir düşüş görülmüş ve 1980'de %53 olan inseks 1981'de %42'ye gerilemiştir. Diğer taraftan, süreklilik bu yöntemle hesaplandığında spesifik tanı grupları

Tablo 1. (Devamı)

	için daha yüksek çıkmaktadır. Örneğin, 1979'da dolaşım sistemi hastalıkları için K indeksi %81,3; mental hastalıklar için ise %73,4 bulunmuştur (19).
12. FRAC İndeksi	FRAC indeksinin 0 olması sürekliliğin en fazla olduğunu, yani vizitelerin hepsinin aynı hizmet sunucusuna olduğunu gösterir. Aynı doktora iki vizite yapılması ile 10 vizite yapılmasının FRAC puanı eşittir. 10 farklı hekime 10 farklı ziyaret yapılması durumunda FRAC puanı 0,90 olur. FRAC ancak sonsuz sayıda, her biri farklı hekimlere yapılan vizite durumunda 1 olabilir (20).

Tablo 2. Kayıtlı Hekim Gereken Ölçümler

İndeks	Açıklaması
1. Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi / Usual Provider Continuity Index (UPC)	Hastanın tecrübesini ölçer. Hasta sağlık hizmetine ulaştığında, hangi oranda kendi birinci basamak hizmet sunucusunu görebildiğini ölçen bir yöntemdir. Olağan hizmet veren (UPC), hasta ve hizmet verenler arasındaki ilişkiyi basite indirgemektedir. UPC basitçe, atanmış birincil hekime ziyaretlerin, hasta ziyaretlerinin toplam sayısına oranıdır. Örneğin, bir hasta 8 ziyaret yapsa, bunun 4'ü bir hekime olsa, hesaplanan UPC 0,5 (4/8) olur. UPC hasta-hizmet veren sürekliliğinin iki yönünü yansıtmaz; toplam görülen hekim sayısı ve toplam ziyaret sayısını içerir. Bu örnekte, hasta 2 ila 5 hekim görse dahi, 4 ziyaret de atanmış birincil hekime olduğu sürece UPC 0,5 kalmaktadır. UPC'nin bir çeşidi, hastaların uygulama içinde kendi hekimlerini, bir ekip üyesini veya muayenehanenin başka bir üyesi tarafından ne sıklıkta görüldüğünü değerlendirmek için Rogers ve Curtis tarafından Kuzey Carolina Üniversitesi'nde kullanılmıştır. Birden fazla ziyaret yapan hastaların % 90'ının kendi hekimleri tarafından özel olarak görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca bireysel hekime yapılan ziyaretlerin %68-%86'sının sadece kendi atanmış hekimlerini gören hastalar tarafından olduğu bulunmuştur. (17).
2. İlişkinin Süresi / Duration of Relationship	Atanmış hekim ile olan ilişkinin süresini belirler.
3. Hekimin Değişim Oranı / Rate of Provider Turnover	Atanmış olan hekimlerin değişim oranlarını belirler.
4. En Sık Hizmet Verenin Sürekliliği / Most Frequent Provider Continuity	Çalışma süresi boyunca en sık görülen kişi olarak birincil hizmet vereni tanımlar (3).

Tablo 2. (Devamı)

5. Hizmet Vereni Tanıma İndeksi / Index Provider Identification	Birincil hizmet veren olarak görülen ilk hizmet vereni tanımlar (3).
6. Hasta Muayenesi, Görüşmesi veya Anketi / Patient Survey, Interview or Questionaire	Hastanın atanmış hekimine yapmış olduğu ziyaretlerin sürekliliğini belirler.

Tablo 3. Ailesel Süreklilik Ölçümleri

İndeks	**Açıklaması**
1- Aile Hizmet Ölçümü / Family Care Measure	Tüm aile bireylerinin bir tek hizmet sunucudan ne dereceye kadar hizmet aldıklarını belirlemek için tanımlanmıştır.
2- Ortalama Aile Süreklilik İndeksi / Family Mean Continuity Index	Aile üyelerinin hizmet veren ile aralarındaki ortalama sürekliliklerini belirler.
3-Hizmetin Aile Süreklilik İndeksi / Family Continuity of Care Index	Aile üyelerinin hizmet verenden aldığı hizmetin sürekliliğini ölçer.

Tablo 4. Hizmet Verenin Süreklilik İndeksinin Hesaplanması

HVSİ = KHZ / TKZ HVSİ=Hizmet verenin süreklilik indeksi KHZ= Kayıtlı (atanan) hastalar tarafından yapılan ziyaret sayısı TKZ= Toplam klinik ziyaret

HVSİ zaman içinde aynı hastayı gören hizmet verenlerin deneyimini ölçer. Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi (HVSİ), hasta deneyimini değil hekimin deneyimini ölçmektedir ve her bir hizmet veren kişinin tüm ofis görüşmelerine dayalı olarak hesaplanabilmektedir. Kayıtlı (atanan) hastalar tarafından aile hekimine yapılan ziyaret sayısının, o aile hekimine yapılan toplam klinik ziyaret sayısına oranlanması ile hesaplanır (8).

Tablo 5. Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi (UPC=Usual Provider Continuity Indeks) Hesaplanması

OHVSİ=AHVTZ / TZ
OHVSİ=Olağan Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi
AHVTZ=Atanan Hizmet Verene Yapılan Toplam Ziyaret
TZ=Toplam Ziyaret

Olağan hizmet verenin süreklilik indeksi (OHVSİ), hasta deneyimini ölçer. Ofiste yarım gün çalışan bir hekim kendine kayıtlı hastalarını görebilir fakat bu, kayıtlı hastaların hepsinin her ofis görüşmesinde kendi hekimlerini görebildiği anlamına gelmez. Hasta sağlık hizmetine ulaştığında, hangi oranda kendi birinci basamak hizmet sunucusunu görebildiğini ölçen bir yöntemdir. Bir hastanın kendi aile hekimine yaptığı ziyaretlerin sayısının, yapmış olduğu toplam ziyaret sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. UPC'nin ölçülebilmesi için hizmet sistemi her bir hasta için kayıtlı olduğu bir hekim sağlayabilmelidir (8). Örneğin, bir hasta 8 ziyaret yapsa, bunun 4'ü bir hekime olsa, hesaplanan UPC değeri 0,5 (4/8) olur. UPC hasta - hizmet veren sürekliliğinin iki yönünü; toplam görülen hekim sayısını ve toplam ziyaret sayısını yansıtmaz. Bu örnekte, hasta 2 ila 5 hekim görse dahi, 4 ziyaret de atanmış birincil hekime olduğu sürece UPC 0,5 kalmaktadır (17). UPC değeri yüksek olan hastaların, kendi sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarının da yüksek olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (8).

UPC'nin bir çeşidi, hastaların uygulama içinde kendi hekimlerini, bir ekip üyesini veya sağlık biriminin başka bir üyesi tarafından ne sıklıkta görüldüğünü değerlendirmek için Rogers ve Curtis tarafından Kuzey Carolina Üniversitesi'nde kullanılmıştır. Birden fazla ziyaret yapan hastaların %90'ının kendi hekimleri tarafından özel olarak görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca bireysel hekime yapılan ziyaretlerin %68 - %86'sının sadece kendi atanmış hekimlerini gören hastalar

tarafından olduğu bulunmuştur (21). Bu çalışmada sağlık biriminde hizmetin sürekliliğinin yüksek olduğu gösterilmiştir (17).

Tablo 6. Hizmet Alanın Süreklilik İndeksinin Hesaplanması

HASİ = HVZ / TZ
HASİ = Hizmet alanın süreklilik indeksi
HVZ = Her zamanki hizmet verene yapılan ziyaret sayısı
TZ = Toplam ziyaret sayısı

Hastanın kendi aile hekimine yaptığı görüşmelerin sayısının, yapmış olduğu toplam görüşme sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır (8).

Tablo 7. Modifiye Süreklilik İndeksi (MCI=Modified Continuity Index) Hesaplanması

$\text{MSİ} = 1 - \frac{S}{n+0,01}$
MSİ = Modifiye süreklilik indeksi
S = Hizmet sağlayıcıların toplam sayısı
n = Ziyaret edenlerin toplam sayısı

Modifiye Süreklilik İndeksi (MCI), basit verileri kullanır, bireysel hastalar tarafından ziyaretin toplam sayısına eklenen duyarlılığı sağlar ve sağlık birimi yönetiminin amaçları için başvuru daha kolay olabilir. MCI daha kolay hesaplanabilirdi ancak, kendi puanları da kolayca yanlış yorumlanabilir. Örneğin, aynı hizmet verene 2 ziyaret 0,524'lük MCI doğuracaktır, COC veya UPC'nin sonucu ise 1 değildir. İki ziyaret ile hastaların çoğunluğundaki uygulamada, tüm hastalar kendi hekimlerini görse bile MCI 1'den daha az gösterecektir (17).

Tablo 8. Hizmetin Süreklilik İndeksinin (COC=Continuity of Care Index) Hesaplanması

$$\text{HSİ} = \frac{\sum_{i=1}^{s} n_i^2 - n}{n(n-1)}$$

HSİ = Hizmetin süreklilik indeksi

n_i = Hizmet verene yapılan ziyaret sayısı i

n = Ziyaretlerin toplam sayısı

s = Hizmet verenin gördüğü toplam sayı

Hizmetin Sürekliliği (COC), nihai süreklilik skoru hesaplamasına toplam görülen hizmet verenin sayısını da dâhil etmektedir. Önceki örnekte olduğu gibi, bir hasta 8 ziyaretin 4'ünde bir hekimi, 4'ünde de bir diğerini görürse, COC 0,429, UPC'de ise 0,5 olacaktır. Dört ziyaret bir hekime, kalan 4 ziyaretin de her biri farklı hizmet verenlere olursa, UPC değişmeden 0,5 olurken, COC 0,214 olacaktır. Böylece, hasta toplam ziyaretlerinin aynı kısmı için birincil hizmet vereni görse bile, COC görülen hizmet verenlerin sayısındaki artış ile düşer (17).

Tablo 9. Sıralı Süreklilik İndeksinin (SECON=Sequential Continuity Index) Hesaplanması

$$\text{SSİ} = \frac{\sum_{i=1}^{n-1} S_i}{n-1}$$

SSİ = Sıralı süreklilik indeksi

n = Ziyaretlerin toplam sayısı

n -1 = Sıralı çiftlerin sayısı

S_i = i eğer ziyaret çifti için görülen aynı hizmet veren ise 1

S_i = i eğer ziyaret çifti için görülen farklı hizmet veren ise 0

Tablo 10. Aile Süreklilik İndeksinin (ASİ) (FCI= Family Continuity Index) Hesaplanması

$$\text{ASİ} = \frac{\sum_{j=1}^{j}\left[n.j^2 - \sum_{j=1}^{1}(nij^2)\right]}{n^2 - \sum_{j=1}^{1} ni.^2}$$

n= Tüm aile üyeleri tarafından toplam ziyaret

ni. = Aile üyesi tarafından toplam ziyaret

nij = Aile üyesi tarafından ziyaretlerin sayısı *i* hizmet veren için *j*

I = Aile üyelerinin sayısı

n.j = Hizmet veren için toplam ziyaret *j*

j = Hizmet verenin sayısı

Tablo 11. Modifiye Modifiye Süreklilik İndeksinin (MMSİ) (MMCI = The Modified, Modified Continuity Index) Hesaplanması:

$$\text{MMCİ} = \frac{1-\left(\frac{X}{[Y+0,1]}\right)}{1-\left(\frac{1}{[Y+0,1]}\right)}$$

X= Hizmet verenlerin sayısı

Y= Ziyaretlerin sayısı

2.3. Aile Hekimliği Açısından Hizmetin Sürekliliğinin Önemi

2.3.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliğine olan ihtiyaç ilk kez 1923'de Francis Peabody tarafından "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve bireyleri bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği" şeklinde savunulmuştur. Bu düşüncenin savunulmasının sonucu olarak 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners kurulmuştur. Daha sonra American Medical Association'ın (Amerikan Tıp Birliği'nin) 1966'da Milis ve Willard Raporları'nı yayınlaması

sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil hizmet konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (22).

"Genel pratisyen / Aile hekimi yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla işbirliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu olduğunu kabul eder" *(Leeuwenhorst Tanımı) 1974* (1).

"Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar. Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen / aile hekimi mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir" *(WONCA Tanımı 1999)* (1).

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir” *(Olesen Tanımı 2000)* (1) .

Aile hekimliği hem bir disiplin hem de bir uzmanlık olarak tanımlanmalıdır (23). Disiplin, oluştuğu akademik temelin tanımlanması ve böylece eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. Uzmanlık ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde çalışan uzman aile hekimi tanımına dönüştürülmesi için gereklidir (23).

2.3.2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Temel Özellikleri:

- Sağlık sisteminde açık ve sınırsız bir şekilde ilk tıbbi teması sağlar. Bireyin yaşına, cinsiyetine ya da herhangi bir özelliğine bakmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Bireylere verilen hizmeti koordine ederek, birinci basamakta görev yapan diğer sağlık personeliyle birlikte çalışır. Gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar.
- Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım sunar.
- Kendine özgü hastayla görüşme süreci sayesinde, etkili bir iletişimle, hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin bireyin ihtiyaçlarıyla belirlenen boylamsal (longitüdinal) sürekliliğini yani hastaları tüm yaşamları boyunca izleyerek hizmetin sürekliliğini sağlar. Yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok hastalık epizotundaki hastalarına sağlık hizmeti sunar. Ayrıca aile hekimleri yirmi dört saat boyunca sağlık hizmeti vermekten ve bunu

kişisel olarak yapamadıkları durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten de sorumludurlar.

- Hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen hastalıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve var oluş boyutlarıyla ele alır (1).

2.3.3. Aile Hekimi / Genel Pratisyenin Çekirdek Yeterlikleri

WONCA, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Sağlık Sistemlerindeki Rolü üzerine 1991 yılında yayınladığı bildirgesinde, aile hekiminin rolünü tanımlamış ve bu rolü aile hekimliğinin yükümlülükleri ve sorumlulukları olarak gördüğü özellikleriyle ilişkilendirmişti.

WONCA 1991 Bildirgesi aşağıdakileri içermektedir:

- Kapsayıcı bakım
- Hastaya yönelim
- Aileye odaklanma
- Hekim / hasta ilişkisi
- Diğer hizmetlerle eşgüdüm sağlama
- Savunuculuk
- Ulaşılabilirlik ve kaynak yönetimi (1).

Aile hekimliğini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin etkili bir şekilde uygulaması gereken yetenekleri belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklerle bağlantılı olarak):

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgül sorun çözme becerileri

4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç ek özellik (bağlamsal, bilimsel, tutumsal boyut), çekirdek yeterliklerin uygulanmasında temel kabul edilmelidir:

Bağlam Boyutu: Çalışma koşulları, toplum, kültür, parasal ve düzenleyici çerçeveler dâhil hekimlerin bizzat kendi bağlamlarını ve çalıştıkları çevreyi anlamalarıdır. Sosyoekonomik etkenler, coğrafya ve kültür dâhil yerel toplumun çalışma yeri ve hasta bakımına etkisinin anlaşılmasıdır. Toplam iş yükünün her bir hastaya verilen hizmet üzerindeki etkisinin ve bu hizmetin sunulması için var olan olanakların (personel ve donanım gibi) farkında olunmasıdır. Uygulama düzeyinde sağlık hizmetinin sunulduğu mali ve yasal çerçevelerin anlaşılmasıdır. Hekimin kişisel ev ve iş ortamının, sunduğu hizmet üzerindeki etkisinin anlaşılmasıdır (1).

Tutum Boyutu: Hekimin mesleksel yeteneklerine, değerlerine, duygularına ve ahlakına dayanır. Kişinin kendi yeteneklerinin ve değerlerinin farkına varması - klinik uygulamanın etik boyutunu tanımlar - koruma / tanısal girişimler / tedavi / yaşam biçimini etkileyen etkenlerdir. Kendinin farkına varma; kişinin kendi tutum ve duygularının uygulama yapma biçiminin önemli belirleyicileri olduğu anlayışıdır. Kişisel etik değerleri yaşama geçirme ve ifade etme iş ve özel yaşamın karşılıklı etkileşiminin farkında olma ve bunlar arasında iyi bir denge sağlamak için mücadele etmesidir (1).

Bilimsel Boyut: Uygulamada eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşımın benimsenmesi ve bunun sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yolu ile sürdürülmesidir. Bilimsel araştırmanın genel ilkelerine, yöntemlerine ve kavramlarına ve istatistiğin temellerine (insidans, prevalans, kestirim değeri vb) aşina olmaktır. Patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar kuramı, hipotez kurma ve problem çözme kuramları, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilimsel arka planına ilişkin kapsamlı bilgi sahibi olmaktır. Tıbbi literatüre erişebilme, okuyabilme ve eleştirel olarak değerlendirebilmektir. Sürekli öğrenme ve kalite geliştirme konularını geliştirmek ve sürdürmektir. Çekirdek yeterlikler ve

temel uygulama özellikleri arasındaki karşılıklı ilişki, disiplini nitelemekte ve uzmanlığın karmaşıklılığını vurgulamaktadır. Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansıması ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlilikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir (1).

Bu ilkeler, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Çerçeve Bildirgesi'nde tanımlanan aile hekimliği özelliklerine birçok bakımdan benzemektedir:

A. Genel
B. Sürekli
C. Kapsayıcı
D. Koordine
E. İşbirliğine dayalı
F. Aile yönelimli
G. Toplum yönelimli

DSÖ Bildirgesi, bu yedi özelliğin ne anlama geldiğini de açıklamaktadır (1):

A. Genel:

Aile hekimliği tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmaz. Coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay bir erişime sahiptir (1).

B. Sürekli:

Kişi merkezli hizmet verir. Tek bir rahatsızlık epizotuyla sınırlanmamış, bireyin tüm yaşamı boyunca, boylamsal bir sağlık hizmeti sunar (1).

C. Kapsamlı:

Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici ve destekleyici bakım verir. Hastayı bedensel, ruhsal ve sosyal bakış açısı ile ele alır. Hekim - hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan bütünleşmiş sağlık hizmeti sunar (1).

D. Koordine:

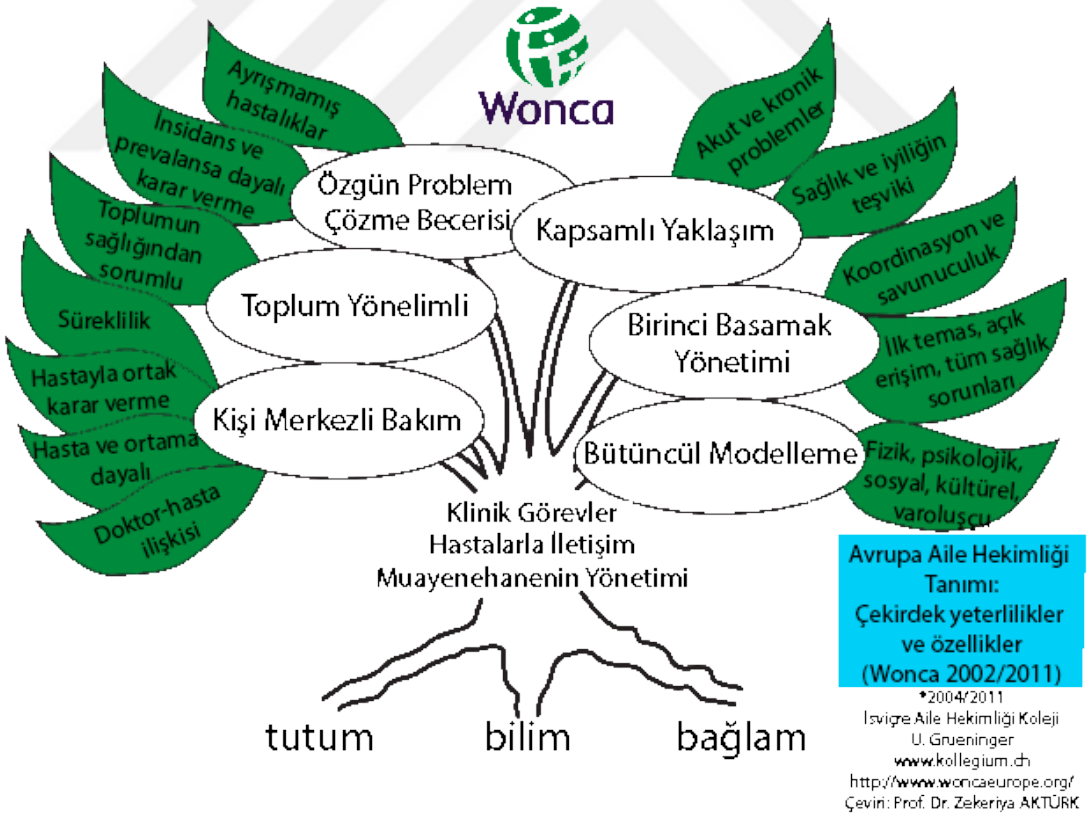
İlk temas noktasındaki hizmeti yönetir. Gerektiğinde ilgili uzman branşlarına, ekiplerine sevk eder ve multidisipliner ekiplerle işbirliği içinde çalışır, koordine eder ve liderlik yapar. Hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi verir (1).

E. Aile yönelimli bakım:

Her bir sorunu, aile çevresi, sosyal ve kültürel ilişkiler ağı, iş ve ev koşulları bağlamında ifade eder (1).

F. Toplum yönelimli:

Aile hekimlerinin her bir sorunu, toplumun sağlık gereksinimlerini göz önüne alarak, diğer çalışanlar ve kuruluşlar bağlamında ele alması gerekliliğini belirtir (1).



Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinin açıklamaları aşağıdaki gibidir;

2.3.3.1. Birinci Basamak Yönetimi

Ayrışmamış sorunlarla ilgilenerek sağlık sistemindeki ilk tıbbi teması yönetir. Bireylere verilen hizmeti koordine ederek sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Birinci basamaktaki diğer çalışanlarla iş birliği içerisinde ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek hizmet sunar. Etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlar**.** Sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirir. Kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalıdır. Aile hekimliği temeldir ve birinci kaynaktır (1).

2.3.3.2. Kişi Merkezli Bakım

Aile hekimliği hastanın kişisel olmayan sorunlarıyla değil, kişilerle ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenerek kişi merkezli bir yaklaşım sergiler. Sürecin başlama noktası hastadır. Hasta görüşmelerinde, hastaya saygı göstererek etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturur. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanır ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşır. Hastanın önceliklerini belirler ve onunla ortaklık içinde hareket eder. Koordineli bir sağlık hizmeti yönetimi ile hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekli bakım hizmeti sağlar. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir (1).

2.3.3.3. Özgül Sorun Çözme Becerileri

Hastalıkların prevalans ve insidansı birinci basamakta hastanede görülenden farklıdır. Ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu sebeple aile hekimliğinde hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkili özgül karar verme süreci vardır. Hasta sıklıkla gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde, semptomların başlangıcında gelir ve bu erken evrede tanı koymak güçtür. Birinci basmakta aile hekimi öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden elde edilen bilgileri yorumlar ve hasta ile işbirliği

içinde uygun bir yönetim planı oluşturur. Gerektiğinde acil girişim yapar. Erken dönemde ve henüz ayrımlaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetir. Tanı ve sağaltım girişimlerini etkili ve verimli şekilde kullanır (1).

2.3.3.4. Kapsamlı Yaklaşım

Aile hekimliği, bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Çok sayıda yakınma ve patolojiyi, bireyin hem akut hem kronik sağlık sorunlarıyla aynı zamanlı yönetir. Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme planını uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetir ve koordine eder (1).

2.3.3.5. Toplum Yönelimli Olma

Aile hekimleri hem bireyden hem de bireyin bulunduğu toplumdan sorumludur. Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde tutar. Aile hekimleri bu sağlık kaynaklarını (hastaneye başvuruları, tetkiklerin kullanımını, tedaviyi, hasta sevkini ve hastalara ayrılan zamanı) hem hastaların hem de toplumun yararına kullanmakla ve yönetmekle sorumludur (1).

2.3.3.6. Bütüncül Yaklaşım

Aile hekimliği tüm bu boyutları eş zamanlı olarak belirlemek ve her birine gereken önemi vermek zorundadır. Hastanın kültürel ve var oluşsal boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanılır (1).

2.3.4. Aile Hekimliğinde Hizmetin Sürekliliği Neden Önemli?

Hizmetin sürekliliği koordinasyon, kapsamlılık ve kolay ulaşım ile birlikte birinci basamağın bir özelliğidir. Hizmet verenin sürekliliği, koordinasyonu sağlamanın en belirgin aracıdır. Hizmet verenin sürekliliğinin genel kabulüne rağmen, tıbbi hizmetin etkinliğini gerçekten geliştirdiğini gösteren bilimsel kanıt azdır (24). Becker ve arkadaşları, süreklilik sayesinde hastanın ve personelin memnuniyetinin daha iyi olduğunu, hastaların sorunları ve ihtiyaçları ile ilgili daha iyi personel bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda daha düşük hastalık oranlarının, laboratuvar testlerinin ve daha düşük hastaneye yatışın olduğunu, bu

durumun da daha iyi uyum ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (25). Bütün bu çalışmaların tümünde, hastanın aynı tesisten (sağlık kuruluşundan) hizmet talebi olması durumunda sürekliliğin sağlanmış olacağı gösterilmiştir. Böylece hizmet verenin sürekliliğinden ziyade esas tıbbi kayıtların sürekliliğinin gerekli olduğu görülmüştür (25).

Becker ve arkadaşlarının bir sağlık kuruluşunda yaptıkları çalışmada, hastaların tekrarlayan ziyaretlerinde aynı hekimi gördüklerinde, aileler tarafından davranış sorunlarının açıklanmasının artmış olduğu ve hizmet ile hastaların memnun oldukları ve randevularına uydukları gösterilmiştir. Aynı zamanda her ziyarette aynı hekimin görülmesi klinikte bekleme süresini azaltmıştır ve hekimler ile harcanan zamanı artırmıştır (25).

Başka bir çalışmada, Breslau ve Beeb, bir üniversiteye bağlı grubun içine üç özel hizmet verenin yeniden düzenlenmesinin hastalar için hizmet verenin sürekliliğinde belirgin bir düşüş meydana getirdiğini ve akut hastalıklar için çocuk başına ziyaret sayısıyla ilişkili artış olduğunu bulmuştur. Hizmet verenin sürekliliği engellendiğinde, birinci basamak hizmet verenlerine hastaların birçok ziyareti başka bir yere başvuru ile sonuçlanmasından ve bunun, koordinasyon rolünü yerine getirmek için çalışan hizmet verenlere aşılması zor bir meydan okuma olduğundan bahsedilmiştir (24).

Genel olarak süreklilikle ilgili yapılan çalışmalarda, kişilerin sağlıkla ilgili planlarında kendi birinci basamak hekimlerini tercih ettikleri görülmüştür. Hizmet sunumunda, süreklilik oranları yüksek olarak çalışan hekimlerin, mesleki memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve hizmetin sürekliliğinin hekimlerin birinci basamak uzmanlığına olan ilgisini arttırdığı görülmüştür. Bireye ya da ailesine uzun süredir hizmet veren hekimlerin hizmet verdikleri bireyler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve bu sayede hizmet verdikleri bireylerin bakımı için daha fazla sorumluluk duydukları görülmüştür (17).

Hizmetin sürekliliği, bireyin sorunlarının hekim tarafından daha etkin anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu da tıbbi karar vermeyi kolaylaştırmakta ve hizmet planının devam etmesini sağlamaktadır. Eğer bireyin memnuniyeti, sunulan hizmetin

kalitesinin bir göstergesi ise, sürekliliğin hasta memnuniyetine olan olumlu etkileri de hizmetin kalitesinin artmasını sağlayacaktır (7).

Sağlık hizmetlerinin etkili ve tam olarak yerine getirilmesinde "hizmetin sürekli" verilmesi esastır. Duygusal ve sosyal çatışmalardan kaynaklanan sorunlar en iyi birey, ailesi ve sosyal geçmişi hakkında sıkı bilgilenmiş bir doktor tarafından çözülebilir. Hastasını şahsen tanıyan bir doktor, sadece epizodik hizmet veren doktora göre kişinin ihtiyaçlarına daha uygun bir sağlık hizmeti vermenin yanında daha ekonomik bir sağlık hizmeti de sunar. Sorunları daha hızlı ve etkili değerlendirir. Ayırıcı tanı için pahalı laboratuvar ve radyolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyar. Hizmetin sürekliliği sonucunda güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi oluşması hastanın tedaviye uyumunu ve hastayla iletişimin etkinliğini artırır. Etkili ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumunda, sorunlara en mantıklı ve ekonomik yaklaşımı seçen tek bir doktorun olduğu aile hekimliği uygulaması vazgeçilmezdir. Hizmetin sürekliliği hem hasta hem de doktorun memnuniyetini arttıracaktır. Hastanın "doktorum beni bilen kişidir'' güvenini hissetmesi önemlidir.

2.4. Hasta, Hekim ve Sağlık Sisteminin Ortaklığı

Hizmetin sürekliliği sayesinde hasta, hekim ve sağlık sistemi arasında var olan ortaklıkta artma meydana gelecektir. Bu artan ortaklık sayesinde, hasta memnuniyeti ile beraber gelen pozitif etkiler, hastanın sağlık durumunda iyileşmelere neden olur. Hekim memnuniyeti artar. Hatalı tıbbi uygulama iddiası riski azalır. Sağlık sistemi veya sigortacılık sistemi kullanımı ve maliyetleri bu durum sayesinde azalmış olur. Bu ortaklığın olabilmesi için hekim hastasına, hasta da hekimine yardımcı olmalıdır. Aşağıdaki tablo (Tablo 12) sürekli ortaklığın ölçülebilir sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 12. Sürekli Hasta, Hekim ve Sağlık Sistemi Ortaklığının Ölçülebilir Sonuçları (26).

Hasta sonuçları:	*Kısa dönemde;* Memnuniyet ve bilgide artma, anksiyetede azalma, bağlı kalmayı amaçlama *Orta dönemde;* Davranış değişikliği, bağlılık, kendi kendine yetebilme *Uzun dönemde;* Sağlık durumunda (psikolojik, fonksiyonel, davranışsal) iyileşme, semptom çözümü, hastalığı önleme, anksiyetede azalma, yaşam kalitesinde artma
Hekim sonuçları:	Memnuniyet, kesin tanı koyma kolaylığı, uygun tedavi seçimi, hasta bağlılığı
Sağlık sistemi sonuçları:	Kullanımı, maliyeti, hatalı tıbbi uygulama davaları azalır, devamlı kayıt olur, hizmet veren dönüşümü azalır

2.4.1. Hasta Açısından

Memnuniyette artma: Hastanın sağlık ihtiyaçları için her defasında kendi aile hekimine başvurması ve sürekliliğin var olması durumunda hekim hastasını zaman içerisinde her yönden tanımış olur. Bu durum hasta ile hekim arasındaki iş birliğini ve hastanın kendini güvende hissetmesini sağlayarak, memnuniyetini artırır.

Bilgi düzeyi: Hekim hastasının sağlık durumuyla ilgili gerekli kararları alırken, hastası ile iş birliği içinde olması, hastanın kendi sağlık durumu hakkındaki bilgi düzeyini artırır.

Anksiyetede azalma: Hastanın devam eden ortaklık içerisinde hareket etmesi ve hekimin hastası ile aydınlatıcı bir iletişim içinde olması, hastanın kaygılarını azaltır.

Hekimine bağlı kalmayı amaçlama: Hekimi ile devamlı ortaklık içinde olan hasta, bu durumdan memnun olması, kaygılarının azalmış olması ve kendini güvende hissettiği bir ortamın içinde olması sebebi ile hekimine bağlı kalmayı amaçlar.

Davranış değişikliği: Bütün bu durumlar, hastanın sağlık durumu hakkındaki bilgi düzeyinin artması sayesinde, hastanın davranışlarına yansır ve hasta açısından olumlu tutumlar oluşturur.

Öz yeterlilik: Gerekli bilgiye sahip olan hasta bazı konularda kendi kendine yetebilecek duruma gelir. Bir sağlık kuruluşuna başvurmadan belirli sağlık ihtiyaçlarını tek başına yapabilir.

Sağlık durumu: Hastanın hekimi ile işbirliği içinde, verilen önerilere uymasıyla sağlık durumunda iyileşmeler meydana gelir.

Semptom çözümü: Hasta kendisinde var olan belirtileri anlamaya ve çözmeye başlar.

Hastalığı önleme: Yeterli bilgisi ile hastalıklardan korunmak için gerekli önlemleri alabilir.

Yaşam kalitesi: Öz yeterliliği olan, hastalıklardan korunmak için gerekli önlemleri alan ve sağlık durumu iyileşmiş bir bireyin yaşam kalitesi de artmış olur (26).

2.4.2. Hekim Açısından

Memnuniyet: Hastası ile iş birliği içinde hareket eden ve hekimine güvenen bireyler sayesinde hekimin memnuniyeti artar. Devam eden bu ortaklık karşılıklı güven, samimiyet ve saygıyı beraberinde getirir.

Kesin tanı: Güven ve samimiyet duyguları ile karşılıklı iş birliği içinde olan bir ortam sayesinde hasta tüm şikâyetlerini hekimine anlatır. Bu da hekimin kesin tanıyı bulmasını kolaylaştırır. Aynı zamanda sağlık sisteminin ortaklığı, desteği sayesinde gerekli tetkikler ile kesin tanıya ulaşmak da kolaylaşır.

Uygun tedavi: Yine bu durum hastaya en uygun tedavinin seçimini kolaylaştırır. Bu ortaklık sayesinde hastanın tüm özelliklerinin bilinmesi ile kişiye özel en uygun tedavi de uygulanmış olur.

Hasta bağlılığı: Hastası ile devam eden ortaklığı olan hekimin hastasına karşı sorumluluğu ve bağlılığı artar. Bu duyguyu hisseden hastanın hekimine karşı güven duygusu ve neticesinde de bağlılığı artar (26).

2.4.3. Sağlık Sistemi Açısından

Kullanımı: Hasta-hekim ortaklığı sayesinde sağlık sisteminin etkin ve uygun kullanımı sağlanmış olur.

Maliyeti: Gereksiz laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri istenmemesinden dolayı sağlık harcamalarında maliyet azalır. Sürekli aynı hekimi ziyaret eden hastanın kayıtlı tetkikleri sayesinde tekrar istemler engellenmiş olur.

Davalar: Hastanın sağlık durumu hakkında verilecek olan kararların hasta hekim işbirliği içerisinde olması sayesinde hatalı tıbbi uygulama davaları azalır.

Devam eden kayıt: Bu ortaklıktaki karşılıklı memnuniyet sayesinde mevcut durumdaki kayıtlar devam eder.

Hizmet veren dönüşümü: Birbirlerinden memnun hasta-hekim ortaklığı sayesinde sağlık sistemindeki hizmet veren dönüşümü de azalmış olur (26).

3. YÖNTEM

3.1. Ortam ve Evreni

Bu çalışma Erzurum il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütüldü. Kasım 2014 tarihinde Erzurum il merkezinde 30 ASM'de 115 aile hekimi görev yapmaktaydı. Araştırma Kasım - Aralık 2015 tarihlerinde yapıldı.

Adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin 31 Aralık 2013 tarihli sonuçlarına göre Erzurum ili nüfus değeri 766.729 idi. Aynı sonuçlara göre bir önceki yıla göre nüfus artış hızı %1,48 azalmıştır. 2012-2013 net göç hızına bakıldığında Erzurum -%2,14 değeri ile göç veren bir il sınıfındadır (27).

Erzurum il nüfusu 2014 yılında 763.320 olup bir önceki yıla göre %0,44 (n=3.409 kişi) azalmıştır. Erkek nüfusu 384.356 (%50,35), kadın nüfusu ise 378.964 (%49,65) idi. 2014 yılında Yakutiye ilçesindeki toplam nüfus 183.932 (E:92.976, K:90.956), Palandöken ilçesinde 164.146 (E:82.177, K:81.969), Aziziye ilçesinde 51.605 (E:26.095, K:25.510) kişiydi. Erzurum il merkezindeki toplam nüfus 399.683 (E:201.248, K:198.435) kişiydi (28).

3.1.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Erzurum il merkezinde görev yapan tüm aile hekimleri araştırmaya davet edildi. Örneklem hesabı için HASİ esas alındı. Yapılan çalışmalarda HASİ %60-80 arasında bildirilmiştir (9). Hizmet alanların beklenen süreklilik yüzdesinin %60 alınması halinde %95 güven aralığında %5 delta hatası ile tahmin edebilmek için toplam 369 kişilik örneklem gerekmektedir (RussLenth) (29). Küme katsayısı olarak 1,5 alınması halinde 554 kişilik bir örneklem gerekmektedir. Veri kayıplarının %10 civarında olacağı tahmin edilerek toplamda 610 kişilik bir hasta örneklemine ulaşılması hedeflenmiştir.

3.1.2. Örneklem Seçimi

Çalışmaya alınma kriterleri (hasta açısından):

- Ziyaret ettiği aile hekimine 6 aydan uzun süredir kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaş üstü olmak

Çalışmaya alınma kriterleri (hekim açısından):

- Erzurum il merkezindeki ASM'de aile hekimliği yapmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmaya alınmama kriterleri (hekim açısından):

- Başka bir hekimin yerine geçici olarak bakıyor ise
- Bulunduğu ASM'de çalışmaya başlayalı 6 aydan kısa süre oldu ise

İl merkezindeki aile hekimlerinin tamamı araştırmaya davet edildi.

3.1.3.Araştırmanın Ana Sonuç Ölçütleri

Araştırmanın birincil sonuç ölçütlerini HASİ ve HVSİ oluşturmaktadır.

3.1.4. Araştırmanın İkincil Sonuç Ölçütleri

İkincil sonuç ölçütleri olarak aile hekimliğinin aşağıda belirtilen süreklilik boyutları alınmıştır:

- Kronolojik,
- Coğrafi,
- Disiplinler arası,
- İlişkisel,
- Bilgilendirme,
- Erişebilirlik ve
- İstikrar.

3.1.5. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hasta açısından;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Eğitim durumu,
- Meslek,
- Medeni durum,
- Çocuk sahibi olma durumu,

- Kadınlar için gebelik durumu,
- Kronik hastalığa sahip olma durumu.

Hekim açısından;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Kaç yıllık hekim olduğu,
- Kaç yıldır aile hekimi olduğu.

3.1.6. Araştırma Protokolü

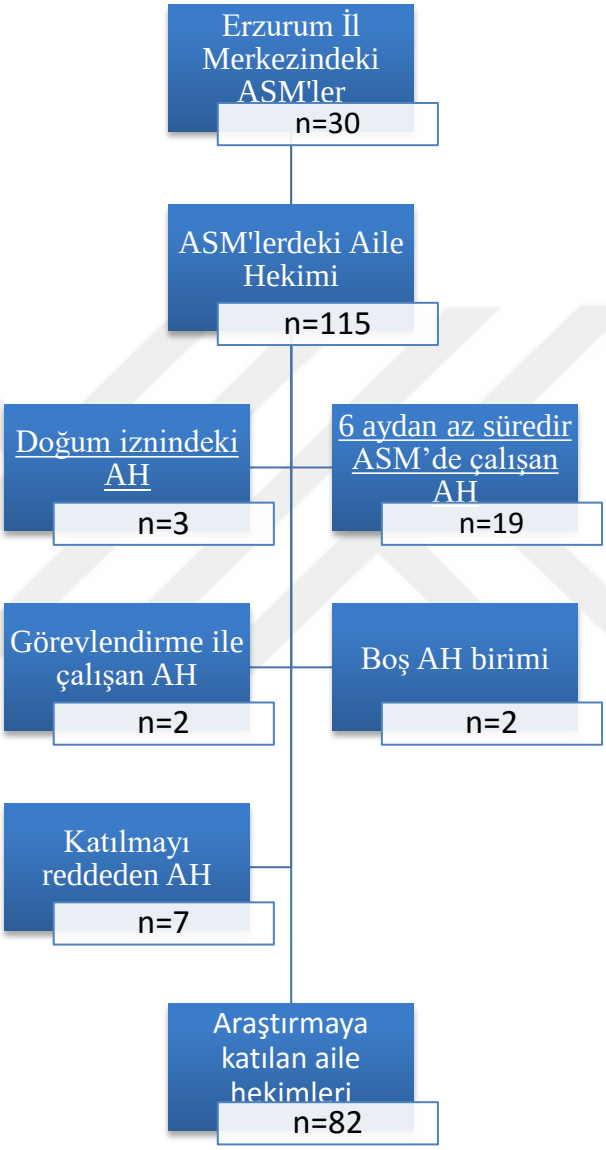
Her aile hekimi bir küme olacak şekilde aile hekimlerinin kendilerinden ve aile sağlığı merkezine gelen bireylerden veri toplandı. Veri toplama işlemi yüz yüze görüşme yöntemi ile bizzat araştırmacı (Araş. Gör. Dr. Âmine ÖNER) tarafından gerçekleştirildi.

ASM'ye (Aile Sağlığı Merkezi) gelen hastalara (Ek-1) ve aile hekimlerine (Ek-2) anket uygulaması yapıldı. Ayrıca hizmet verenin süreklilik indeksi (HVSİ) ve hizmet alanın süreklilik indeksi (HASİ) kullanıldı. Hekim açısından hizmetin sürekliliği; bir hekime kayıtlı olan hastalar tarafından yapılan klinik ziyaret sayısının, o hekime yapılan toplam klinik ziyaret sayısına oranı ile hesaplandı. Hasta açısından hizmetin sürekliliği; hastanın kendi aile hekimine yaptığı klinik ziyaret ile sağlık kuruluşuna yaptığı toplam klinik ziyaret sayısı oranlanarak hesaplandı. Toplanan veriler SPSS paket programına aktarılarak incelendi.

Hastalara hizmet alan anketi (Ek-1), aile hekimlerine ASM anketi (Ek-2) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Hizmet alan anketinde sosyodemografik özelliklerle beraber toplam 29 soru, ASM anketinde ise sosyodemografik özelliklerle beraber toplam 24 soru mevcuttur. Araştırma anketleri daha önce küçük gruplarda denendi ve gerekli düzeltmeler yapıldı. Hizmet alan anketinin doldurulması yaklaşık 15 dakika, ASM anketininki ise 10 dakika sürmekteydi.

Veri toplama işlemi Kasım - Aralık 2015 tarihlerinde yapıldı. Erzurum il merkezinde görev yapmakta olan 115 aile hekiminden 3'ü doğum iznindeydi, 19'u bulunduğu ASM'de çalışmaya başlayalı altı aydan kısa süre olmuştu, 2'si

görevlendirme ile çalışıyordu, 2 aile hekimliği birimi boştu ve 7'si ise çalışmaya katılmaya gönüllü olmadı. Çalışmamıza toplamda 82 aile hekimi, 629 hasta katıldı (Şekil 3).



Şekil 3. Erzurum'da çalışmanın yapıldığı dönemde anket uygulaması yapılan Aile hekimi sayısı

3.1.7. Etik Kurul ve İzinler

Anket çalışmamız gönüllük esasına dayalı olarak uygulanmış olup, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı almıştır (*Toplantı no:1, Karar no:6, Tarih:19.02.2015*) (EK-3).

Ayrıca Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (16.11.2015, 57366419) (EK-4).

3.1.8. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde Atatürk Üniversitesi Bilgisayar Araştırma ve uygulama Merkezi'nin lisanslı SPSS bilgisayar programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, numerik değişkenler için ortalama, standart sapma ile minimum ve maksimum değerler sunulmuştur. İlgili süreklilik indeksleri hesaplanarak sunulmuştur. Verilerin analizinde Pearson ve Spearman korelasyon analizler, Student t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü ANOVA, Kruskal Wallis analizi, Ki-kare analizi, Ki-kare trend analizi ve lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

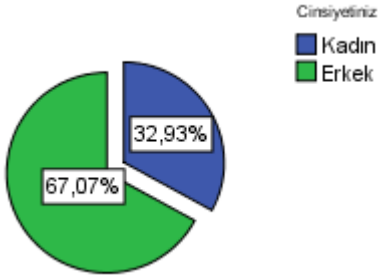
4. BULGULAR

Çalışmamıza Erzurum il merkezindeki ASM'lerde çalışmakta olan toplam 82 aile hekimi ve bu aile hekimlerini ziyaret eden 629 hasta katıldı.

4.1. Aile Sağlığı Merkezi'ne Ait Bulgular

Çalışmaya katılan 82 aile hekiminin yaş ortalaması 39,33 ± 7,36 (min: 26, max: 57) yıldı. Katılımcıların %67,07'si (n=55) erkek, %32,93'ü (n=27) kadındı. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyet dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir.

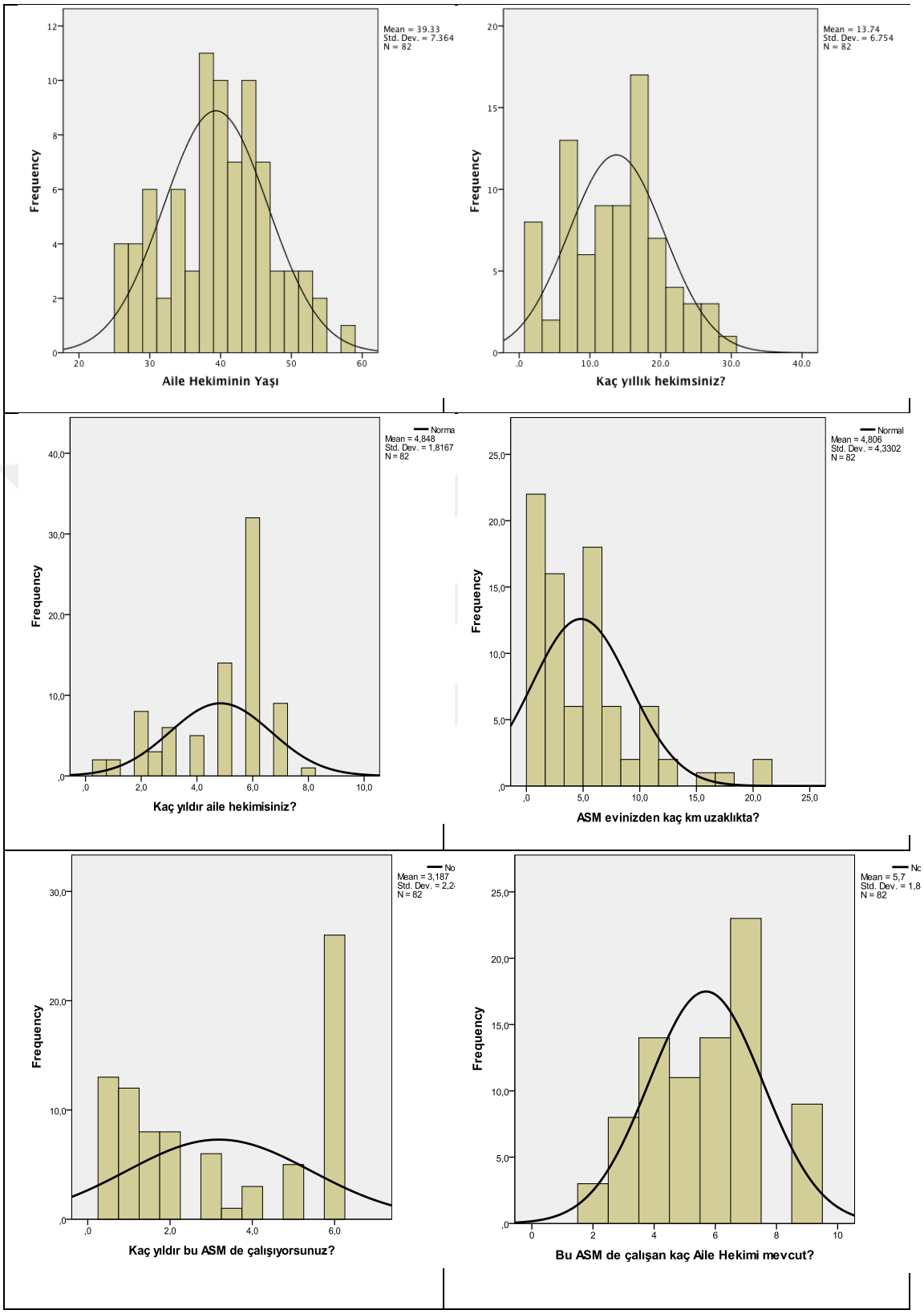
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Aile Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımı



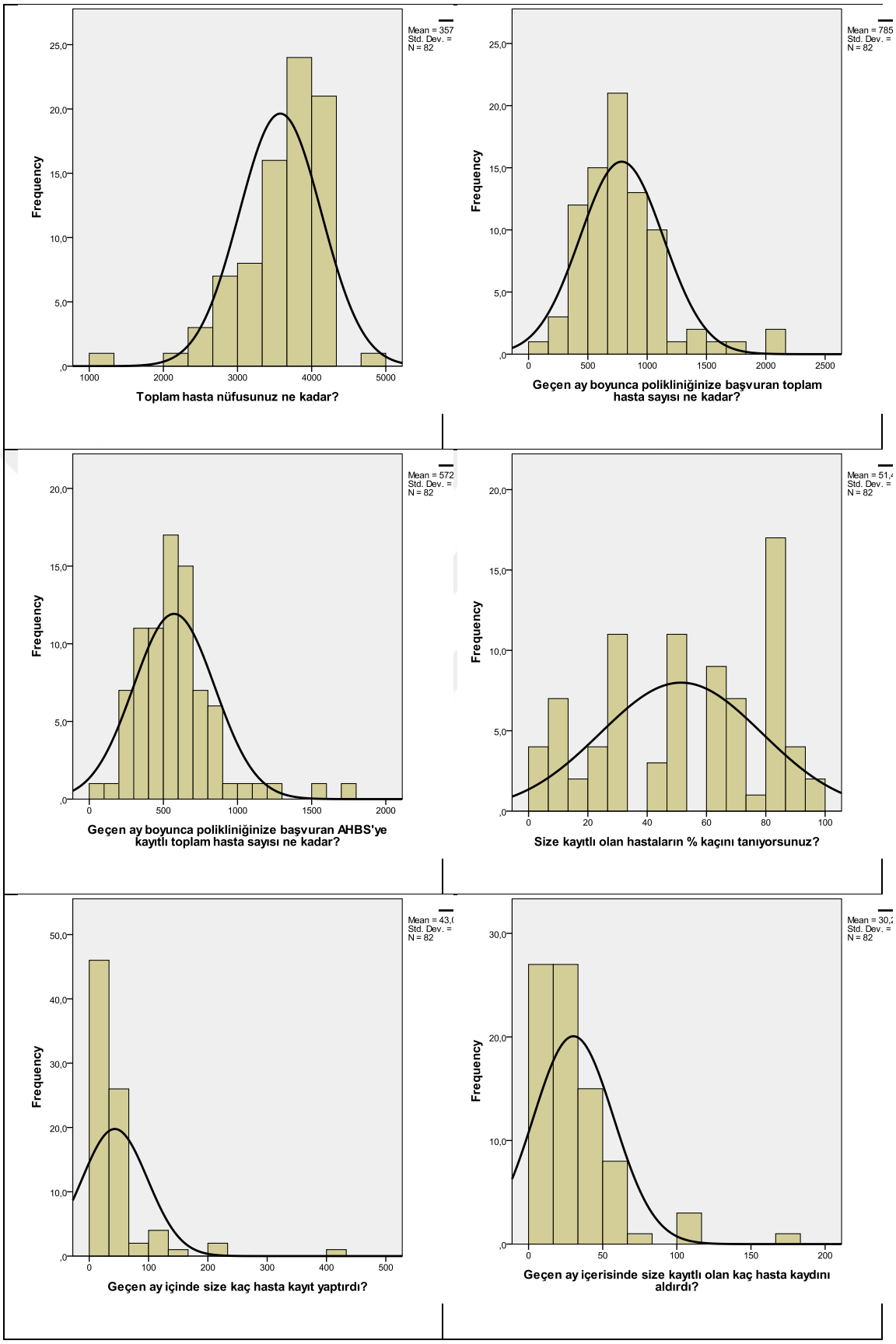
Katılımcılar ortalama olarak 13,74 ± 6,75 (min: 2, max: 30) yıldır hekimlik, 4,84 ± 1,81 (min: 0,5, max: 8) yıldır da aile hekimliği yapmaktaydı.

Aile hekimlerinin, kendilerine kayıtlı hasta nüfuslarının ortalaması 3577,21 ± 555,21 (min: 1070, max: 4900) idi. Bir ay içerisinde aile hekimlerine yapılan ortalama ziyaret sayısı 785,01 ± 352,0 (min: 118, max: 2166) olarak bulundu. Aile hekimlerine kayıtlı hastaları tarafından yapılan ortalama ziyaret sayısı ise 572,16 ± 274,30 (min: 79, max: 1766) olarak bulundu. Buna göre ziyaretlerin %72,89'unun kayıtlı kişiler tarafından, geriye kalan %27,11'inin ise kayıtlı olmayan bireyler tarafından gerçekleştirildiği hesaplandı.

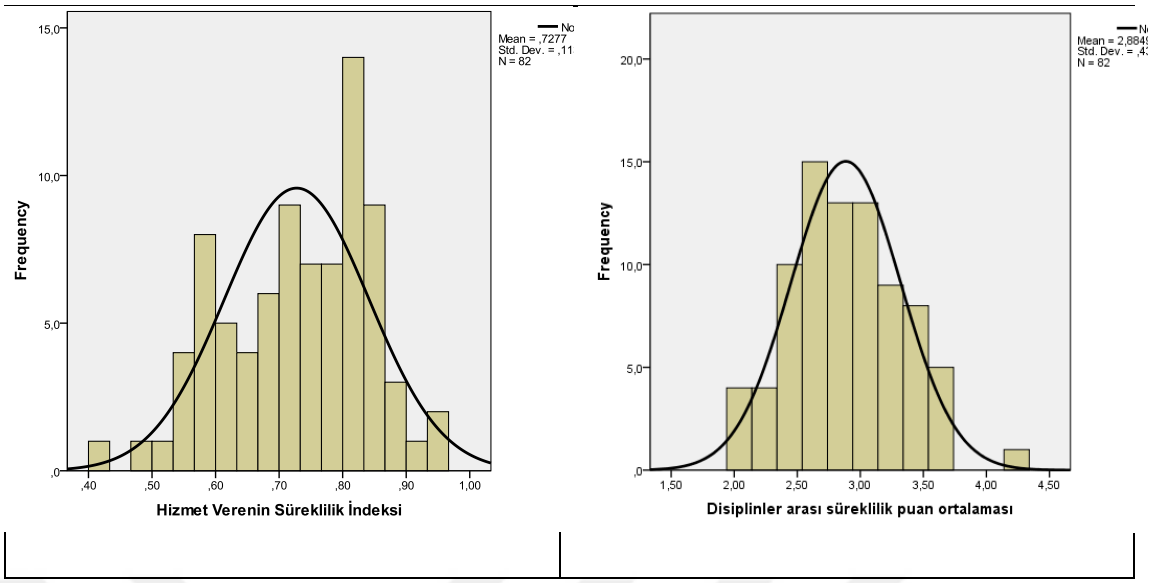
Elde ettiğimiz verilerdeki numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ile incelendi (Grafik 1).



Grafik 1. Numerik değişkenlerin histogram grafikleri



Grafik 1. Numerik değişkenlerin histogram grafikleri (devamı)



Grafik 1. Numerik değişkenlerin histogram grafikleri (devamı)

4.1.1. Kronolojik Süreklilik

Aile hekimleri bulundukları ASM'de ortalama olarak 3,18 ± 2,24 (min: 0,5, max: 6) yıldır çalışmaktaydı.

4.1.2. Coğrafi Süreklilik

Aile hekimlerinin ikamet ettikleri adres, çalıştıkları ASM'den ortalama 4,80 ± 4,33 (min: 0,1, max: 20, ortanca değer: 4,0) km uzaklıktaydı.

Aile hekimlerinin %18,3'ü (n=15) mobil hizmet vermekte iken, %81,7'si (n=67) mobil hizmet vermiyordu.

Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı olan hastalardan, kaydını aldıranların hepsinin kaydını aldırma sebebinin "bölge değişikliği" olduğunu belirtti.

4.1.3. Disiplinler Arası Süreklilik

Aile hekimlerinin, hastaneye yönlendirdikleri hastalarının mevcut durumları hakkında bilgi almak için (epikriz, ameliyat raporu vb.) gerekli olan raporlarını %78'i (n=64) takip ettiğini, %4,9'u (n=4) kısmen takip ettiğini, %14,6'sı (n=12) ise takip etmediğini belirtti. İki aile hekimi ise bu soruya cevap vermedi (%2,5).

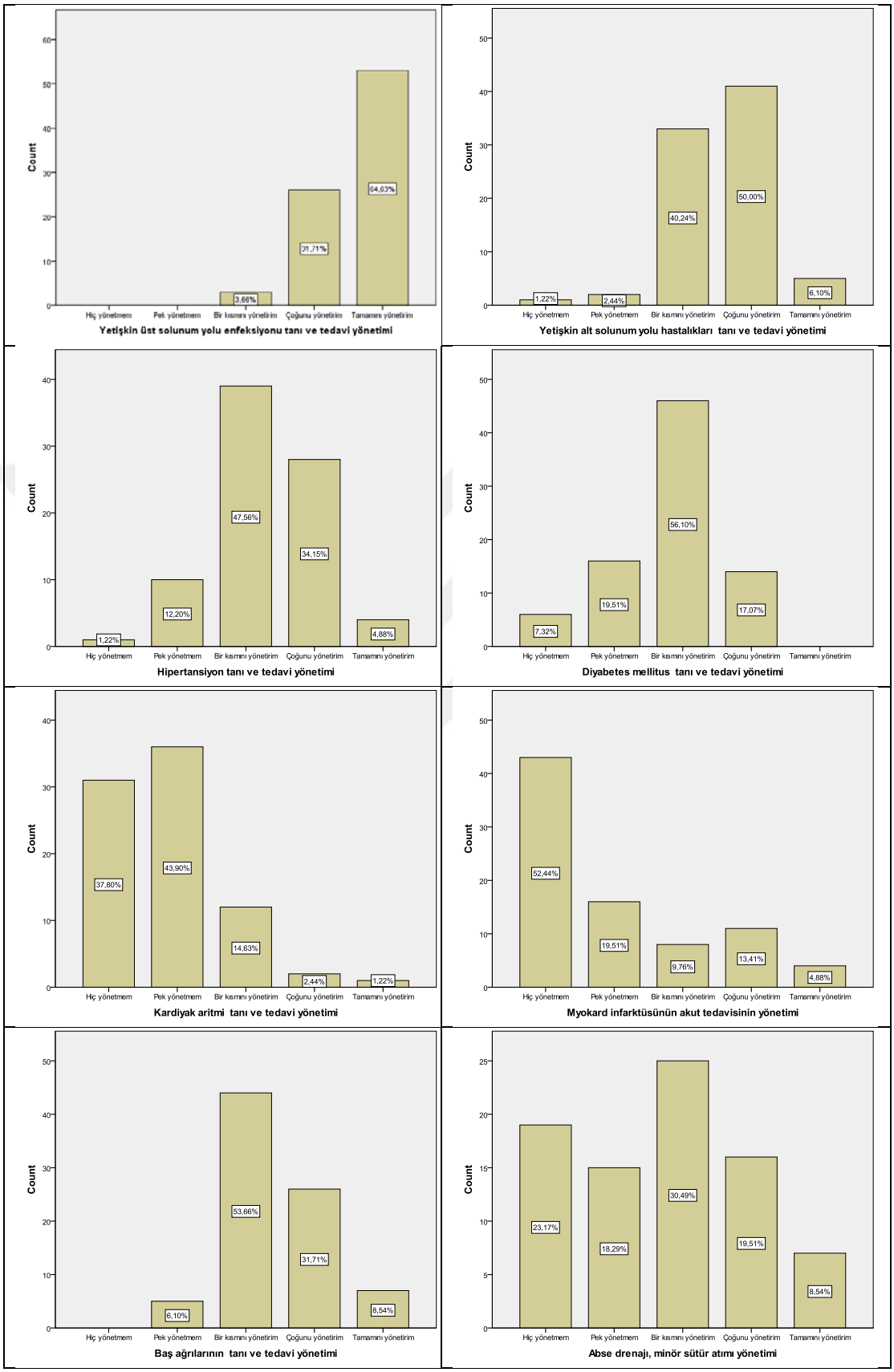
Çalışmaya katılan aile hekimlerine yönlendirilen “vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz” sorusuna verdikleri cevap Tablo 14’deki gibi bulundu;

Tablo 14. Aile Hekimlerinin “Vücut Sistemleri İle İlgili Tanı ve Tedavi Yöntemlerinin Ne Kadarını Yönetirsiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaplar

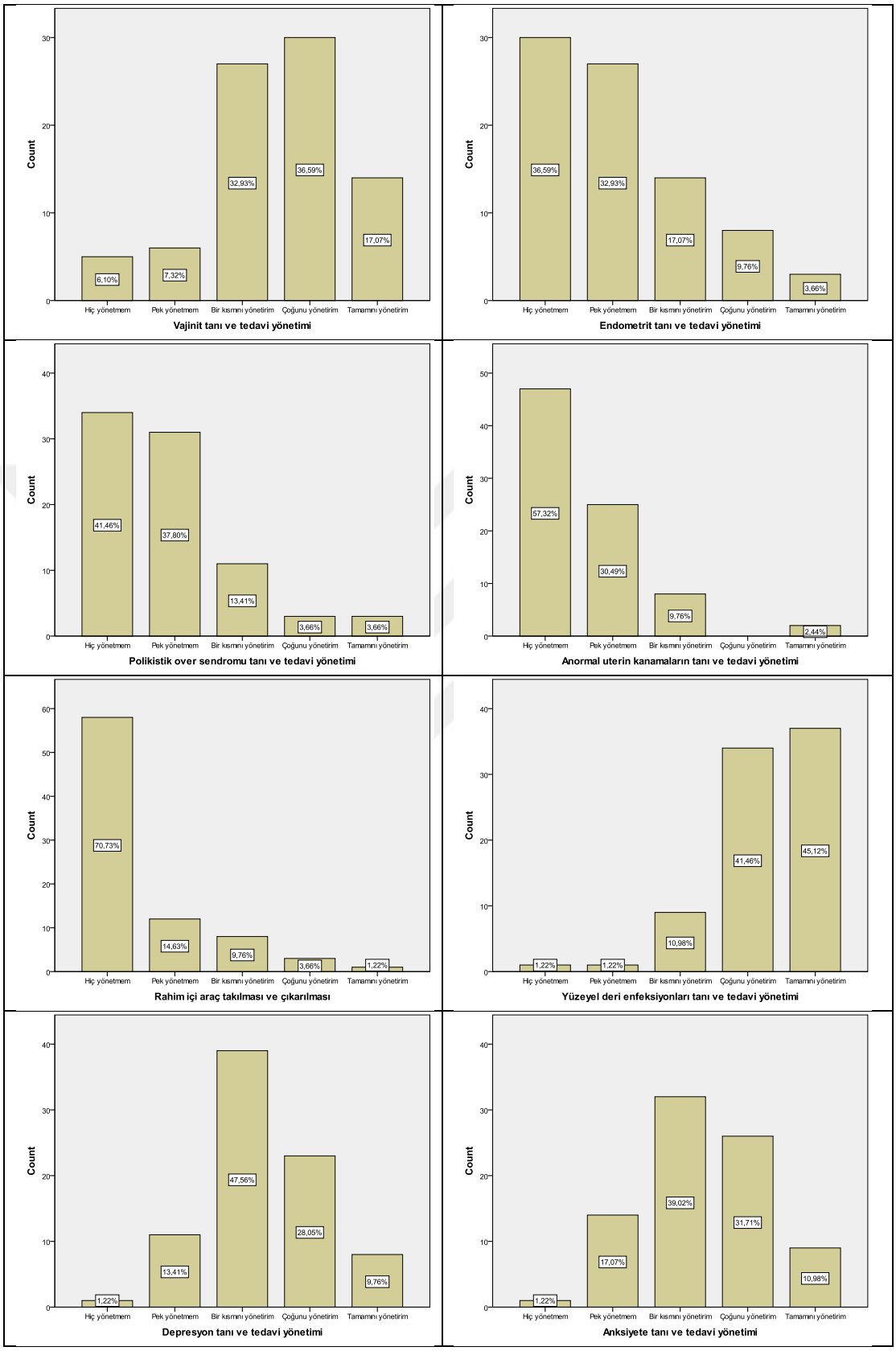
	Hiç yönetmem (1)	Pek yönetmem (2)	Bir kısmını yönetirim (3)	Çoğunu yönetirim (4)	Tamamını yönetirim (5)	Ort. ± SS
Yetişkin üst solunum yolu enfeksiyonu tanı ve tedavi yönetimi	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%3,7 (n=3)	%31,7 (n=26)	%64,6 (n=53)	4,6±0,6
Yetişkin alt solunum yolu hastalıkları tanı ve tedavi yönetimi	%1,2 (n=1)	%2,4 (n=2)	%40,2 (n=33)	%50 (n=41)	%6,1 (n=5)	3,6±0,7
Hipertansiyon tanı ve tedavi yönetimi	%1,2 (n=1)	%12,2 (n=10)	%47,6 (n=39)	%34,1 (n=28)	%4,9 (n=4)	3,3±0,8
Diyabetes mellitus tanı ve tedavi yönetimi	%7,3 (n=6)	%19,5 (n=16)	%56,1 (n=46)	%17,1 (n=14)	%0 (n=0)	2,8±0,8
Kardiyak aritmiler	%37,8 (n=31)	%43,9 (n=36)	%14,7 (n=12)	%2,4 (n=2)	%1,2 (n=1)	1,9±0,8
Myokard enfarktüsünün akut tedavisi	%52,4 (n=43)	%19,5 (n=16)	%9,8 (n=8)	%13,4 (n=11)	%4,9 (n=4)	2±1,3
Baş ağrıları (migren, küme tipi baş ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı)	%0 (n=0)	%6,1 (n=5)	%53,7 (n=44)	%31,7 (n=26)	%8,5 (n=7)	3,4±0,7
Abse drenajı, minör sütür atımı	%23,2 (n=19)	%18,3 (n=15)	%30,5 (n=25)	%19,5 (n=16)	%8,5 (n=7)	2,7±1,3
Vajinit	%6,1 (n=5)	%7,3 (n=6)	%32,9 (n=27)	%36,6 (n=30)	%17,1 (n=14)	3,5±1,1
Endometrit	%36,6 (n=30)	%32,8 (n=27)	%17,1 (n=14)	%9,8 (n=8)	%3,7 (n=3)	2,1±1,1
PCOS (Polikistik over sendromu)	%41,4 (n=34)	%37,8 (n=31)	%13,4 (n=11)	%3,7 (n=3)	%3,7 (n=3)	1,9±1,0
Anormal uterin kanamalar	%57,3 (n=47)	%30,5 (n=25)	%9,8 (n=8)	%0 (n=0)	%2,4 (n=2)	1,6±0,9

Tablo 14. Aile Hekimlerinin "Vücut Sistemleri İle İlgili Tanı ve Tedavi Yöntemlerinin Ne Kadarını Yönetirsiniz" Sorusuna Verdikleri Cevaplar (Devamı)

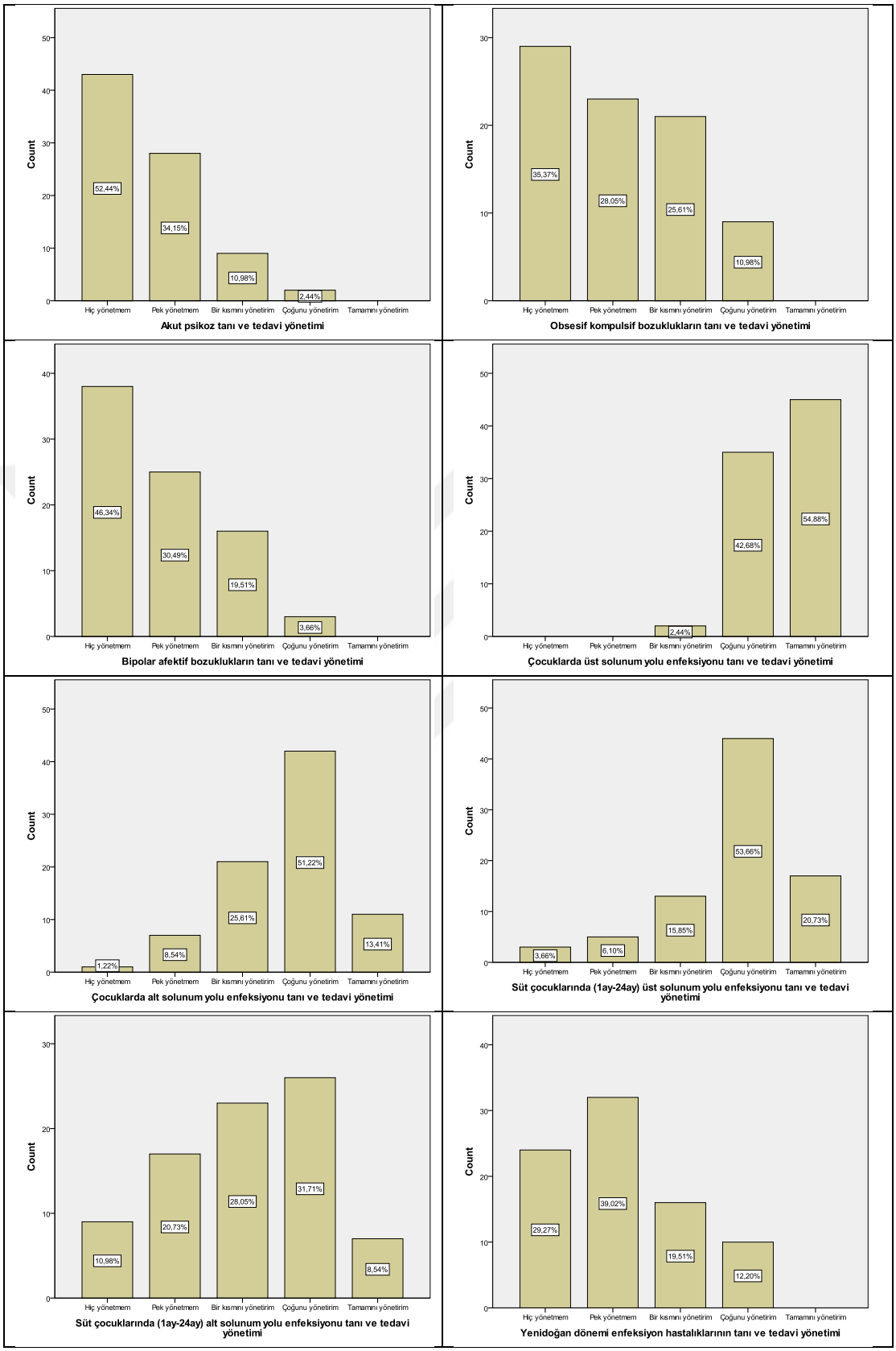
RİA (Rahim içi araç) takılması ve çıkarılması	%70,7 (n=58)	%14,6 (n=12)	%9,8 (n=8)	%3,7 (n=3)	%1,2 (n=1)	1,5±0,9
Yüzeyel deri enfeksiyonları (fungal ve bakteriyal enfeksiyonlar)	%1,2 (n=1)	%1,2 (n=1)	%11,0 (n=9)	%41,5 (n=34)	%45,1 (n=37)	4,3±0,8
Depresyon	%1,2 (n=1)	%13,4 (n=11)	%47,6 (n=39)	%28,0 (n=23)	%9,8 (n=8)	3,3±0,9
Anksiyete	%1,2 (n=1)	%17,1 (n=14)	%39,0 (n=32)	%31,7 (n=26)	%11,0 (n=9)	3,3±0,9
Akut psikoz	%52,4 (n=43)	%34,2 (n=28)	%11,0 (n=9)	%2,4 (n=2)	%0 (n=0)	1,6±0,8
Obsesif kompulsif bozukluk	%35,4 (n=29)	%28,0 (n=23)	%25,6 (n=21)	%11,0 (n=9)	%0 (n=0)	2,1±1,0
Bipolar afektif bozukluk	%46,3 (n=38)	%30,5 (n=25)	%19,5 (n=16)	%3,7 (n=3)	%0 (n=0)	1,8±0,9
Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, faranjit, sinüzit, otit)	%0 (n=0)	%0 (n=0)	%2,4 (n=2)	%42,7 (n=35)	%54,9 (n=45)	4,5±0,5
Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni, bronşit, bronşiolit)	%1,2 (n=1)	%8,5 (n=7)	%25,6 (n=21)	%51,2 (n=42)	%13,5 (n=11)	3,7±0,9
Süt çocuklarında (1ay-24 ay) üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, faranjit, sinüzit, otit)	%3,7 (n=3)	%6,1 (n=5)	%15,9 (n=13)	%53,7 (n=44)	%20,7 (n=17)	3,8±1,0
Süt çocuklarında (1ay-24 ay) alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni, bronşit, bronşiolit)	%11,0 (n=9)	%20,7 (n=17)	%28,0 (n=23)	%31,7 (n=26)	%8,6 (n=7)	3,1±1,1
Yeni doğan dönemi (0-1 ay) enfeksiyon hastalıkları	%29,3 (n=24)	%39,0 (n=32)	%19,5 (n=16)	%12,2 (n=10)	%0 (n=0)	2,2±1
Çocukluk dönemi döküntülü hastalıkları	%1,2 (n=1)	%9,8 (n=8)	%35,4 (n=29)	%46,3 (n=38)	%7,3 (n=6)	3,5±0,8



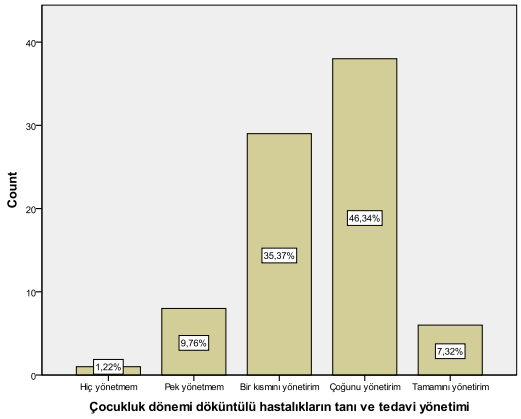
Grafik 2. Aile hekimlerine yönlendirilen "vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı



Grafik 2. Aile hekimlerine yönlendirilen "vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı (Devamı)



Grafik 2. Aile hekimlerine yönlendirilen "vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı (Devamı)

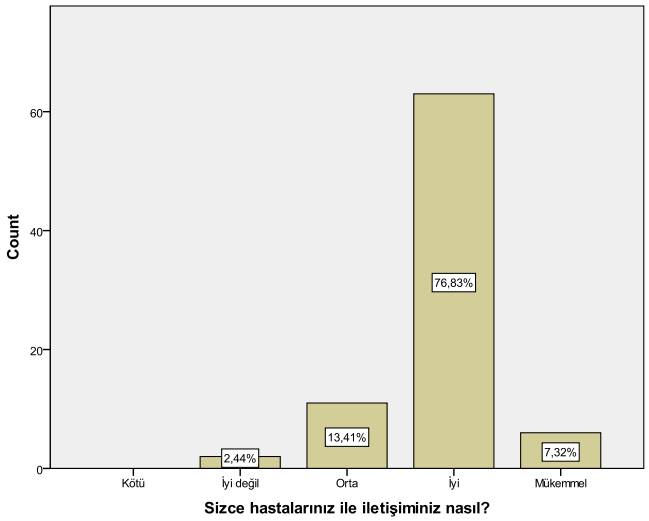


Grafik 2. Aile hekimlerine yönlendirilen "vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı (Devamı)

4.1.4. İlişkisel Süreklilik

Çalışmaya katılan aile hekimlerine kayıtlı olan toplam hasta nüfusunun ortalaması 3577,2 ± 555,2 (min: 1070, max: 4900) kişiydi.

Aile hekimlerine yönlendirilen "hastalarınız ile iletişiminiz nasıl" sorusuna %7,3'ü (n=6) mükemmel, %76,8'i (n=63) iyi, %13,4'ü (n=11) orta, %2,5'i (n=2) ise iyi değil cevabını verdi. Bu soruya verilen cevapların ortalaması 3,89 ± 0,54 (min: 2, max: 5) olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan aile hekimlerine yönlendirilen "hastalarınız ile iletişiminiz nasıl" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı Grafik 3'de gösterilmiştir.

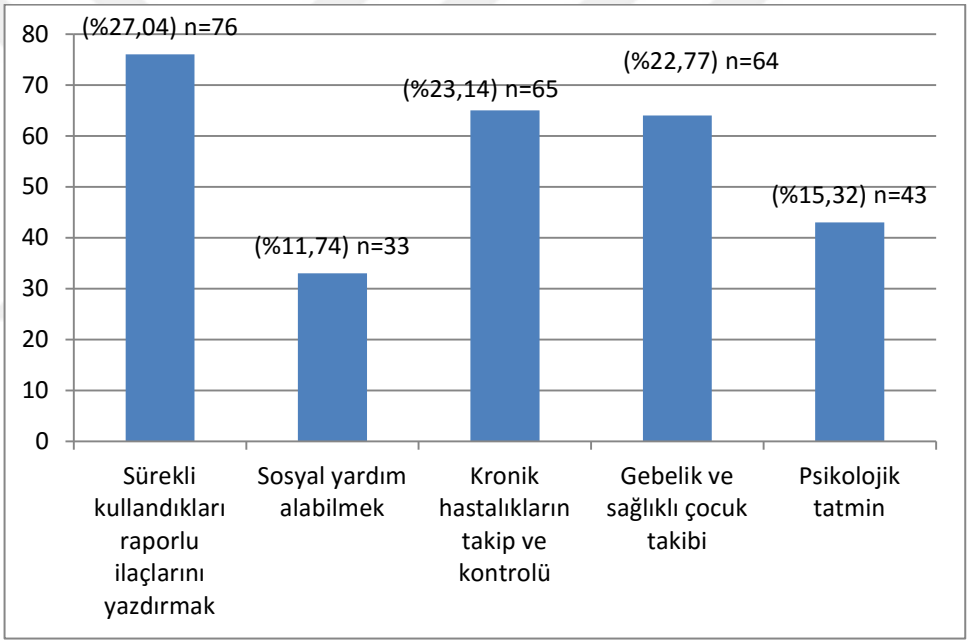


Grafik 3. Aile hekimlerine yönlendirilen "hastalarınız ile iletişiminiz nasıl" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

Aile hekimleri ortalama olarak kendilerine kayıtlı olan hastaların %51,45 ± %27,29'unu (min: %5, max: %99) tanıdığını belirtti.

Aile hekimlerine yönlendirilen "size sürekli gelen hastalarınızın sürekli gelme sebebi nedir" sorusuna verdikleri cevap;

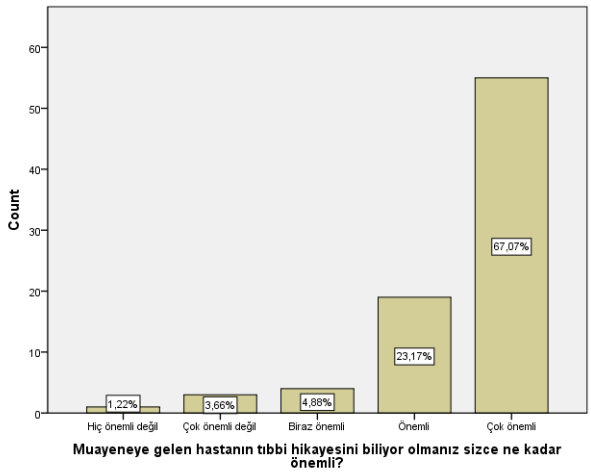
- %27,04 sürekli kullandıkları raporlu ilaçlarını yazdırmak,
- %11,74 sosyal yardım alabilmek,
- %23,13 kronik hastalıklarının takip ve kontrolü,
- %22,77 gebelik ve sağlıklı çocuk takibi,
- %15,32 ise psikolojik tatmin için geldikleri şeklinde oldu.



Grafik 4. Aile hekimlerine yönlendirilen "size sürekli gelen hastalarınızın sürekli gelme sebebi nedir" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

4.1.5. Bilgisel Süreklilik

Aile hekimlerine sorulan "muayeneye gelen hastaların tıbbi hikâyesini biliyor olmak sizce ne kadar önemli" sorusuna; %67,1'i (n=55) çok önemli, %23,2'si (n=19) önemli, %4,9'u (n=4) biraz önemli, %3,6'sı (n=3) çok önemli değil, %1,2'si (n=1) hiç önemli değil cevabını verdi. Bu soruya aile hekimlerinin verdiği cevabın dağılımı Grafik 5'de gösterilmiştir.



Grafik 5. Aile hekimlerinin "muayeneye gelen hastaların tıbbi hikâyesini biliyor olmak sizce ne kadar önemli" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

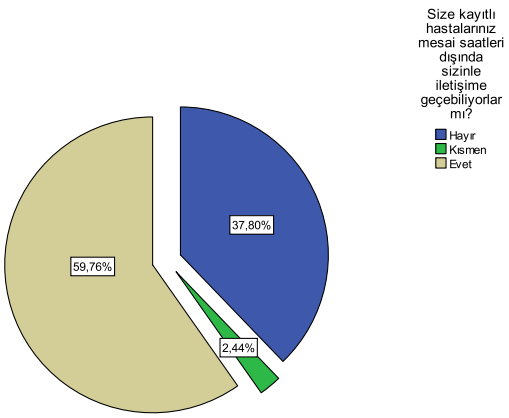
Aile hekimlerinin, hastaneye yönlendirdikleri hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporlarını (epikriz, ameliyat raporu vb.) %78'i (n=64) takip ettiğini, %4,9'u (n=4) kısmen takip ettiğini, %14,6'sı (n=12) ise takip etmediğini belirtti. İki aile hekimi ise bu soruya cevap vermedi (%2,5).

Aile hekimlerine yönlendirilen "hastalarınızın özellikli durumlarının (sigara içme durumu, ilaç veya besin alerjisi, kan uyuşmazlığı vb.) bilgisi sizde kayıtlı mıdır?" sorusuna %48,8'i (n=40) kayıtlı olduğunu, %18,3'ü (n=15) kısmen kayıtlı olduğunu, %32,9'u (n=27) ise kayıtlı olmadığını belirtti.

4.1.6. Erişebilirlik Sürekliliği

Çalışmamızda gittiğimiz toplam 30 ASM'nin her birinde ortalama olarak 5,70 ± 1,87 (min: 2, max: 9) aile hekimi görev yapmaktaydı.

Aile hekimlerine sorulan "size kayıtlı hastalarınız mesai saatleri dışında sizinle iletişime geçebiliyorlar mı?" sorusuna %59,8'i (n=49) evet, %2,4'ü (n=2) kısmen, %37,8'i (n=31) hayır cevabını verdi. Aile hekimlerine yönlendirilen bu soruya verdikleri cevabın dağılımı Grafik 6'da gösterilmiştir.



Grafik 6. Aile hekimlerine sorulan "size kayıtlı hastalarınız mesai saatleri dışında sizinle iletişime geçebiliyorlar mı?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

Aile hekimlerinin %84,1'i (n=69) ASM'de randevu sisteminin olduğunu, %15,9'u (n=13) ise randevu sisteminin olmadığını belirtti.

Aile hekimlerinin %18,3'ü (n=15) mobil hizmet vermekte iken, %81,7'si (n=67) mobil hizmet vermiyordu.

4.1.7. İstikrar Sürekliliği

Aile hekimleri bulundukları ASM'de ortalama olarak 3,18 ± 2,24 (min: 0,5, max: 6) yıldır çalışmaktaydı. Aile hekimlerine bir ay içerisinde ortalama 43,09 ± 55,16 (min: 0, max: 400, ortanca değer: 30) hastanın yeni kayıt yaptırdığı, 30,29 ± 27,16 (min: 0, max: 179, ortanca değer: 22) kayıtlı hastanın kaydını aldırdığı belirtildi.

4.1.8. Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi (HVSİ)

Aile hekimlerine bir ay içerisinde başvuran toplam hasta sayısının ortalaması 785 ± 352 (min: 118, max: 2166) olarak bulundu. Bu bir ay içerisinde aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı hastaları tarafından yapılan poliklinik ziyaretlerinin ortalaması ise 572 ± 274 (min: 79, max: 1766) olarak bulundu.

HVSİ değeri; KHZ / TKZ (Şekil 4) formülü ile hesaplandı ve %72 ± %11 (min: %40, max: %94) olarak bulundu.

HVSİ = KHZ / TKZ

HVSİ= Hizmet verenin süreklilik indeksi

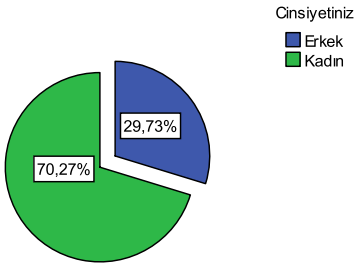
KHZ= Kayıtlı (atanan) hastalar tarafından yapılan ziyaret sayısı

TKZ= Toplam klinik ziyaret

Şekil 4. HVSİ formülü

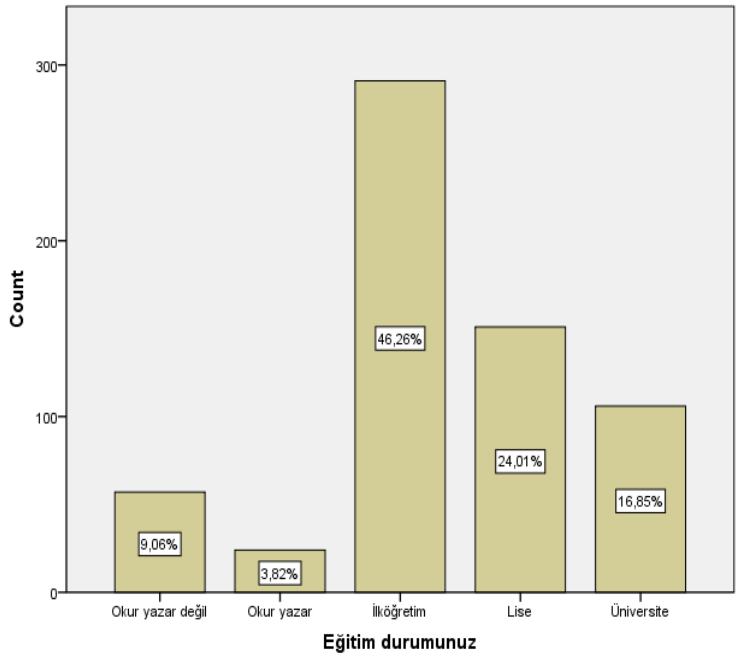
4.2. Hizmet Alanlara Ait Bulgular

Çalışmamıza 30 ASM'de ziyaret ettiğimiz 82 aile hekimini ziyaret eden, çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 629 hasta katıldı. Çalışmaya katılan 629 hastanın yaş ortalaması 40,13 ± 14,79 (min: 18, max: 82) idi. Katılımcıların %70,3'ü (n=442) kadın, %29,7'si (n=187) erkekti. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı Grafik 7'de gösterilmiştir.



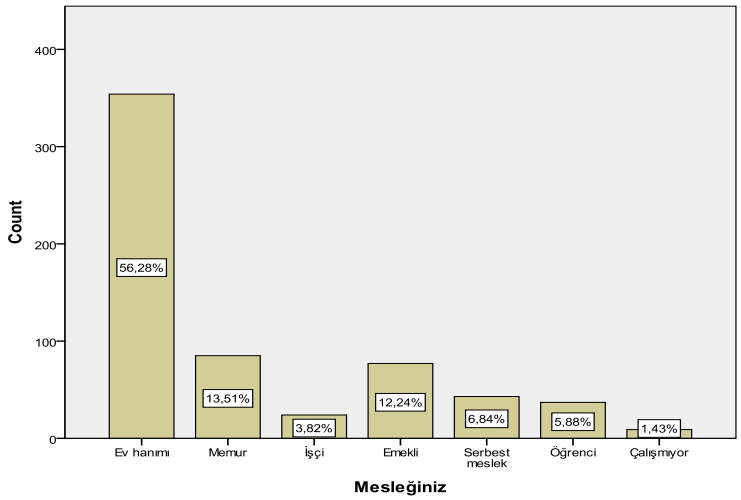
Grafik 7. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı

Katılımcıların %9,1'i (n=57) okuryazar değildi, %3,8'i (n=24) okuryazardı, %46,3'ü (n=291) ilköğretim mezunu, %24''ü (n=151) lise mezunu, %16,8'i (n=106) ise üniversite mezunuydu. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı Grafik 8'de gösterilmiştir.



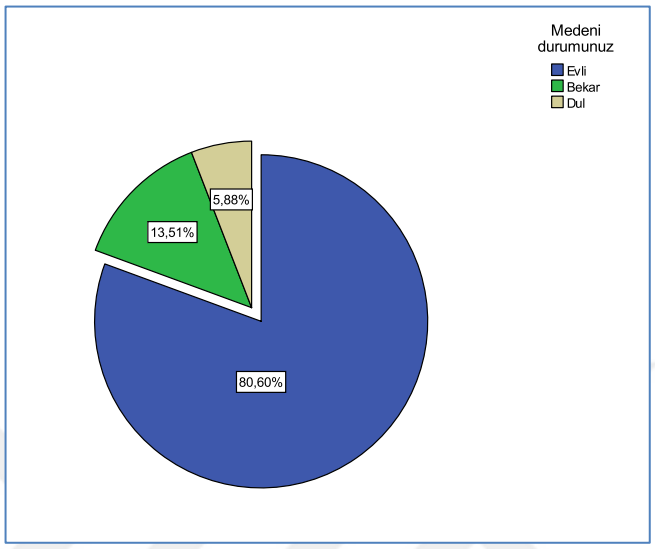
Grafik 8. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı

Meslek gruplarına göre katılımcılara baktığımızda; %56,3'ü (n=354) ev hanımı, %13,5'i (n=85) memur, %3,8'i (n=24) işçi, %12,2'si (n=77) emekli, %6,9'u (n=43) serbest meslek (kendi işi ile meşgul), %5,9'u (n=37) öğrenci, %1,4'ü (n=9) ise çalışmıyordu. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı Grafik 9'da gösterilmiştir.



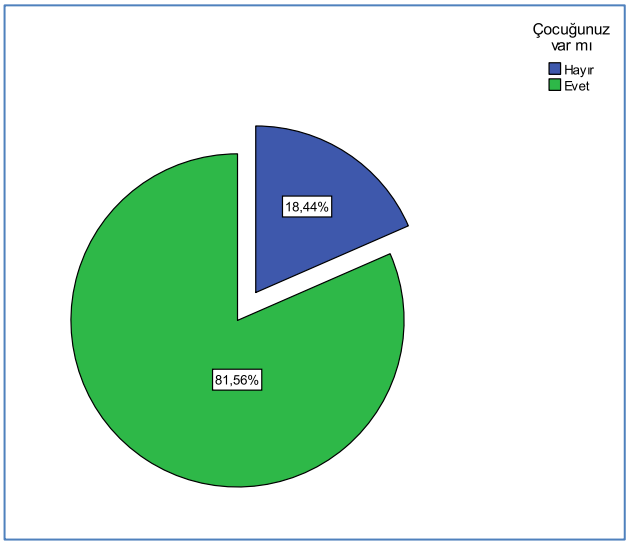
Grafik 9. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı

Medeni durumlarına baktığımızda ise %80,6'sı (n=507) evli, %13,5'i (n=85) bekâr, %5,9'u (n=37) ise duldu. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı Grafik 10'da gösterilmiştir.



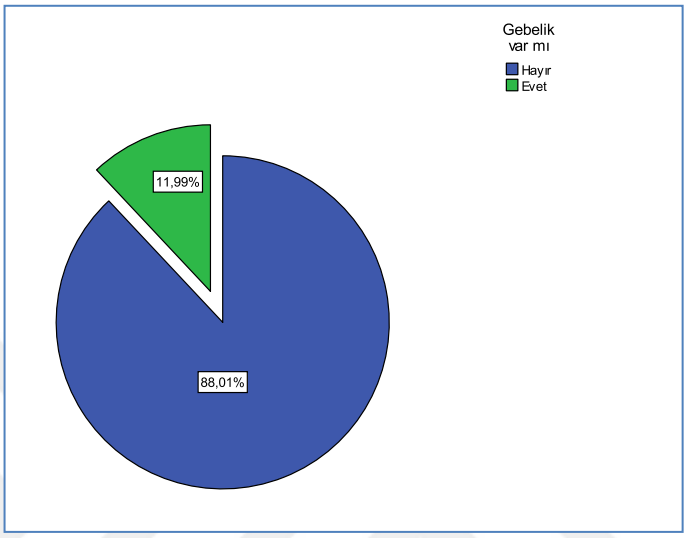
Grafik 10. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların %81,6'sının (n=513) çocuğu vardı, %18,4'ünün (n=116) ise çocuğu yoktu. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları Grafik 11'de gösterilmiştir.



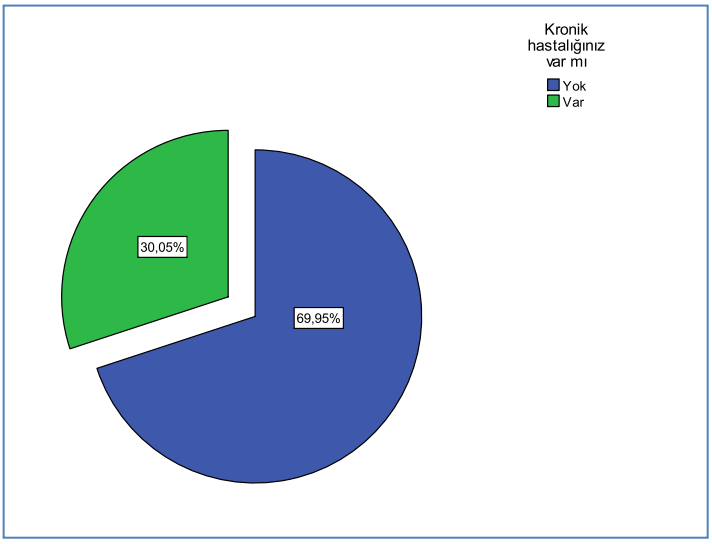
Grafik 11. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları

Kadın katılımcıların %12'sinde (n=53) gebelik mevcuttu, %88'inde (n=389) ise gebelik mevcut değildi. Kadın katılımcıların gebelik durumlarının dağılımı Grafik 12'de gösterilmiştir.



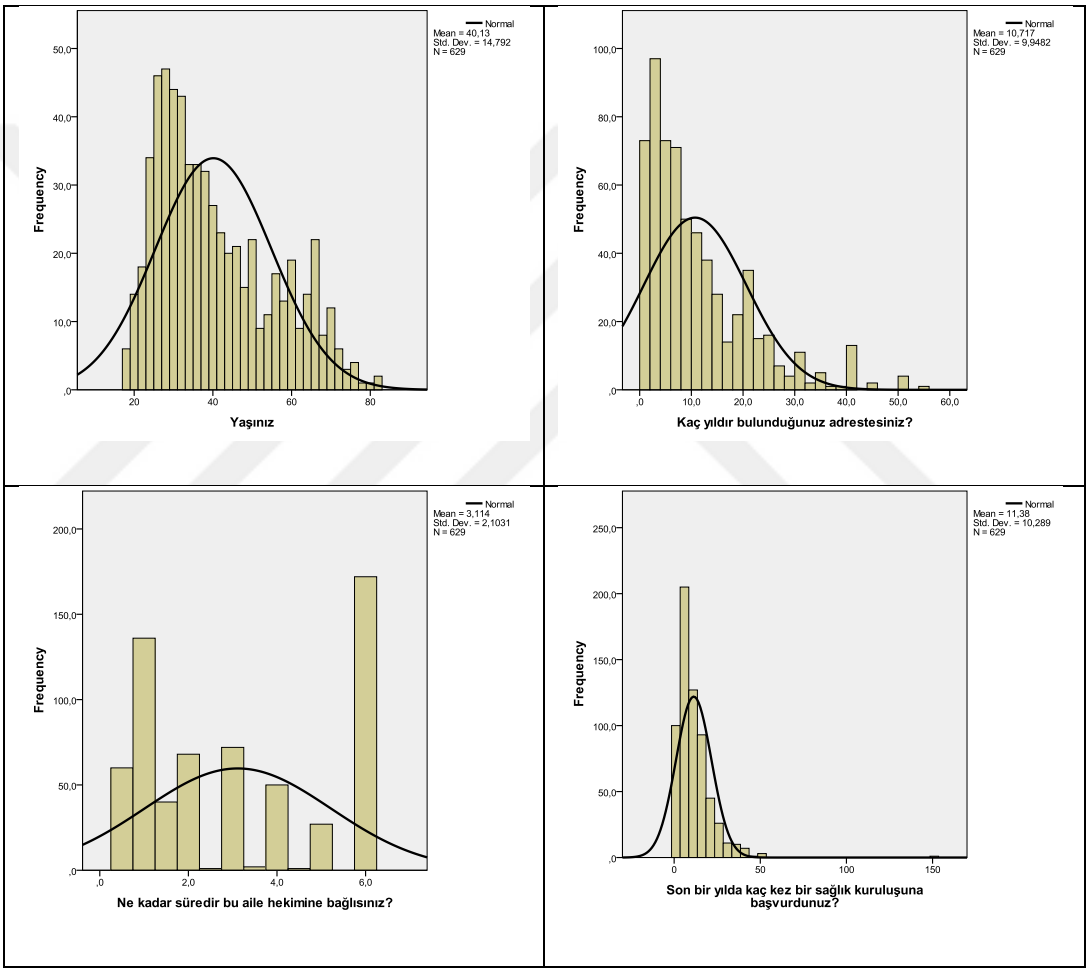
Grafik 12. Kadın katılımcıların gebelik durumlarının dağılımı

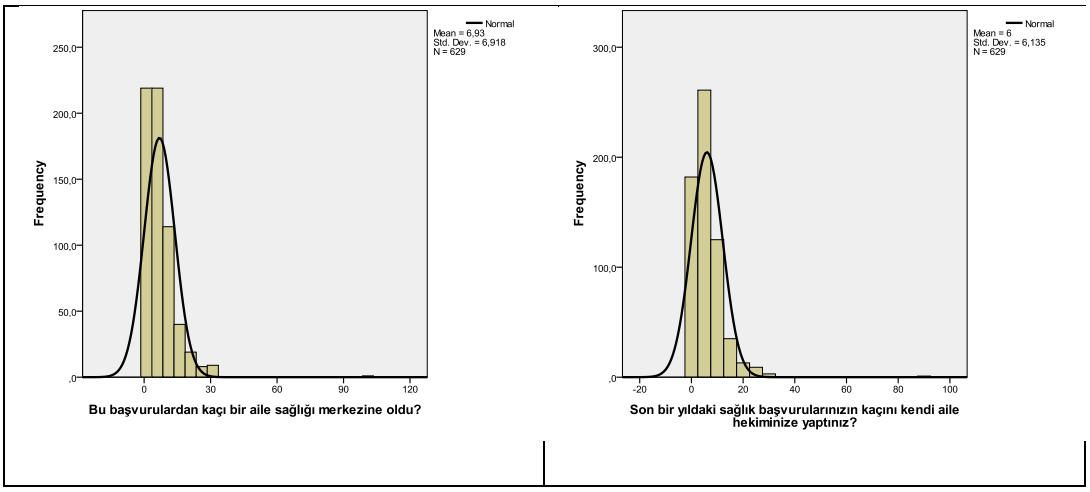
Katılımcıların %30'unun (n=189) kronik hastalığı vardı, %70'inin (n=440) ise yoktu. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı Grafik 13'de gösterilmiştir.



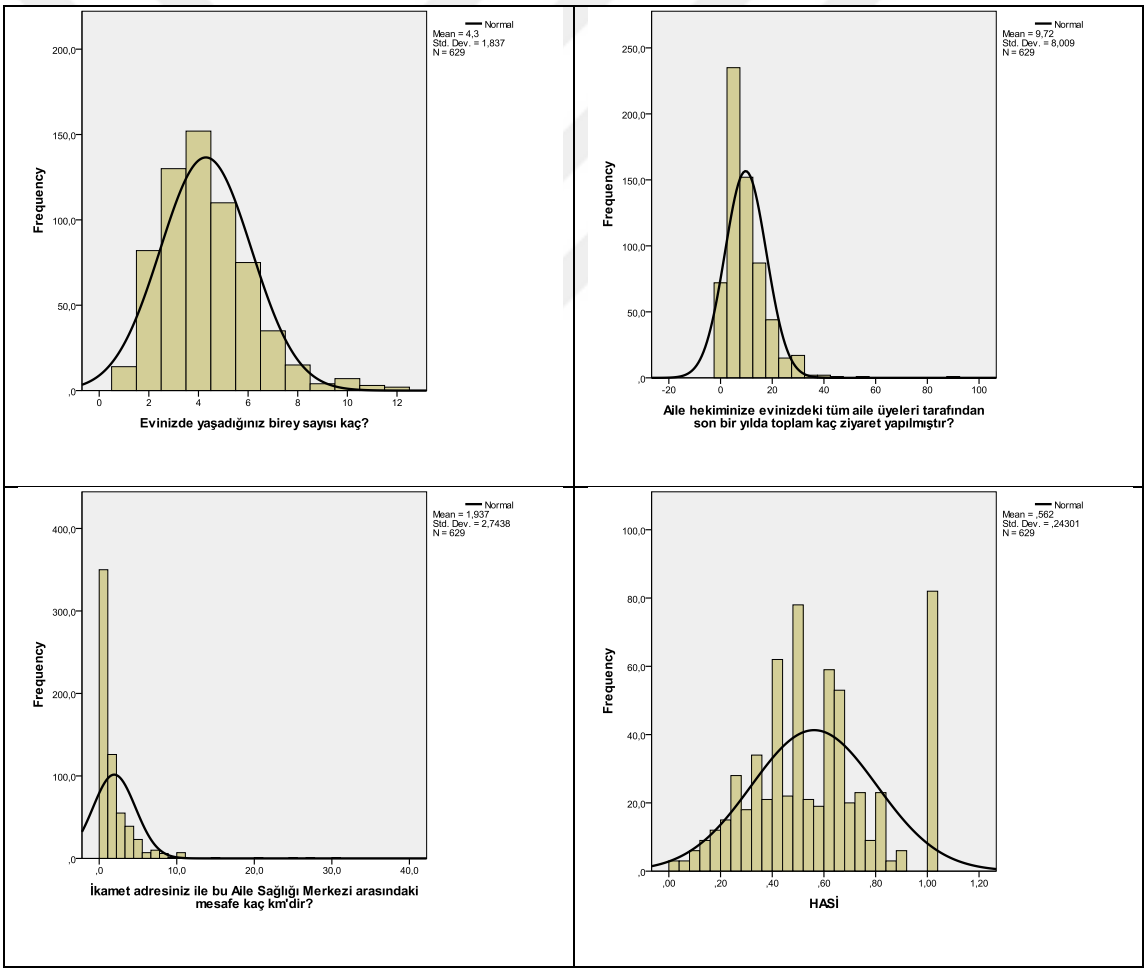
Grafik 13. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı

Hizmet alanlara ait verilerin numerik değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ile incelendi (Grafik 14).





Grafik 14. Hizmet alanlara ait verilerin numerik değişkenlerin histogram grafikleri



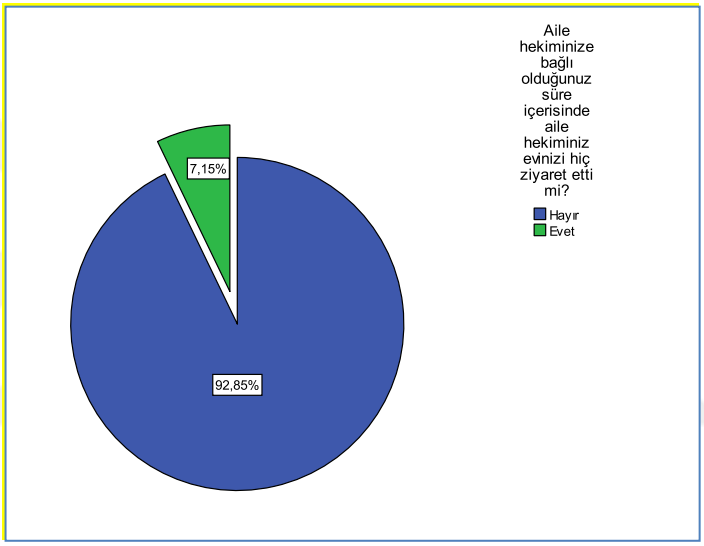
Grafik 14. Hizmet alanlara ait verilerin numerik değişkenlerin histogram grafikleri (Devamı)

4.2.1. Kronolojik Süreklilik

Çalışmaya katılan hizmet alanlar, kayıtlı oldukları aile hekimine ortalama 3,11 ± 2,10 (min: 0,5; max: 6) yıldır bağlıydı.

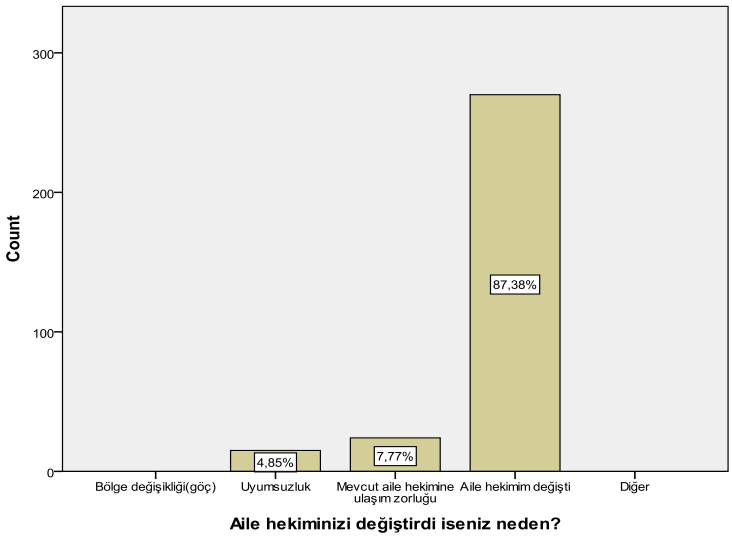
4.2.2. Coğrafi Süreklilik

Katılımcılara sorulan "aile hekiminize bağlı olduğunuz süre içerisinde aile hekiminiz veya aile sağlığı elemanınız sizi evinizde ziyaret etti mi?" sorusuna %92,8'i (n=584) hayır, %7,2'si (n=45) evet cevabını verdi. Katılımcıların bu soruya verdiği cevabın dağılımı Grafik 15'de gösterilmiştir.



Grafik 15. Katılımcıların "Aile hekiminize bağlı olduğunuz süre içerisinde aile hekiminiz veya aile sağlığı elemanınız sizi evinizde ziyaret etti mi?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

Katılımcıların %49,1'i (n=309) bulunduğu adresteyken kayıtlı olduğu aile hekimini değiştirdiğini, %50,9'u (n=320) ise değiştirmediğini belirtti. Bulunduğu adresteyken kayıtlı olduğu aile hekimini değiştiren 309 katılımcının %4,85'i (n=15) aile hekimi ile uyumsuzluktan, %7,77'si (n=24) mevcut aile hekimine ulaşım zorluğundan, %87,38'i (n=270) ise aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekimini değiştirdiğini belirtti. Katılımcıların bulundukları adresteyken aile hekimini değiştirme sebeplerinin dağılımı Grafik 16'da gösterilmiştir.



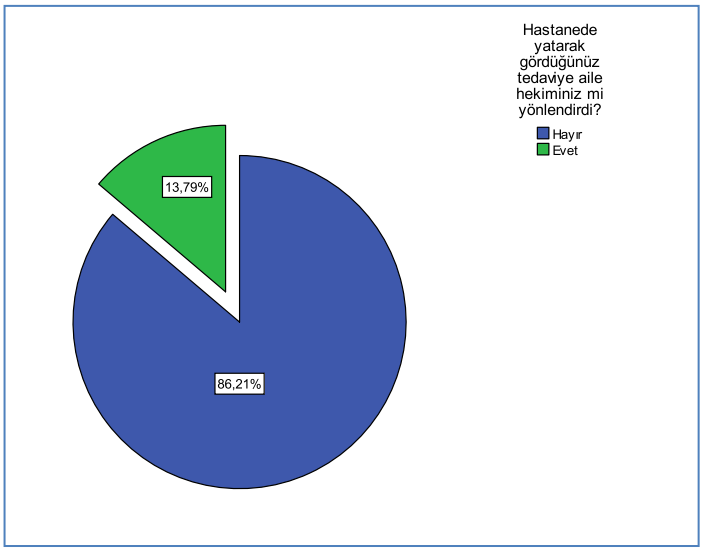
Grafik 16. Katılımcıların bulundukları adresteyken aile hekimini değiştirme sebeplerinin dağılımı

Katılımcıların ikamet ettikleri adres ile bağlı oldukları ASM arasındaki mesafe 1,93 ± 2,74 (min: 0,1, max: 30, ortanca değer: 1,0) km'ydi.

Katılımcıların %18,4'ü (n=116) aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi gördüğünü, %81,6'sı (n=513) ise hastanede yatarak tedavi görmediğini belirtti.

4.2.3. Disiplinler Arası Süreklilik

Hastanede yatarak tedavi gören 116 katılımcının %13,8'ini (n=16) hastaneye kendi aile hekiminin yönlendirdiğini, %86,2'si (n=100) ise hastaneye kendi başvurduğunu belirtti. Bu 116 katılımcının hastaneye yönlendirilme durumlarının dağılımı Grafik 17'de gösterilmiştir.



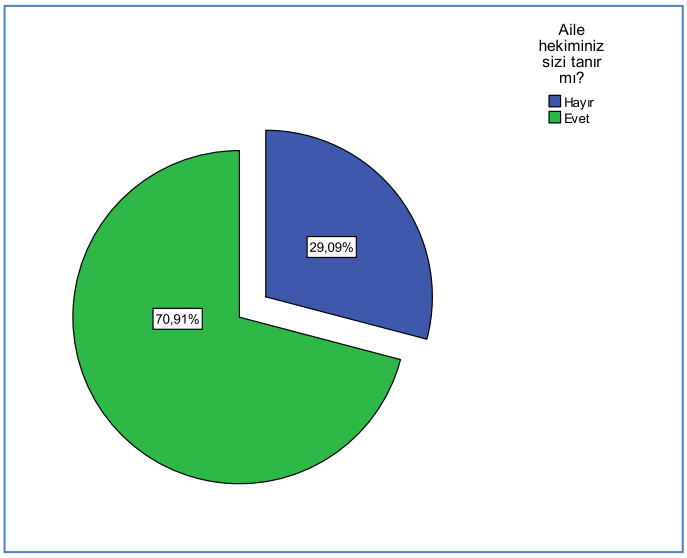
Grafik 17. Hastanede yatarak tedavi gören 116 katılımcının hastaneye yönlendirilme durumlarının dağılımı

Bu 116 katılımcının %62,1'ine (n=72) taburcu olurken sağlık durumu ile ilgili rapor (epikriz) verilmiş, %37,9'una (n=44) verilmemişti. Hastaneden taburcu olurken kişinin sağlık durumu ile ilgili rapor verilen 72 hastanın %34,72'si (n=25) ilgili raporu aile hekimine vermiş, %65,27'si (n=47) ise raporu aile hekimine vermemişti.

4.2.4. İlişkisel Süreklilik

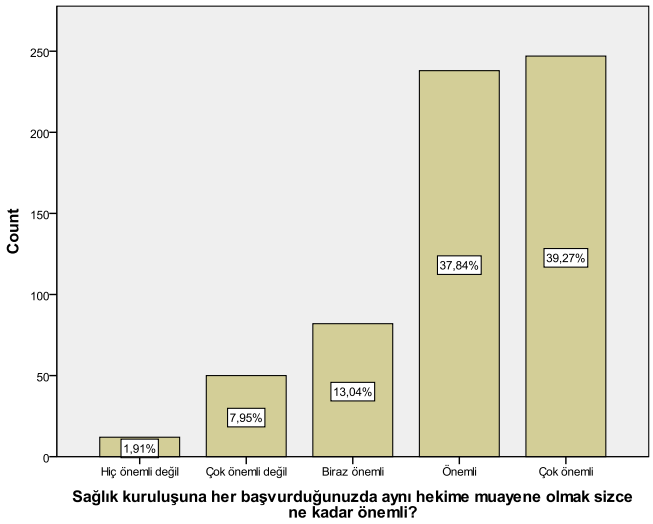
Bulunduğu adresteyken aile hekimini değiştiren 309 katılımcının %4,85'i (n=15) aile hekimi ile uyumsuzluktan, %7,77'si (n=24) mevcut aile hekimine ulaşım zorluğundan, %87,38'i (n=270) ise aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekimini değiştirdiğini belirtti.

Katılımcılara yönelttiğimiz "aile hekiminizi ziyarete gittiğinizde hekiminiz sizi kendisinin kayıtlı hastası olarak tanır mı?" sorusuna %70,9'u (n=446) evet, %29,1'i (n=183) ise hayır cevabını verdi. Bu soruya verilen cevabın dağılımı Grafik 18'de gösterilmiştir.



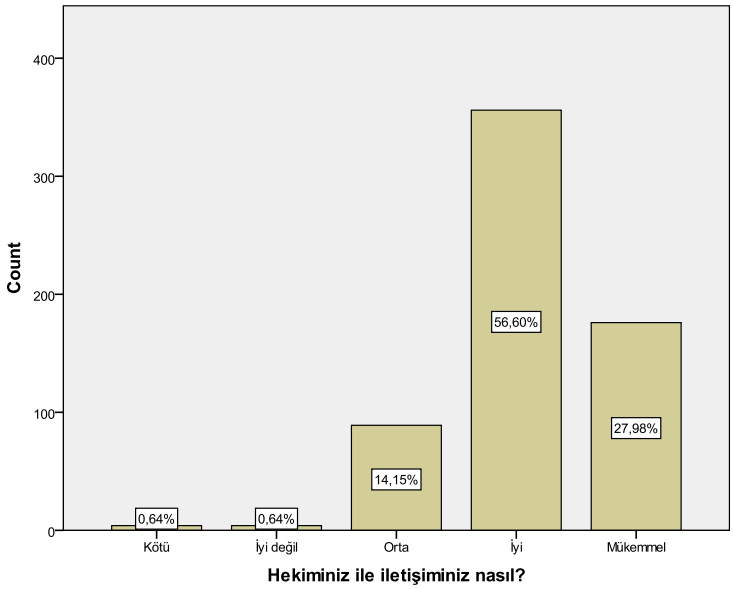
Grafik 18. Katılımcıların "aile hekiminizi ziyarete gittiğinizde hekiminiz sizi kendisinin kayıtlı hastası olarak tanır mı?**"** sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

Katılımcılara "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli" sorusu sorulduğunda; %39,3'ü (n=247) çok önemli, %37,8'i (n=238) önemli, %13'ü (n=82) biraz önemli, %8'i (n=50) çok önemli değil, %1,9'u (n=12) hiç önemli değil cevabını verdi. Katılımcılara yönlendirilen bu sorunun dağılımı Grafik 19'da gösterilmiştir.



Grafik 19. Katılımcıların "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

“Aile hekiminiz ile iletişiminizin nasıl olduğunu hissediyorsunuz?” sorusuna katılımcıların %28’i (n=176) mükemmel, %56,6’sı (n=356) iyi, %14,2’si (n=89) orta, %0,6’sı (n=4) iyi değil, %0,6’sı (n=4) ise kötü cevabını verdi. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevabın dağılımı Grafik 20’de gösterilmiştir.



Grafik 20. Katılımcıların “aile hekiminiz ile iletişiminizin nasıl olduğunu hissediyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

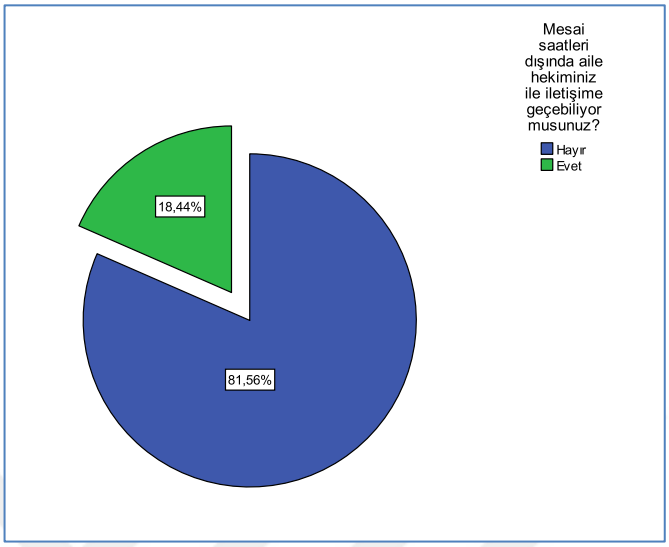
4.2.5. Bilgisel Süreklilik

Kayıtlı olduğu aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi gören 116 katılımcının %62,1’ine (n=72) taburcu olurken sağlık durumu ile ilgili rapor (epikriz) verilmiş, %37,9’una (n=44) verilmemişti. Hastaneden taburcu olurken kişinin sağlık durumu ile ilgili rapor verilen 72 hastanın %34,7’si (n=25) ilgili raporu aile hekimine verdiğini, %65,3’ü (n=47) ise ilgili raporu aile hekimine vermediğini belirtti.

4.2.6. Erişebilirlik Sürekliliği

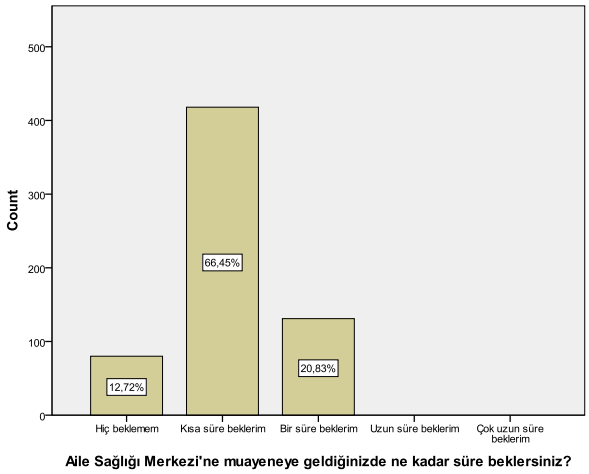
Katılımcılara mesai saatleri dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları sorulduğunda, %18,4’ü (n=116) iletişime geçebildiğini,

%81,6'sı (n=513) ise iletişime geçmediğini belirtti. Katılımcıların kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumlarının dağılımı Grafik 21'de gösterilmiştir.



Grafik 21. Katılımcıların kendi aile hekimleri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumlarının dağılımı

Katılımcılara yöneltilen "ASM'ye muayeneye geldiğinizde ne kadar süre beklersiniz?" sorusuna % 12,7'si (n=80) hiç beklemem, %66,5'i (n=418) kısa süre beklerim, %20,8'i (n=131) ise bir süre beklerim cevabını verdi. Bu soruya katılımcılar tarafından verilen cevabların dağılımı Grafik 22'de gösterilmiştir.



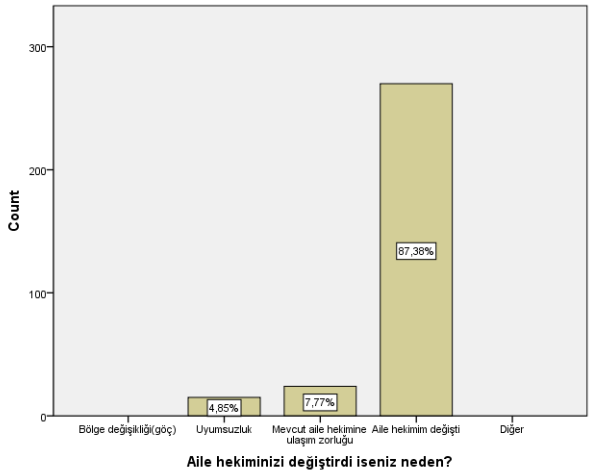
Grafik 22. Katılımcıların "ASM'ye muayeneye geldiğinizde ne kadar süre beklersiniz?" sorusuna verdikleri cevabın dağılımı

4.2.7. İstikrar Sürekliliği

Katılımcılar bulunduğu adreste ortalama 10,71 ± 9,94 (min: 0,2, max: 54,0) yıldır ikamet etmekteydi.

Katılımcılar kayıtlı oldukları aile hekimine ortalama 3,11 ± 2,10 (min: 0,5, max: 6, ortanca değer: 8,0) yıldır bağlıydı.

Bulunduğu adresteyken aile hekimini değiştiren 309 kişinin %4,9'u (n=15) mevcut aile hekimi ile olan uyumsuzluktan dolayı, %7,8'i (n=24) mevcut aile hekimine ulaşım zorluğundan, %87,4'ü (n=270) ise aile hekiminin değişmesinden dolayı aile hekimini değiştirdiğini belirtti. Aile hekimini değiştiren katılımcıların değiştirme sebeplerinin dağılımı Grafik 23'de gösterilmiştir.



Grafik 23. Aile hekimini değiştiren katılımcıların değiştirme sebeplerinin dağılımı

Aile sürekliliği; katılımcıların evlerinde beraber yaşadıkları birey sayısı ortalama 4,30 ± 1,83 (min: 1, max: 12) olarak belirlendi. Kişinin kendisi de dâhil tüm aile üyeleri tarafından son 1 yılda aile hekimine yapılan ziyaret sayısı 9,72 ± 8 (min: 0, max: 90) olarak belirlendi.

4.2.8. Hizmet Alanın Süreklilik İndeksi (HASİ)

Katılımcıların son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşu (ASM veya II.- III. basamak sağlık kuruluşu) başvuruları ortalaması hesaplandığında 11,38 ± 10,28

(min: 1, max: 150) değeri elde edildi. Katılımcılar bu başvuruların 6,93 ± 6,91 (min: 1, max: 100) kadarını ASM'ye yaptığını ve ortalama 6 ± 6,13 (min:0, max:90) kadarını da kendi aile hekimine yaptığını belirtti.

HASİ değeri; HVZ / TZ (Şekil 5) formülü kullanılarak istatistiksel olarak hesaplandı ve %56 ± %24 (min: %0, max:% 100) değeri bulundu.

HASİ = HVZ / TZ

HASİ = Hizmet alanın süreklilik indeksi

HVZ = Her zamanki hizmet verene yapılan ziyaret sayısı

TZ = Toplam ziyaret sayısı

Şekil 5. HASİ formülü

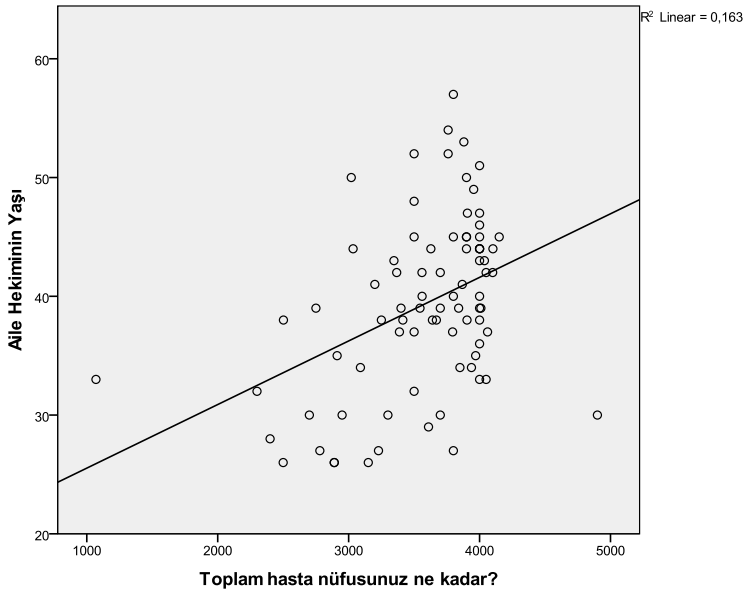
4.3. Karşılaştırmalı Analizler

4.3.1. Aile Sağlığı Merkezi'ne Ait Bulguların Analizi

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaşları ile;

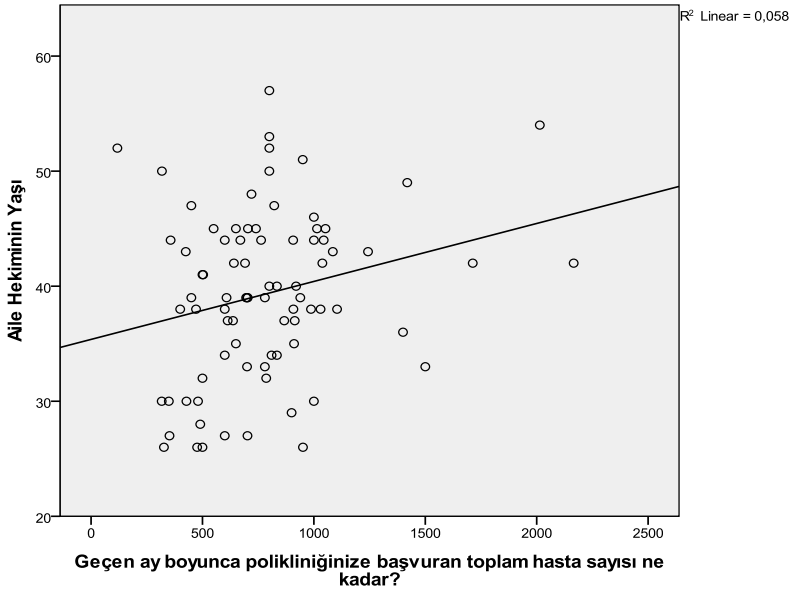
- Bulunduğu ASM'de çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$; $r=0,595$). Aile hekimlerinin yaşı arttıkça ASM'de çalışma süreleri de artmaktaydı.
- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,007$; $r=0,295$). Aile hekimlerinin yaşı arttıkça ASM'de çalışan hekim sayısı da artmaktaydı.
- Çalıştığı ASM'den evine olan uzaklık arasında anlamlı bir korelasyon vardı ($p=0,002$; $r=-0,335$). Hekimin yaşı arttıkça çalıştığı ASM ile evi arasındaki mesafe azalmaktaydı.
- Cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p=0,092$; $t=1,708$). Kadın aile hekimlerinin yaş ortalaması 37,37 ± 5,47, erkek aile hekimlerinin ise 40,29 ± 8,00 yıldı.

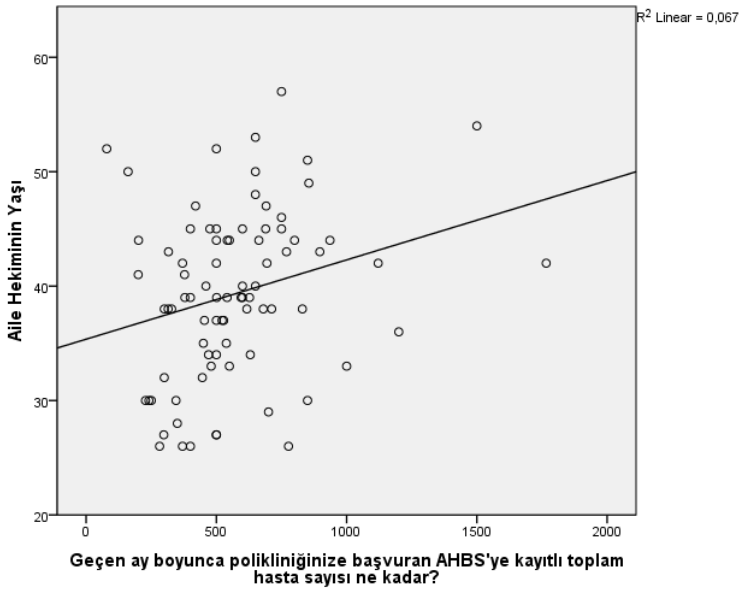
- Toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p<0,001; r=0,404). Korelâsyon güçlü olmamakla beraber aile hekimlerinin yaşı arttıkça toplam hasta nüfusları da artmaktaydı (Grafik 24).



Grafik 24. Aile hekiminin yaşı ile toplam hasta nüfusu arasındaki korelasyon

- Bir ay içerisinde polikliniğe başvuran toplam hasta sayıları (hekime yapılan toplam ziyaret) arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,029), korelasyon (r=0,241) zayıf olmakla beraber aile hekimlerinin yaşı arttıkça polikliniğe başvuran toplam hasta sayıları da artmaktaydı. Bu bir ay içerisinde polikliniğe başvuran kayıtlı hastaların sayısı arasında yine anlamlı bir ilişki vardı (p=0,019), korelasyon (r=0,258) yine zayıf olmakla beraber aile hekimlerinin yaşı arttıkça polikliniğe başvuran toplam kayıtlı hasta sayıları da artmaktaydı (Grafik 25). HVSİ'ye baktığımızda ise aralarında korelâsyonun olmadığı görüldü (p=0,619; r=0,056).

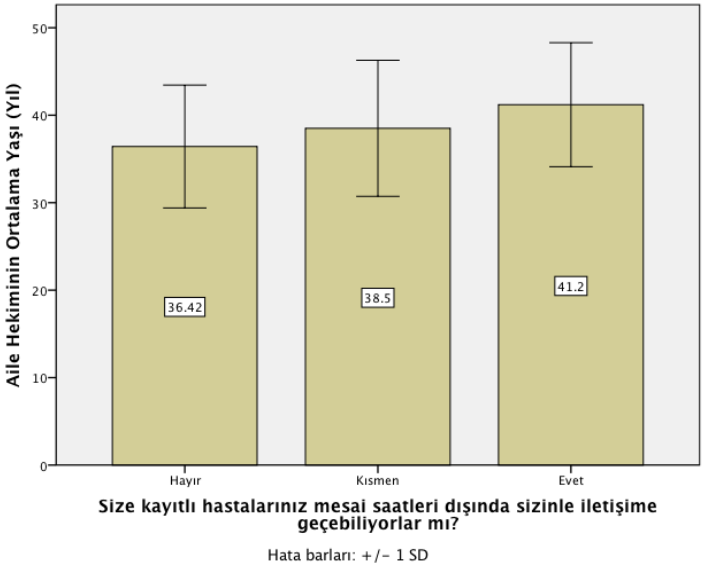




Grafik 25. Aile hekiminin yaşı ile bir ay boyunca polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı ve AHBS'ye kayıtlı polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasındaki korelasyon

- "Muayeneye gelen hastanın tıbbi hikâyesini biliyor olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,473; F=0,891).
- Kayıtlı hastalarının kendileri ile mesai saatleri dışında iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,016; F=4,354), özellikle yaşı daha büyük olan aile hekimleri hastalarının kendisi ile iletişime

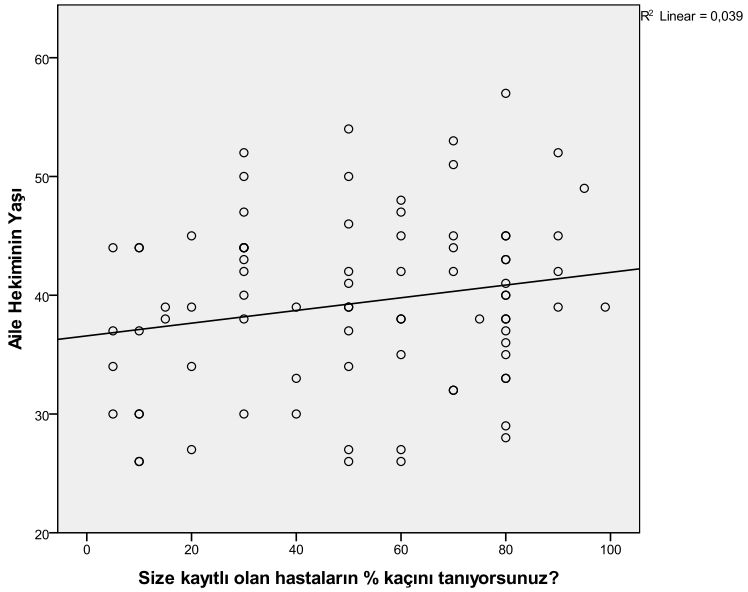
geçebildiğini belirtti. Verilen cevaplara göre yaş ortalaması şöyleydi; “Hayır” 36,42 ± 7,02, “Kısmen” 38,50 ± 7,77, “Evet” 41,20 ± 7,09 (Grafik 26).



Grafik 26. Aile hekiminin yaşı ile hastaların mesai saati dışında hekimleriyle iletişime geçebilme durumları

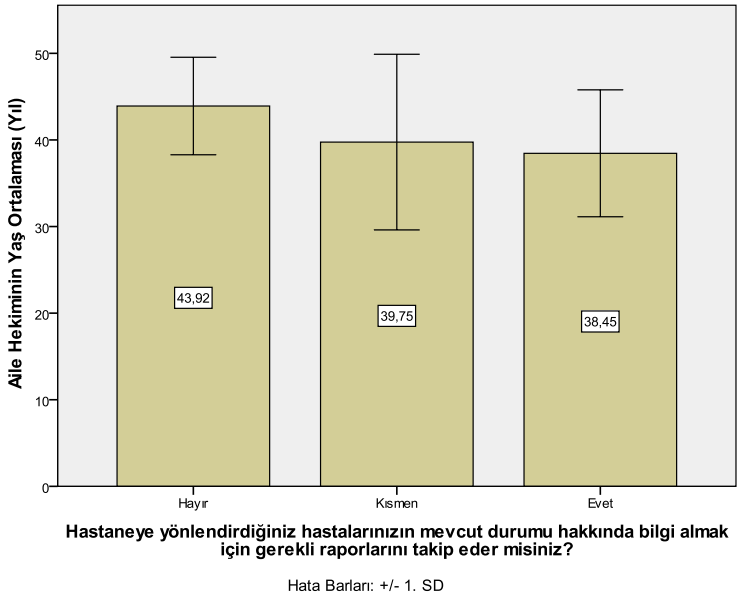
- “Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?” sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,075; t=2,392).

- Kendilerine kayıtlı olan hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,074; r=0,198) (Grafik 27).



Grafik 27. Aile hekiminin yaşı ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri

- Hastaneye yönlendirdikleri hastalarının durumu hakkında bilgi veren raporlarını takip etme durumları arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,062; F=2,882) (Grafik 28).



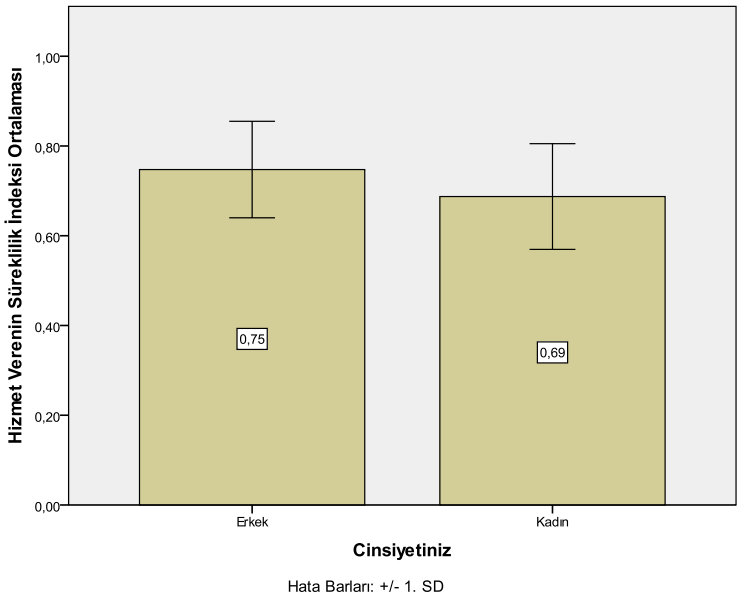
Grafik 28. Aile hekiminin yaşı ile hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli raporlarını (epikrizi, ameliyat raporu vb.) takip etme durumu

- Hastalarının özellikli durumlarının (sigara içme durumu, ilaç veya besin alerjisi, kan uyuşmazlığı vb.) kayıtlı olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,458; F=0,789).
- Bir ay içerisinde aile hekimlerine kayıt yaptıran hasta sayısı (p=0,396; r=-0,095) ve aile hekimlerinden kaydını aldıran hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,435; r=─0,087).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,702; t=─0,384).
- "Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,767; r=0,033).

Aile hekimlerinin cinsiyetleri ile;

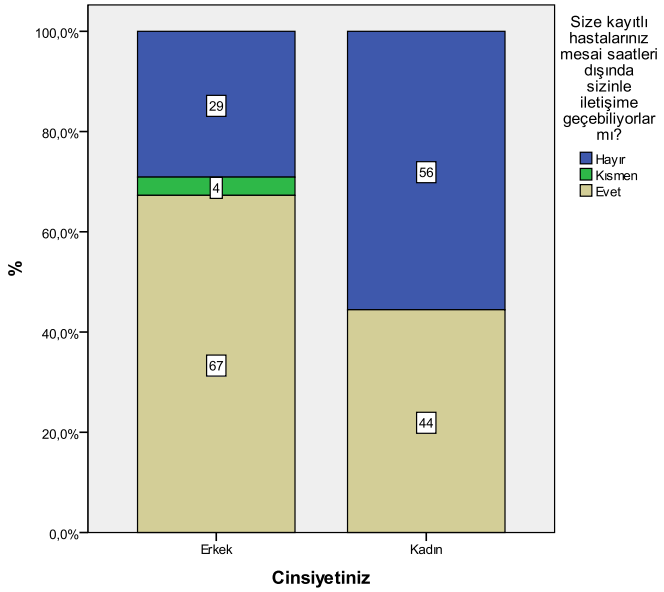
- Hekimlik yapma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,238; t=1,189).
- Aile hekimliği yapma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,203; t=1,284).
- Bulunduğu ASM'de çalışma süreleri açısından aralarında anlamlı bir fark vardı (p=0,015; t=2,488). Erkek aile hekimleri ortalama 3,60 ± 2,24 yıldır bulunduğu ASM'de çalışırken, kadın aile hekimleri ortalama 2,33 ± 2,02 yıldır çalışmaktaydı.
- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,273; t=1,103).
- Çalıştıkları ASM'nin evlerine olan uzaklığı arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,283; z=─1,074).
- Kayıtlı toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,189; t=1,326).
- Bir ay içerisinde polikliniklerine başvuran toplam hasta sayıları (p=0,786; t=0,272) ve bu bir ay içerisinde polikliniklerine başvuran kayıtlı hasta sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,496; t=0,277). HVSİ arasında ise anlamlı bir fark bulundu (p=0,024; t=2,306). HVSİ, erkek aile

hekimlerinde (%75) kadın aile hekimlerine (%69) oranla daha yüksekti (Grafik 29'da).



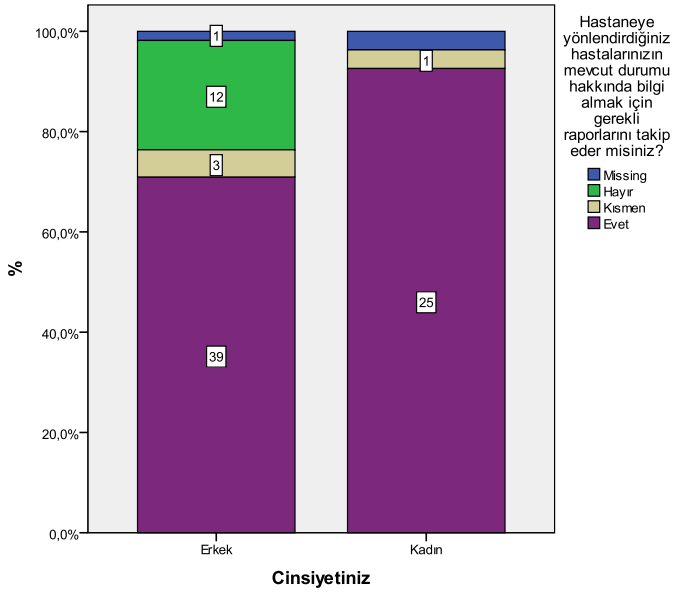
Grafik 29. Erkek ve kadın aile hekimlerinin HVSİ oranları

- "Muayeneye gelen hastanın tıbbi hikâyesini biliyor olmanız sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,548; Ki-kare=0,360).
- "Size kayıtlı hastalarınız mesai saatleri dışında sizinle iletişime geçebiliyorlar mı?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,052; Ki-kare=5,916), ancak erkek aile hekimleri hastalarının kendileri ile iletişime geçebildiği cevabını daha çok verdi. Erkek aile hekimlerinin %29,1'i (n=16) "Hayır", %3,6'sı (n=2) "Kısmen", %67,3'ü (n=37) "Evet", cevabını verdi. Kadın aile hekimlerinin ise %55,6'sı (n=15) "Hayır", %0,0'ı (n=0) "Kısmen", %44,4'ü (n=12) "Evet" cevabını verdi (Grafik 30).



Grafik 30. Erkek ve kadın aile hekimleri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumu

- "Sizce hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,379; Ki-kare=0,773).
- Kayıtlı hastalarını tanıma oranları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,495; t=─0,685).
- Hastaneye yönlendirdikleri hastalarının durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip etme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,028; Ki-kare=7,137). Daha çok kadın aile hekimleri bu raporları takip ettiğini belirtti. Verilen cevaplara göre oranlar şöyleydi; erkek aile hekimlerinin %22,2'si (n=12) "Hayır", %5,6'sı (n=3) "Kısmen", %72,2'si (n=39) "Evet". Kadın aile hekimlerinin ise %0,0'ı (n=0) "Hayır", %3,8'i (n=1) "Kısmen", %96,2'si (n=25) "Evet" (Grafik 31).



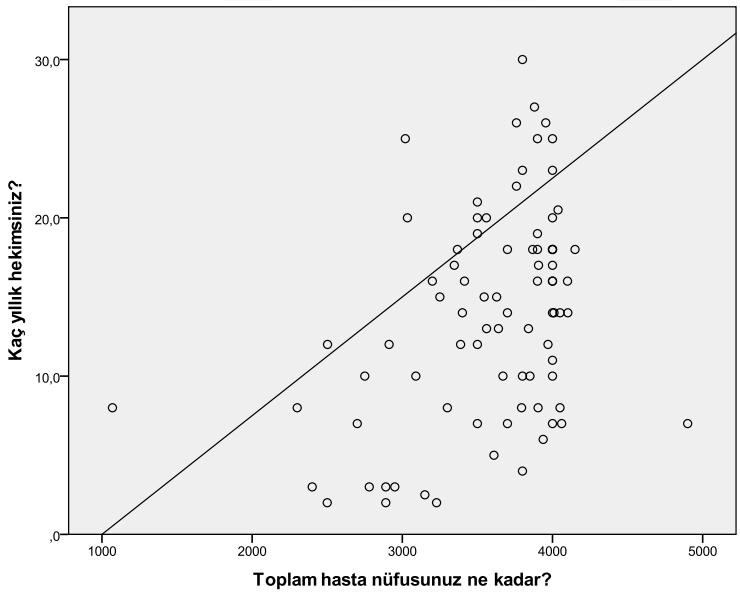
Grafik 31. Erkek ve kadın aile hekimlerinin hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli raporlarını (epikrizi, ameliyat raporu vb.) takip etme durumları

- Hastalarının özellikli durumlarının kendilerinde kayıtlı olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,183; Ki-kare=3,394).
- Bir ay içerisinde kendilerine kayıt yaptıran (p=0,265; z=─1,115) ve bu bir ay içerisinde kendisinden kayıt aldıran hasta sayıları açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu (p=0,378; z=─0,881).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark olmamakla beraber (p=0,074; Ki-kare=3,191) erkek aile hekimlerinin (%86) kadın aile hekimlerine (%62) oranla daha fazla mobil hizmet vermekte olduğu bulundu.
- "Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,395; t=─0,856).

Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri ile;

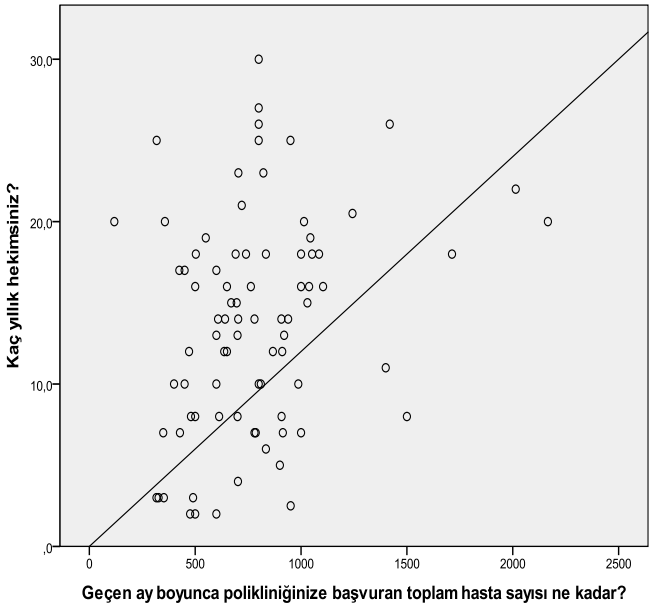
- Bulunduğu ASM'de çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardı (p<0,001; r=0,576). Hekimlerin hekimlik yapma süreleri arttıkça bulunduğu ASM'de çalışma süreleri de artmaktaydı.

- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,007; r=0,296). Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri arttıkça bulunduğu ASM'de çalışan aile hekimi sayısı da artmaktaydı.
- ASM'nin evlerine olan uzaklığı arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,025; r=─0,247). Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri arttıkça ASM'nin evlerine olan uzaklığı azalmaktaydı.
- Toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,001; r=0,367). Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri arttıkça toplam hasta nüfuslarının da arttığı bulundu (Grafik 32).

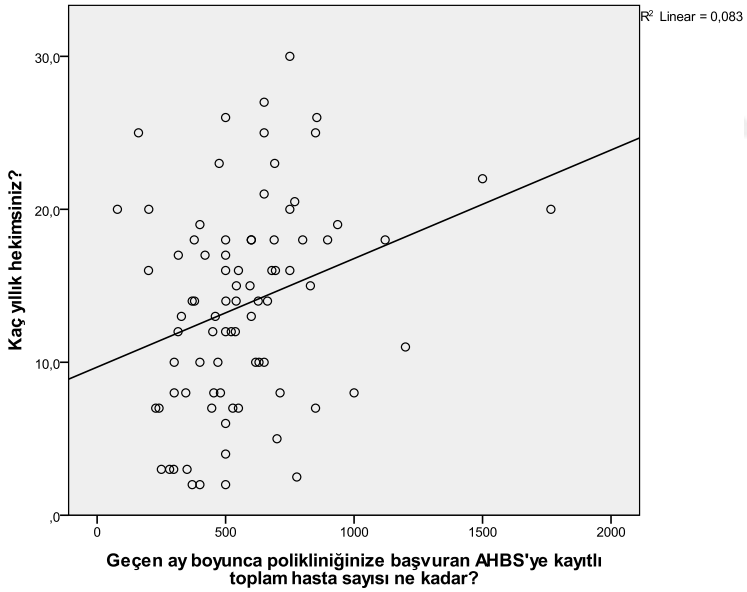


Grafik 32. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki durum

- Bir ay içerisinde aile hekimlerine başvuran toplam hasta sayıları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,011; r=0,279) (Grafik 33). Aile hekiminin hekimlik yapma süresi arttıkça polikliniğe başvuran hasta sayısı da artmaktaydı. Bu bir ay içerisinde aile hekimlerine başvuran toplam kayıtlı hasta sayıları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,009; r=0,288) (Grafik 34). Aile hekiminin hekimlik yapma süresi arttıkça polikliniğe başvuran kayıtlı hasta sayısı da artmaktaydı. HVSİ arasında ise anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,838; r=0,023).



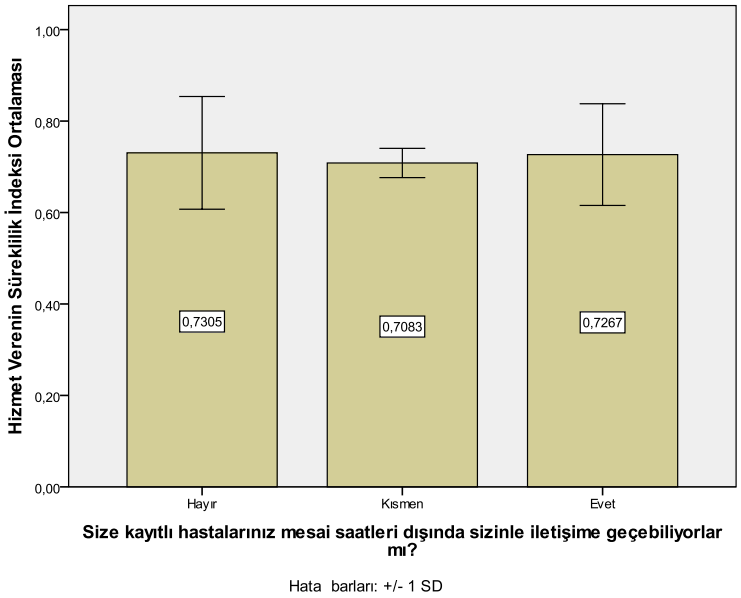
Grafik 33. Aile hekiminin hekimlik yapma süresi ile bir ay içerisinde polikliniğine başvuran toplam hasta sayıları



Grafik 34. Aile hekiminin hekimlik yapma süresi ile bir ay içerisinde polikliniğine başvuran toplam kayıtlı hasta sayıları

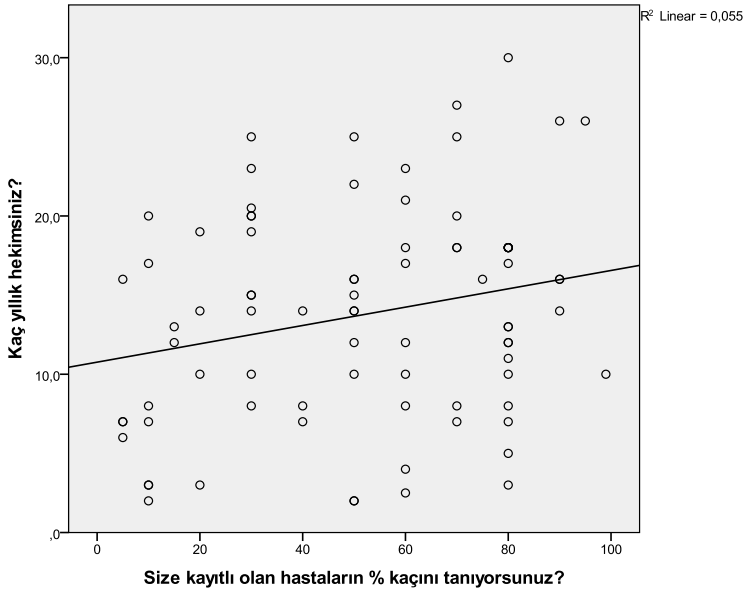
- Kendilerine muayeneye gelen hastalarının tıbbi hikâyesini biliyor olmaya verdikleri önem arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,763; F=0,462).

- Aile hekimlerine kayıtlı olan hastaların mesai dışı saatlerde kendileri ile iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,007; F=5,327). Hastalarının kendileri ile mesai saatleri dışında iletişime geçebildiği cevabını daha çok hekimlik yapma süresi uzun olan aile hekimleri verdi. Verilen cevaplara göre aile hekimlerinin hekimlik yapma süresi ortalamaları şöyleydi; "Hayır" 10,91 ± 6,40, "Kısmen" 11,00 ± 4,24, "Evet" 15,64 ± 6,46 yıldı (Grafik 35).



Grafik 35. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süreleri ile hastalarının kendileri ile mesai saatleri dışında iletişime geçebilme durumları

- "Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,202; F=1,577).
- Kendilerine kayıtlı olan hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,034). Korelasyon zayıf olmakla (r=0,234) beraber hekimlerin hekimlik yapma süresi arttıkça kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri de artmaktaydı (Grafik 36).



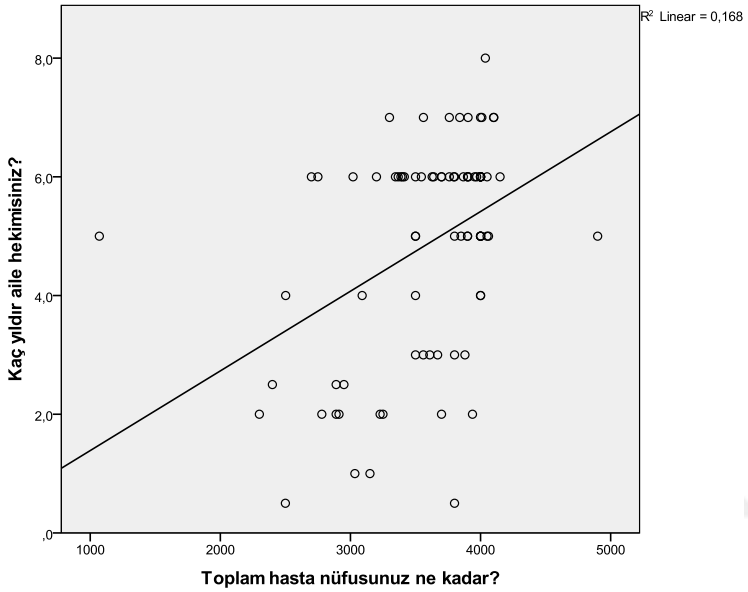
Grafik 36. Aile hekimlerinin hekimlik yapma süresi ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasındaki durum

- Hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporlarını takip etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,433; F=0,847).
- Hastaların özellikli durumlarının bilgisinin aile hekimlerinde kayıtlı olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,768; F=0,265).
- Aile hekimlerine bir ay içerisinde kayıt yaptıran (p=0,721; r=─0,040) ve bu bir ay içerisinde kaydını aldıran hasta sayıları açısından aralarında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,412; r=─0,092).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,640; t=0,470).
- "Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,538; r=0,069).

Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süreleri ile;

- Bulunduğu ASM'de çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardı (p<0,001; r=0,617). Hekimlerin aile hekimliği yapma süreleri arttıkça bulunduğu ASM'de çalışma süreleri de artmaktaydı.

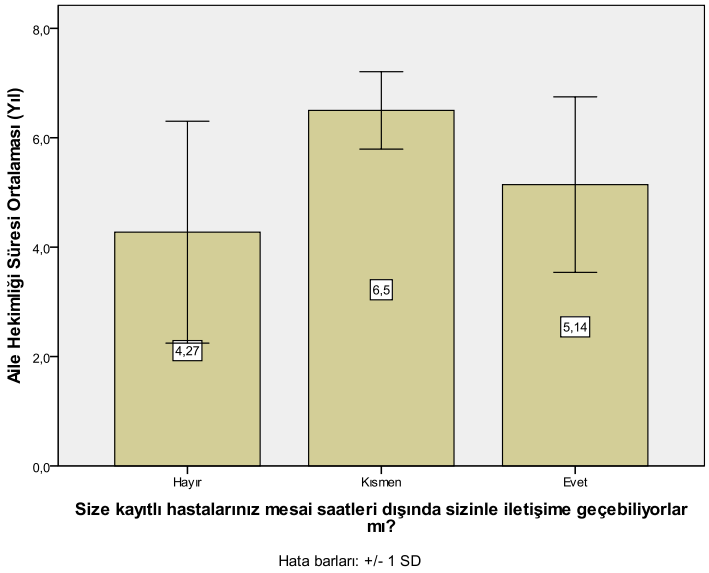
- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,196; r=0,144).
- ASM'nin evlerine olan uzaklığı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,098; r=─0,184).
- Toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p<0,001; r=0,410). Aile hekimliği yapma süreleri arttıkça toplam hasta nüfuslarının da arttığı bulundu (Grafik 37).



Grafik 37. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki korelasyon

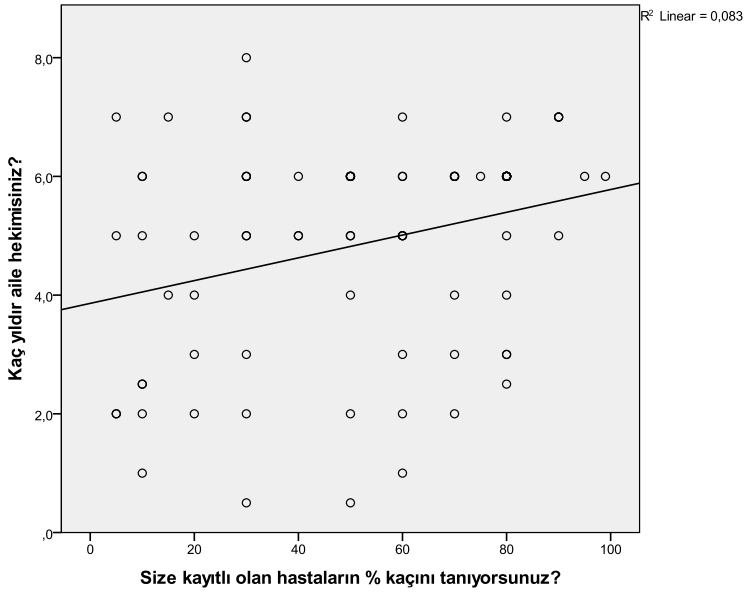
- Bir ay içerisinde aile hekimlerine başvuran toplam hasta sayısı (p=0,104; r=0,181) ve bu bir ay içerisinde başvuran toplam kayıtlı hasta sayısı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,327; r=0,110) ve HVSİ arasında yine anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,212; r=─0,139).
- Kendilerine muayeneye gelen hastalarının tıbbi hikâyesini biliyor olmaya verdikleri önem arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,655; F=0,612).
- Aile hekimlerine kayıtlı olan hastaların mesai dışı saatlerde kendileri ile iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,047; F=3,181). Daha çok aile hekimliği yapma süresi uzun olan aile hekimleri hastalarının kendileri ile mesai saatleri dışında iletişime geçebildiği cevabını verdi. Verilen cevaplara göre aile hekimliği yapma sürelerinin

ortalaması şöyleydi; “Hayır” 4,27 ± 2,02, “Kısmen” 6,50 ± 0,70, “Evet” 5,14 ± 1,60 yıldı (Grafik 38).



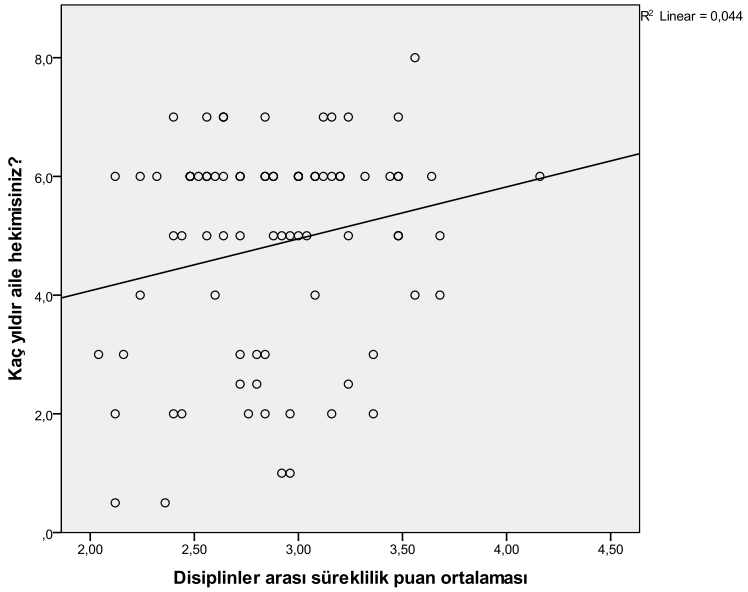
Grafik 38. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile kayıtlı olan hastalarının mesai dışı saatlerde kendileri ile iletişime geçebilme durumları arasındaki durum

- “Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?” sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,532; F=0,739).
- Kendilerine kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,009). Korelasyon zayıf olmakla (r=0,288) beraber hekimlerin aile hekimliği yapma süresi arttıkça kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri de artmaktaydı (Grafik 39).



Grafik 39. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri

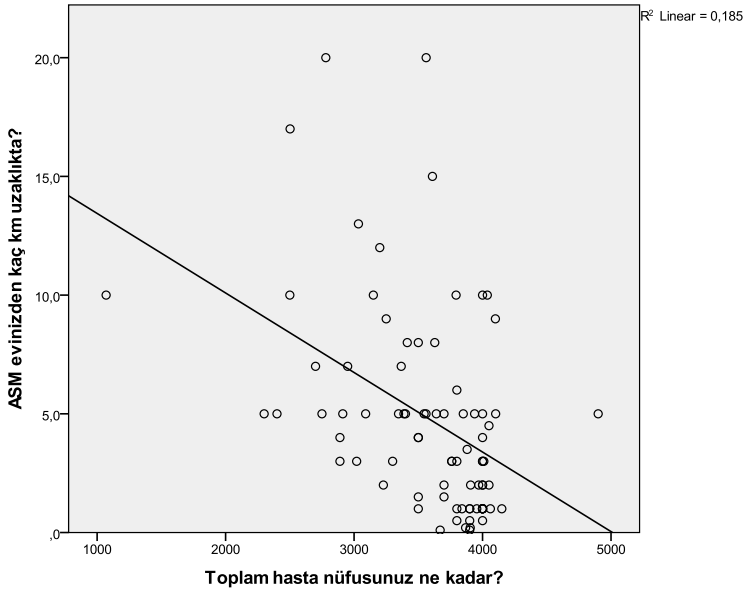
- Hastaneye yönlendirdiği hastalarının mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,192; F=1,688).
- Hastaların özellikli durumlarının bilgisinin aile hekimlerinde kayıtlı olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,213; F=1,575).
- Aile hekimlerine bir ay içerisinde kayıt yaptıran (p=0,151; r=─0,160) ve aile hekimlerinden kaydını aldıran hasta sayısı açısından aralarında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,684; r=─0,046).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,781; t=─0,279).
- "Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,059; r=0,210). Ancak aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi arttıkça disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması da artmaktaydı (Grafik 40).



Grafik 40. Aile hekimlerinin aile hekimliği yapma süresi ile disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması

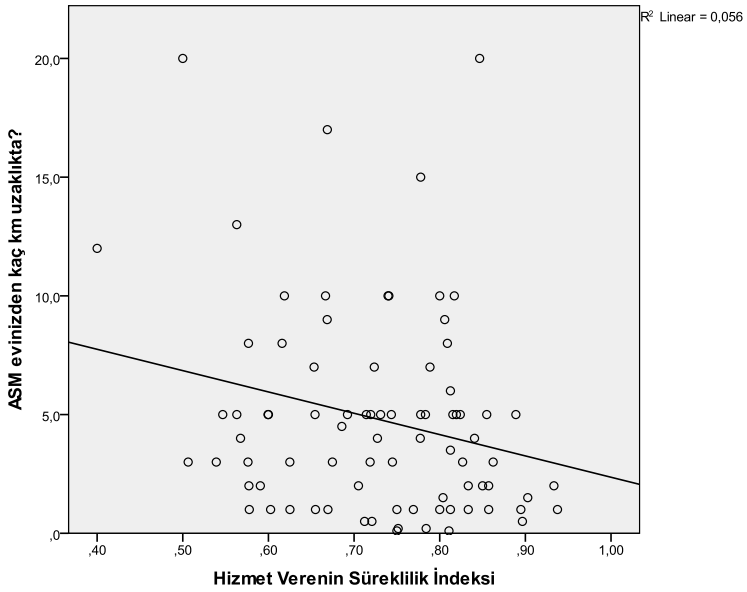
Aile hekimlerinin çalıştıkları ASM'den ikamet adreslerine olan uzaklık ile;

- Bulunduğu ASM'de çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,039; r=─0,229). Aile hekimlerinin evlerinin ASM'ye olan uzaklığı azaldıkça bulunduğu ASM'deki çalışma süreleri artmaktaydı.
- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı (p<0,001; r=─0,390). Aile hekimlerinin evlerinin ASM'ye olan uzaklığı azaldıkça bulunduğu ASM'de çalışan aile hekimi sayısı artmaktaydı.
- Toplam kayıtlı hasta nüfusları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü (p<0,001; r=─0,457). İkamet adresi çalıştığı ASM'ye uzak olan aile hekimlerinin kayıtlı hasta nüfusları daha azdı (Grafik 41).



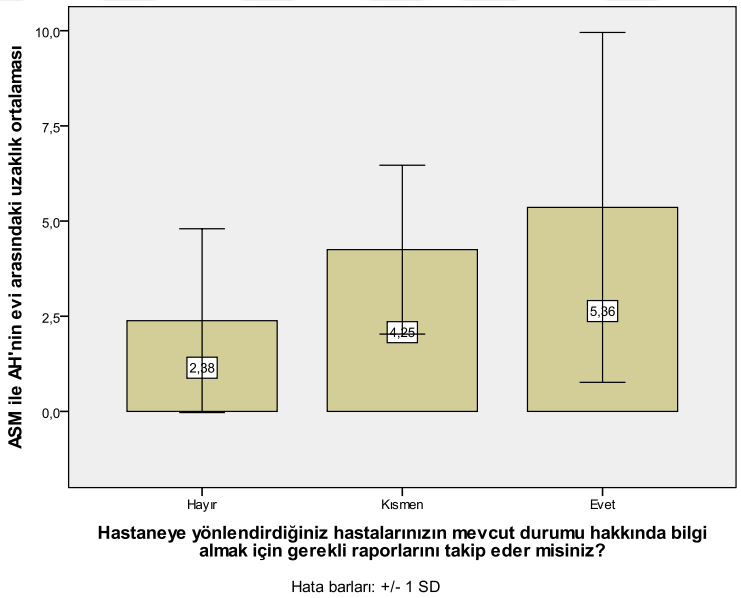
Grafik 41. İkamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile aile hekimlerinin kayıtlı hasta nüfusları

- Aile hekimlerine bir ay içerisinde başvuran toplam hasta sayısı (p=0,446; r=─0,085) ve bu ay içerisinde kendilerine kayıtlı olup polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,130; r=─0,168). HVSİ arasında ise anlamlı bir ilişki vardı (p=0,041; r=─0,226) (Grafik 42). Aile hekimlerinin ikamet adresleri ASM'ye yakınlaştıkça HVSİ'nin arttığı görüldü.



Grafik 42. İkamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile HVSİ arasındaki korelasyon

- Kendilerine muayeneye gelen hastalarının tıbbi hikâyesini biliyor olmaya verdikleri önem arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,345; Ki-kare=4,480).
- Kendilerine kayıtlı hastalarının kendileri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,831; Ki-kare=0,370).
- "Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,617; Ki-kare=1,791).
- Kendilerine kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,216; r=─0,138).
- "Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,038; Ki-kare=6,516). Daha çok ASM ile ikamet ettiği adres arasındaki mesafe uzak olan aile hekimlerinin bu raporları takip ettiği görüldü. (Grafik 43).



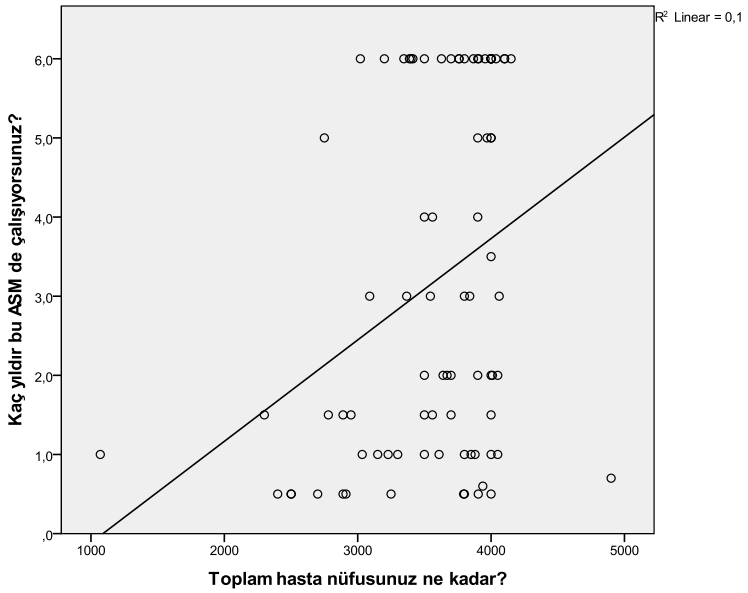
Grafik 43. Aile hekimlerinin ikamet adresiyle çalıştığı ASM arasındaki mesafe ile "hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?" sorusuna verdikleri cevap

- Kayıtlı hastalarının özellikli durumlarını kayıt etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,902; Ki-kare=0,206).

- Bir ay içerisinde aile hekimlerine kayıt yaptıran hastaların sayısı (p=0,682; r=0,046) ve aile hekimlerinden kaydını aldıran hastaların sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,323; r=0,111).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,346; z=─0,943).
- "Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,466; r=─0,082).

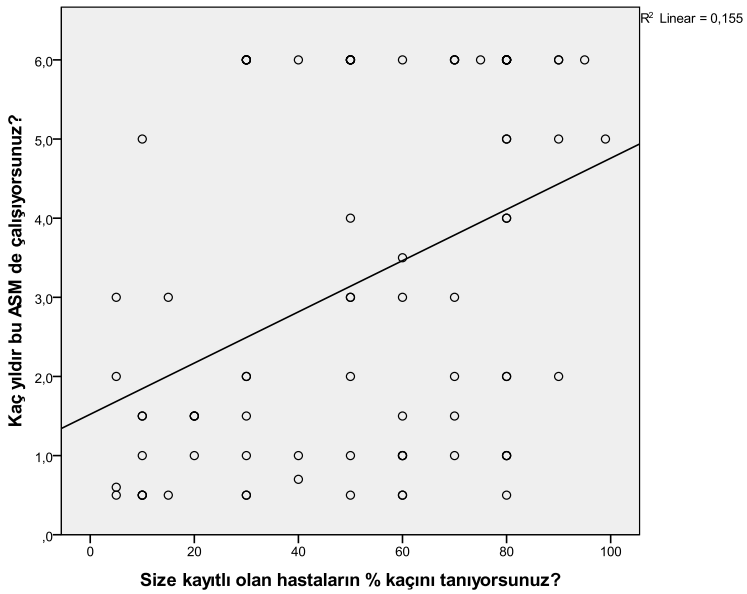
Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süreleri ile;

- ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,011; r=0,279). Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süreleri arttıkça ASM'de çalışan aile hekimi sayısı da artmaktaydı.
- Kendilerine kayıtlı toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,004; r=0,317). Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süreleri arttıkça toplam hasta nüfuslarının da arttığı görüldü (Grafik 44).



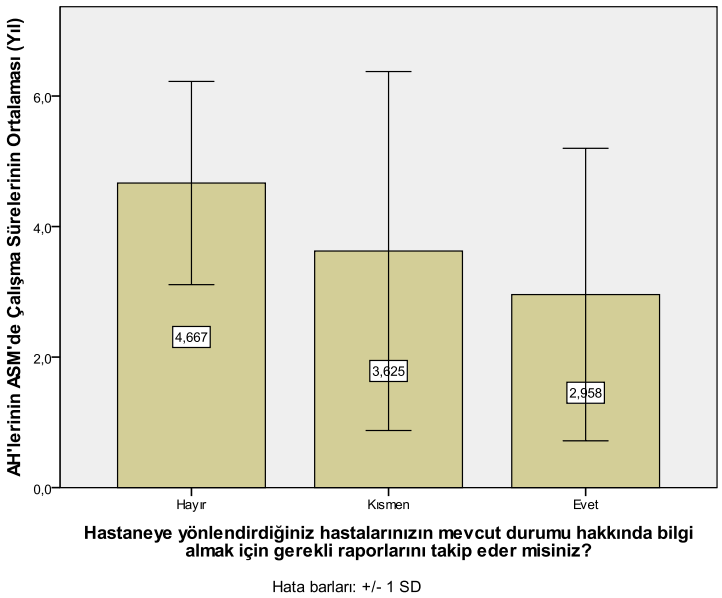
Grafik 44. Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süreleri ile toplam hasta nüfusları arasındaki korelasyon

- Bir ay içerisinde polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı (p=0,167; r=0,154) ve bu ay içerisinde kendilerine kayıtlı olup polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,198; r=0,144). HVSİ arasında da yine anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,832; r=0,024).
- Muayeneye gelen hastaların tıbbi hikâyesini biliyor olmaya verdikleri önem arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,264; F=1,336).
- Kayıtlı hastalarının kendileri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,136; F=2,047).
- "Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,031; F=3,119). "İyi değil" cevabını veren 2 kişiydi ve 2'side bulunduğu ASM'de 6 yıldır çalışmaktaydı. "Orta" cevabını veren 11 kişi 2,81 ± 2,20 yıldır, "İyi" cevabını veren 63 kişi 2,97 ± 2,18 yıldır, "Mükemmel" cevabını veren 6 kişi ise 5,16 ± 2,24 yıldır bulunduğu ASM'de çalışmaktaydı.
- Kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p<0,001, r=0,393). Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süresi arttıkça kendi hastalarını tanıma yüzdesinin de arttığı görüldü (Grafik 45).



Grafik 45. Aile hekimlerinin bulundukları ASM'de çalışma süresi ile kendi hastalarını tanıma yüzdesi arasındaki korelasyon

- “Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?” sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,048; F=3,169). ASM’de çalışma süresi kısa olan aile hekimlerinin hastalarının raporlarını takip etme durumlarının daha yüksek olduğu görüldü. Verilen cevaplara göre ASM’de çalışma sürelerinin ortalaması şöyleydi; “Hayır” 4,66 ± 1,55, “Kısmen” 3,62 ± 2,75, “Evet” 2,95 ± 2,24 yıldı (Grafik 46).



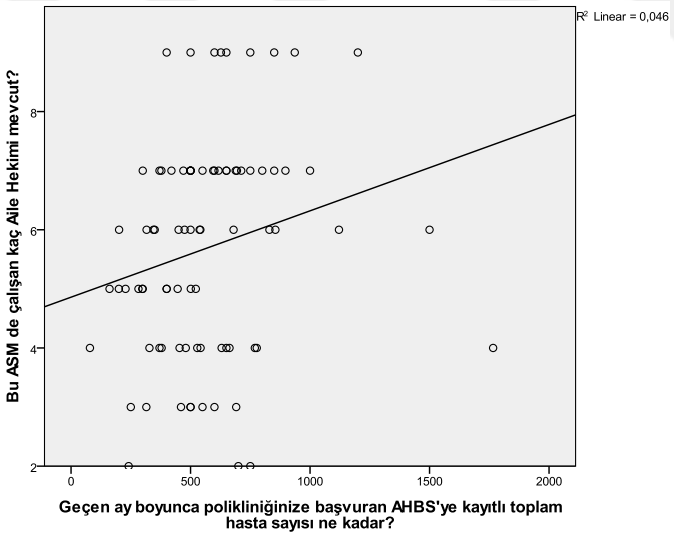
Grafik 46. Aile hekimlerinin bulundukları ASM’de çalışma süresi ile “Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?” sorusuna verdikleri cevap

- Kayıtlı hastalarının özellikli durumlarını kayıt etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,438; F=0,833).
- Bir ay içerisinde aile hekimlerine kayıt yaptıran hastaların sayısı (p=0,899; r=─0,014) ve aile hekimlerinden kaydını aldıran hastaların sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,976; r=─0,003).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,733;t=─0,342).

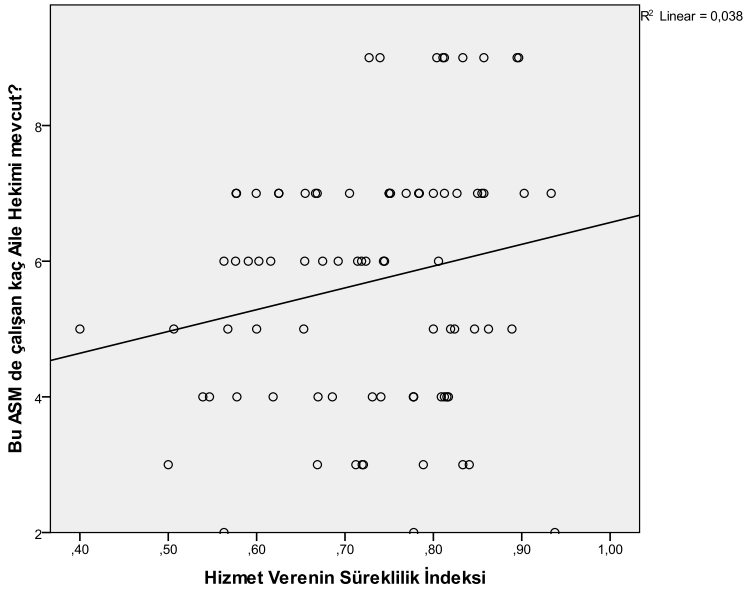
- “Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?” sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,132; r=0,168).

ASM’de çalışan toplam aile hekimi sayısı ile;

- Kayıtlı toplam hasta nüfusları arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,308; r=0,114).
- Bir ay içerisinde polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı (p=0,138; r=0,165) ve bu bir ay içerisinde kendilerine kayıtlı olup polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,053; r=0,214). Ancak ASM’de çalışan aile hekimi sayısı arttıkça, aile hekimlerinin kayıtlı hasta bakma sayısının da arttığı görüldü (Grafik 47). HVSİ arasında da anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,078; r=0,196) (Grafik 48). Ancak ASM’de çalışan aile hekimi sayısı arttıkça HVSİ’nin de arttığı görüldü.



Grafik 47. ASM’de çalışan aile hekimi sayısı ile bir ay içerisinde kendilerine kayıtlı olup polikliniğe başvuran toplam hasta sayısı arasındaki korelasyon



Grafik 48. ASM'de çalışan aile hekimi sayısı ile HVSİ arasındaki korelasyon

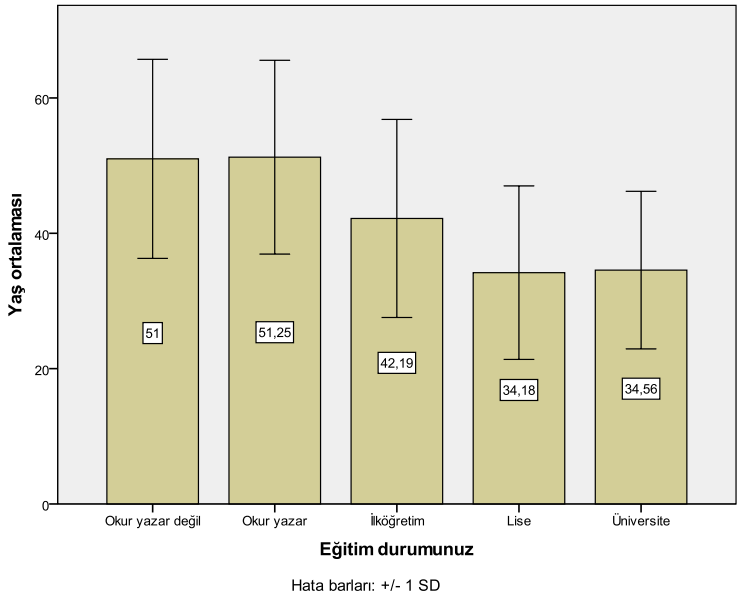
- Muayeneye gelen hastaların tıbbi hikâyesini biliyor olmaya verdikleri önem arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,630; F=0,649).
- Kayıtlı hastalarının kendileri ile mesai saati dışında iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,337; F=1,103).
- "Hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,943; F=0,128).
- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,127; r=0,170).
- "Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,226; F=0,151).
- Kayıtlı hastalarının özellikli durumlarını kayıt etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,084; F=2,562).
- Bir ay içerisinde aile hekimlerine kayıt yaptıran hastaların sayısı (p=0,649; r=0,051) ve aile hekimlerinden kaydını aldıran hastaların sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,665; r=─0,049).
- Mobil hizmet verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,713; t=0,369).

- “Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?” sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,246; r=─0,130).

4.3.2. Hizmet Alan Anketine Ait Bulguların Analizi

Çalışmaya katılan hastaların yaşları ile;

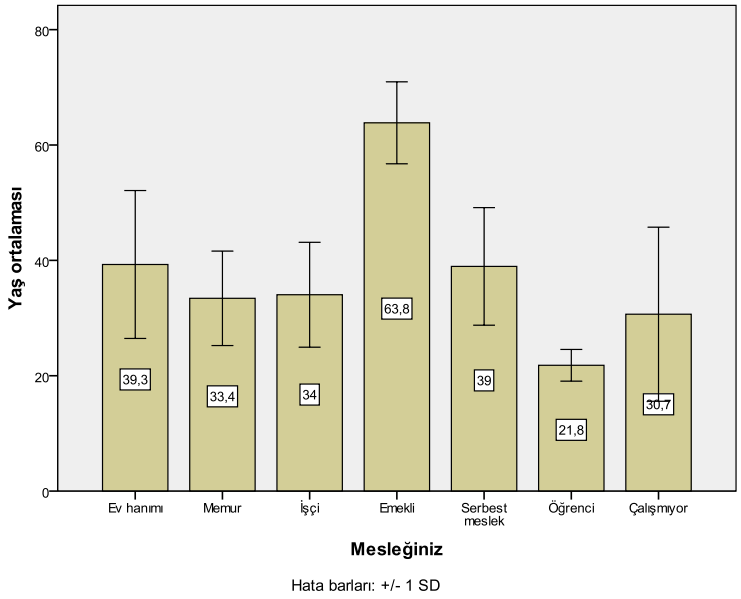
- Cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=7,522). Erkeklerin yaş ortalaması 46,66 ± 17,00 kadınların ise 37,36 ± 12,8 yıldı.
- Eğitim durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=25,92). Yaş ortalaması arttıkça eğitim seviyeleri düşüyordu. Eğitim durumlarına göre yaş ortalaması şöyleydi; “Okuryazar değil” 51,00 ± 14,70, “Okuryazar” 51,25 ± 14,31, “İlköğretim” 42,19 ± 14,63, “Lise” 34,18 ± 12,81, “Üniversite” 34,56 ± 11,64 (Grafik 49).



Grafik 49. Katılımcıların yaş ortalaması ile eğitim seviyeleri

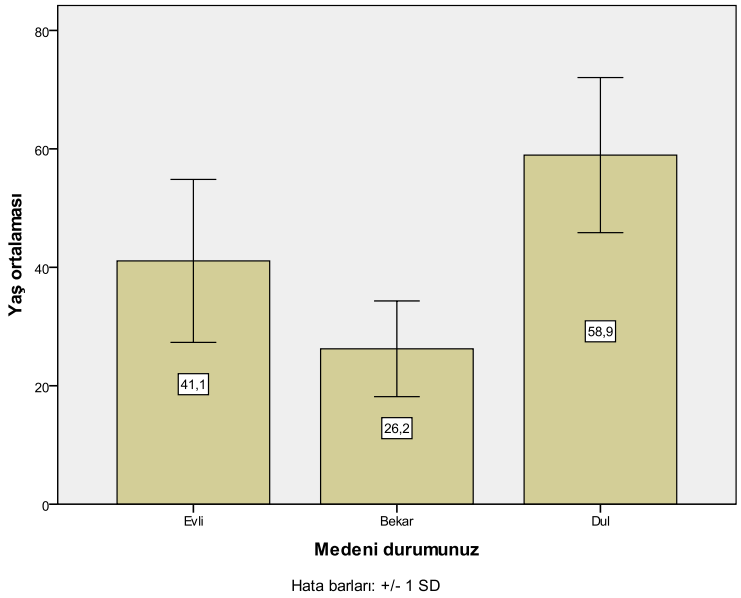
- Meslekleri arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=84,104). Emekliler en yüksek yaş ortalamasına sahipken, öğrencilerin yaş ortalaması en düşüktü. Mesleklere göre yaş ortalaması şöyleydi; “Ev hanımı” 39,29 ± 12,82, “Memur” 33,42 ± 8,19, “İşçi” 34,04 ± 9,09, “Emekli” 63,84 ± 7,10,

“Serbest meslek” 38,95 ± 10,19, “Öğrenci” 21,81 ± 2,74, “Çalışmıyor” 30,67 ± 15,09 (Grafik 50).



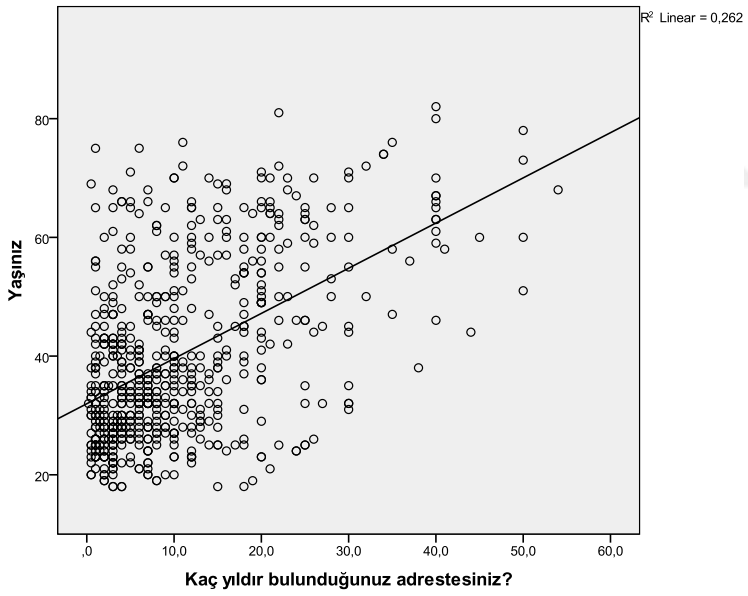
Grafik 50. Katılımcıların yaş ortalaması ile meslekleri

- Medeni durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=87,299). Medeni durumlara göre yaş ortalaması şöyleydi; “Evli” 41,08 ± 13,75, “Bekâr” 26,24 ± 8,07, “Dul” 58,95 ± 13,09 (Grafik 51).



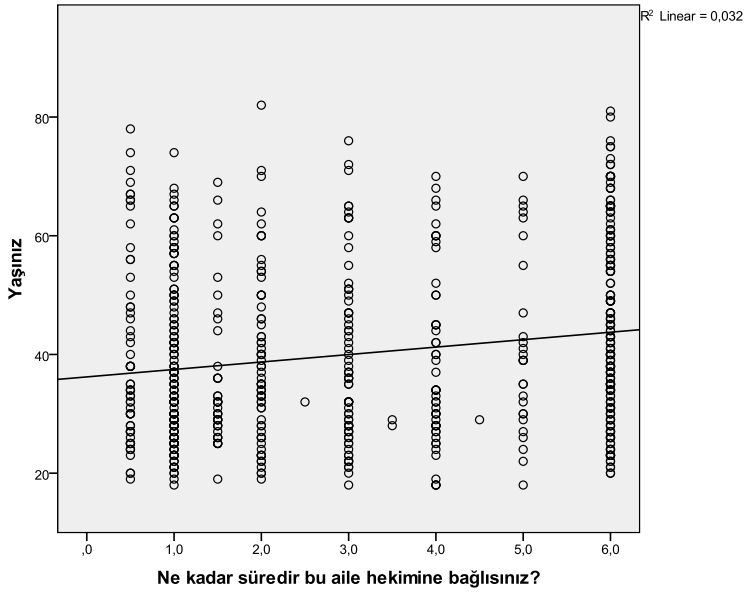
Grafik 51. Katılımcıların yaş ortalaması ile medeni durumları

- Çocuk sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─10,62). Çocuk sahibi olanları yaş ortalaması 42,87 ± 14,27, diğerlerinin ise 27,98 ± 10,28 yıldı.
- Kadınların gebelik durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=5,937). Gebelerin yaş ortalaması 27,92 ± 4,16, diğerlerinin ise 38,65 ± 13,04 yıldı.
- Kronik hastalık durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─17,326). Kronik hastalığı olanların yaş ortalaması 52,96 ± 14,26, diğerlerinin ise 34,61 ± 11,16 yıldı.
- Bulundukları adreste kalma süreleri arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p<0,001; r=0,450). Hastaların yaşı arttıkça bulundukları adreste kalma süreleri de artmaktaydı (Grafik 52).



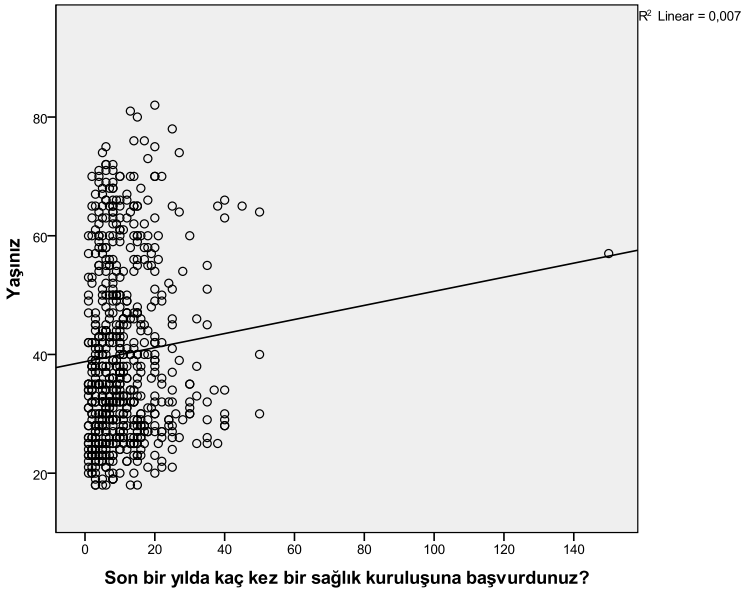
Grafik 52. Katılımcıların yaş ortalaması ile bulundukları adreste kalma süreleri arasındaki korelasyon

- Kendi aile hekimlerine bağlı oldukları süre arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p<0,001; r=0,178). Hastaların yaşı arttıkça aile hekimlerine bağlı oldukları süre de artmaktaydı (Grafik 53).

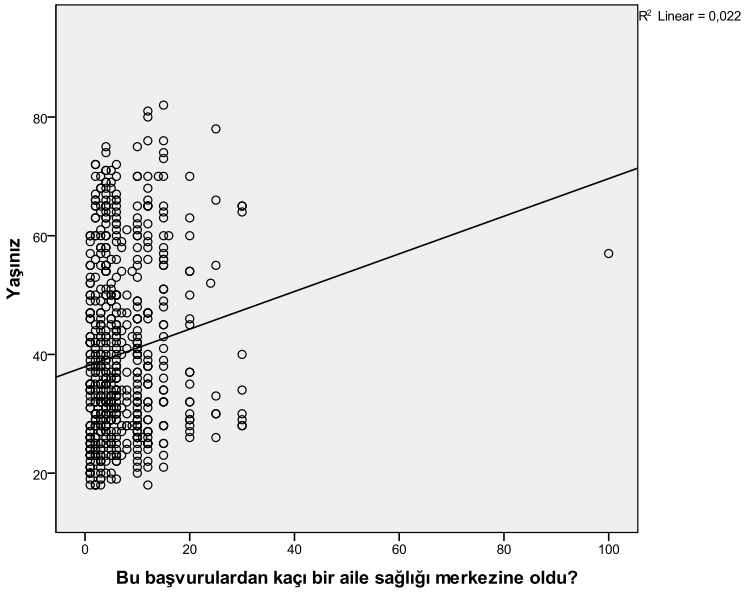


Grafik 53. Katılımcıların yaş ortalaması ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre arasındaki korelasyon

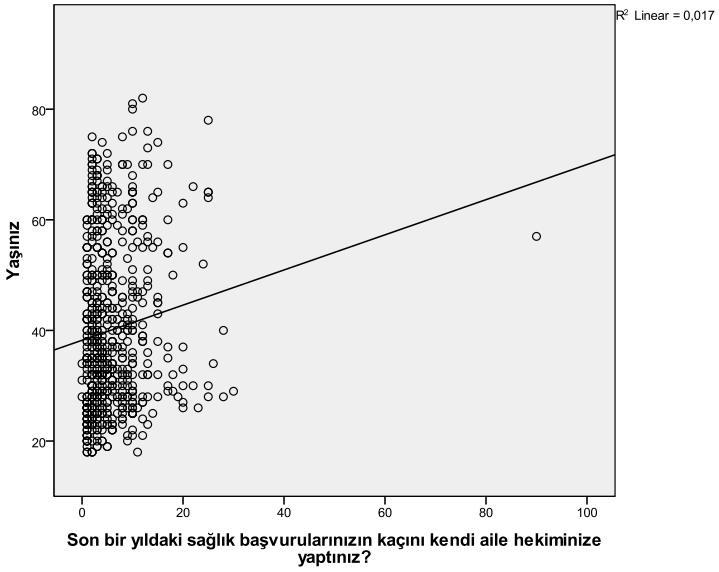
- Son bir yıl içerisinde bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,039; r=0,083). Hastaların yaşı arttıkça sağlık kuruluşuna başvurma sayısı da artmaktaydı (Grafik 54). Son bir yıl içerisinde ASM'ye yaptıkları başvuru sayısı arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p<0,001; r=0,148). Yaş arttıkça ASM'ye yapılan başvuru sayısı da artmaktaydı (Grafik 55). Son bir yıl içerisinde hastaların kendi aile hekimlerine yaptıkları sağlık başvurularının sayısı arasında anlamlı bir korelasyon vardı (p=0,001; r=0,132). Hastaların yaşı arttıkça kendi aile hekimlerine yaptıkları sağlık başvurusu sayısı da artıyordu (Grafik 56). HASİ arasında ise anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,228; r=0,048).



Grafik 54. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki sağlık kuruluşu başvuru sayısı arasındaki korelasyon

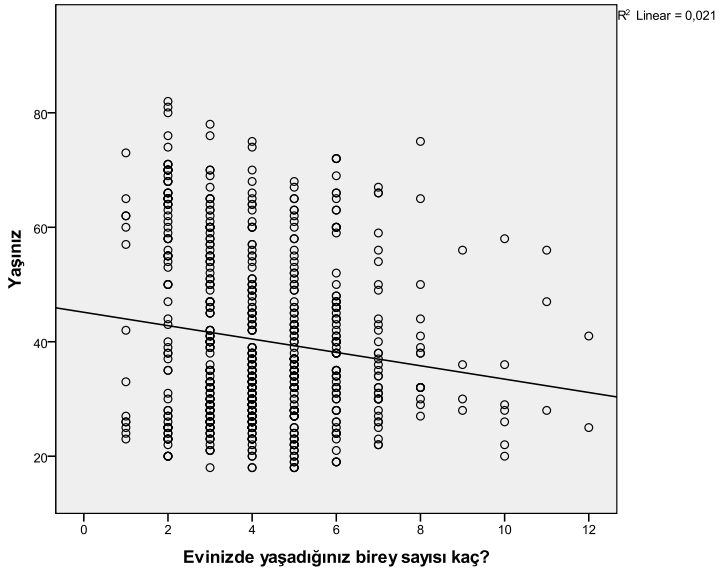


Grafik 55. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki ASM başvuru sayısı arasındaki korelasyon

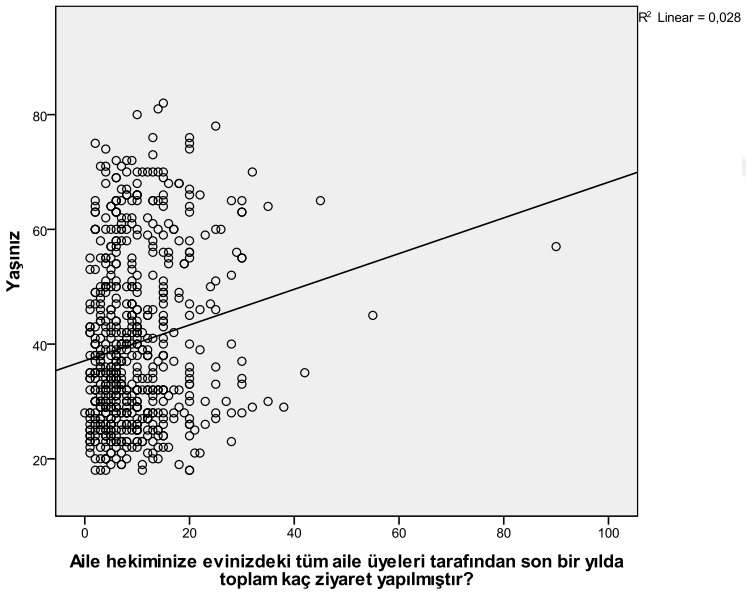


Grafik 56. Katılımcıların yaş ortalaması ile son bir yıldaki kendi aile hekimine başvuru yapma sayısı arasındaki korelasyon

- Evlerinde yaşadıkları birey sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$; $r=-0,145$). Hastaların yaşı arttıkça evde beraber yaşadıkları birey sayısı azalmaktaydı (Grafik 57). Evlerinde beraber yaşadıkları bireylerin aile hekimlerine yaptıkları ziyaretlerin sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$; $r=0,169$). Yaş arttıkça aile üyelerinin aile hekimi ziyareti sayısı da artmaktaydı (Grafik 58).



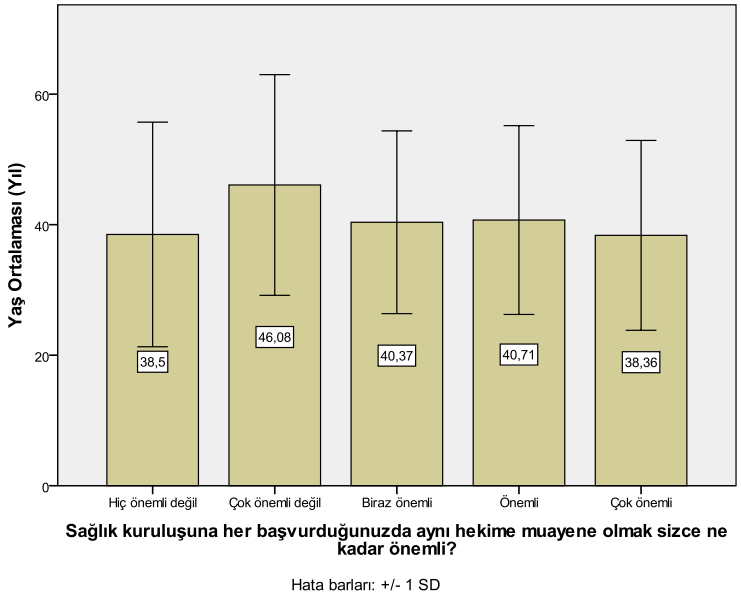
Grafik 57. Katılımcıların yaş ortalaması ile evde beraber yaşadığı birey sayısı arasındaki korelasyon



Grafik 58. Katılımcıların yaş ortalaması ile aile üyeleri tarafından son bir yılda aile hekimine yapılan ziyaret sayısı arasındaki korelasyon

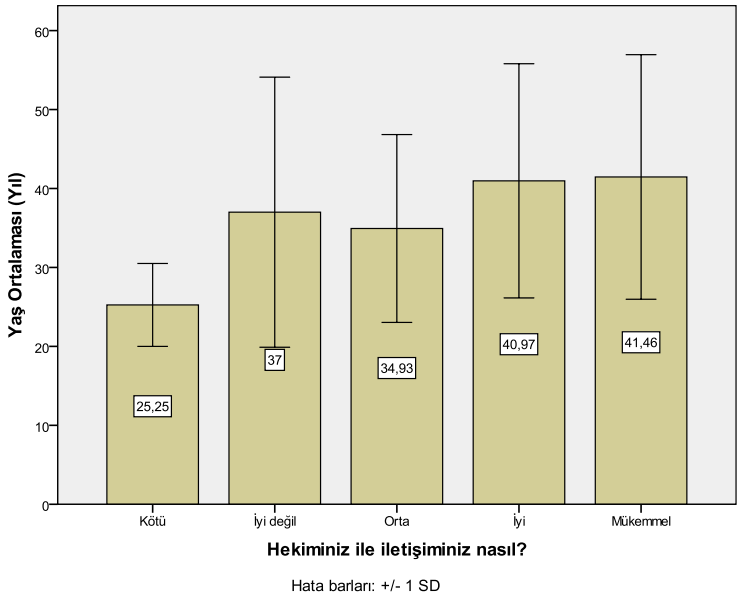
- Aile hekimlerinin hastaları evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,031; t=─2,164). Aile hekimi tarafından evde ziyaret edilen hastaların yaş ortalaması 44,71 ± 15,96, ziyaret edilmeyenlerin yaş ortalaması ise 39,77 ± 14,65 yıldı.

- Bulunduğu adresdeyken aile hekimini değiştirme durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,051; t=─1,952). Ancak aile hekimini değiştirenlerin yaş ortalaması 41,29 ± 14,83, değiştirmeyenlerin ise 39 ± 14,68 idi. Aile hekimini değiştiren hastaların aile hekimini değiştirme sebepleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,503; F=0,688).
- İkamet ettikleri adresin ASM'ye olan uzaklığı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (p=0,161; r=─0,056).
- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardı (p=0,001; t=─3,423). Kendisini tanıdığını belirten hastaların yaş ortalaması 41,41 ± 15,02, tanımadığını belirtenlerin ise 37,00 ± 13,75 yıldı.
- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,016; F=3,078). Verilen cevaplara göre yaş ortalaması şöyleydi; "Hiç önemli değil" 38,5 ± 17,21, "Çok önemli değil" 46,08 ± 16,9, "Biraz önemli" 40,37 ± 13,99, "Önemli" 40,71 ± 14,46 ve "Çok önemli" 38,36 ± 14,54 yıldı (Grafik 59).



Grafik 59. Katılımcıların yaş ortalaması ile her sağlık başvurusunda aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem arsındaki durum

- Aile hekimlerine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─5,844). Hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirten hastaların yaş ortalaması 47,19 ± 16,29, bu tedaviyi görmeyenlerin ise yaş ortalaması 38,53 ± 13,96 yıldı. Bu hastalara yönlendirilen "Sizi bu tedaviye aile hekiminiz mi yönlendirdi?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,587; t=0,544). Hastanede yatarak tedavi gören hastalara taburcu olurken epikriz raporu verilme durumu arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; t=─3,498). Taburcu olurken epikriz raporu verilen hastaların yaş ortalaması 51,14 ± 15,57, epikriz raporu verilmeyenlerin ise 40,73 ± 15,51. Hastanede yatarak tedavi görüp de taburcu olurken epikriz raporu verilen hastaların, bu raporlarını aile hekimlerine verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,316; t=─1,010).
- "Aile hekiminiz ile iletişiminiz nasıl?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; F=4,544). Hastaların yaşları arttıkça aile hekimleri ile iletişimlerinin daha iyi olduğu görüldü. Katılımcıların verdikleri cevaba göre yaş ortalamaları şöyleydi; "Kötü" 25,25 ± 5,25, "İyi değil" 37,00 ± 17,10, "Orta" 34,93 ± 11,89, "İyi" 40,97 ± 14,83, "Mükemmel" 41,46 ± 15,48 yıldı (Grafik 60).

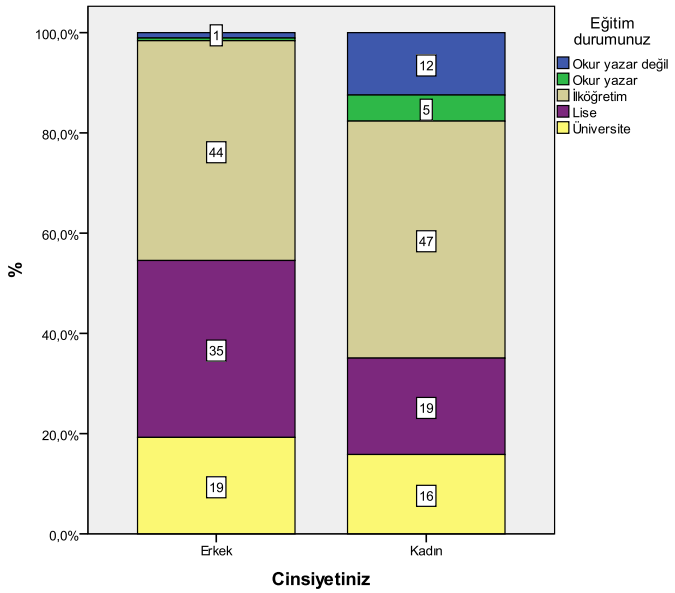


Grafik 60. Katılımcıların yaş ortalamasıyla aile hekimleri ile iletişimleri

- Mesai saatleri dışında aile hekimleriyle iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,111; t=1,598).
- Kendilerine yönlendirilen "ASM'ye muayeneye geldiğinizde ne kadar süre beklersiniz?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,541; F=0,615).

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile;

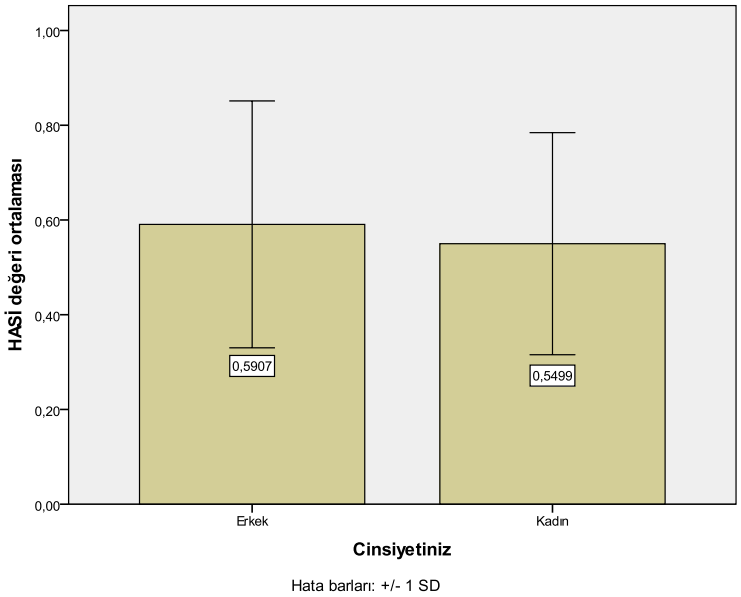
- Eğitim durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=27,978). Erkeklerin eğitim seviyeleri daha yüksekti (Grafik 61).



Grafik 61. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile eğitim durumları

- Kayıtlı oldukları aile hekimlerine bağlı olma süreleri açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu (p=0,244; t=1,166).
- Son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayısı (p=0,276; t=─1,089), son bir yıl içerisinde ASM'ye yaptıkları sağlık başvurusu sayısı (p=0,717; t=─0,363) ve bu sağlık başvurularını kendi aile hekimine yaptıklarının sayısı açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu (p=0,643; t=─0,436). HASİ değeri arasında da anlamlı bir fark yoktu (p=0,055;

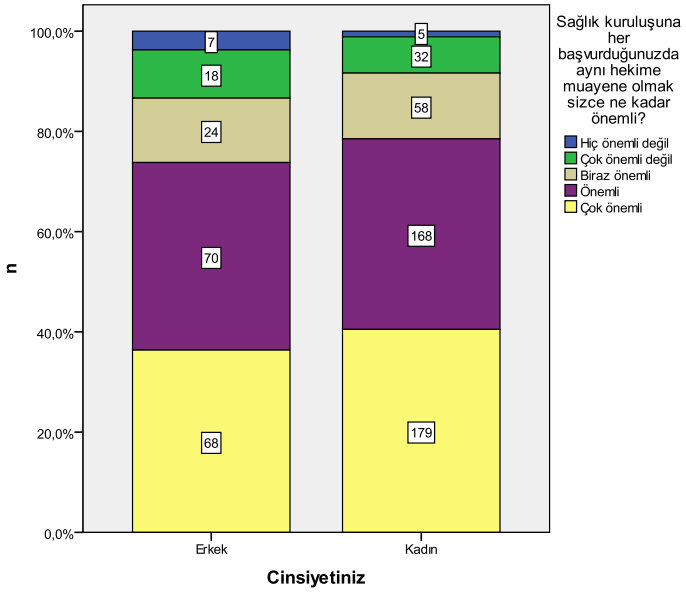
t=0,105), ancak erkek hastalarda HASİ değeri %59 iken, kadın hastalarda %54 idi (Grafik 62).



Grafik 62. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile HASİ değeri

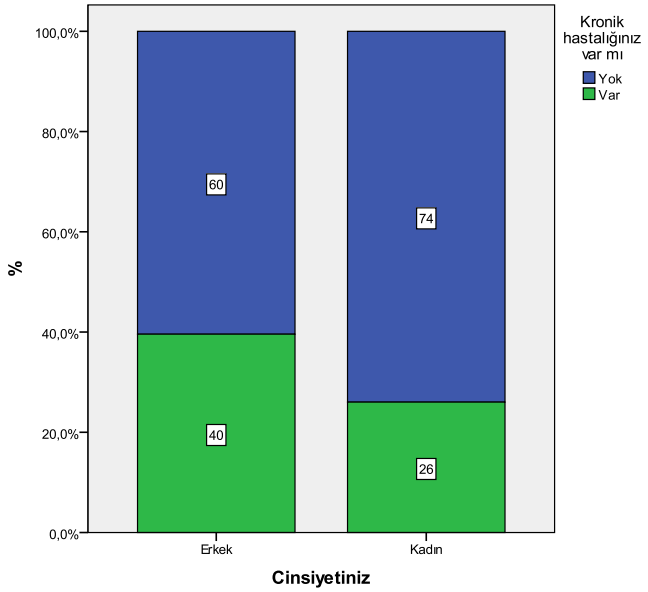
- Hastaların evlerinde beraber yaşadıkları aile üyelerinin son bir yıl içerisinde aile hekimlerine yaptıkları toplam ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,010; t=2,578). Erkek hastaların aile üyelerinin aile hekimlerini ortalama olarak 10,98 ± 10,19 sayıda ziyaret ettiği, kadın hastaların aile üyeleri ise 9,19 ± 6,82 sayıda ziyaret ettiği bulundu.
- Hastaların aile hekimlerine bağlı olduğu süre içerisinde aile hekimleri tarafından evlerinde ziyaret edilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,118; Ki-kare=2,447).
- Bulundukları adresteyken aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,370; Ki-kare=0,803). Aile hekimlerini değiştiren hastaların, değiştirme sebepleri arasında da yine anlamlı bir fark yoktu (p=0,319; Ki-kare=2,284).
- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu (p=0,618; Ki-kare=0,248).

- “Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?” sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,061; Ki-kare=3,515).



Grafik 63. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile sağlık kuruluşuna her başvurduklarında aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem

- Kronik hastalık sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; Ki-kare=11,485). Erkeklerin %39,6’sı (n=74), kadınların ise %26’sı (n=115) kronik hastalık sahibiydi (Grafik 64).

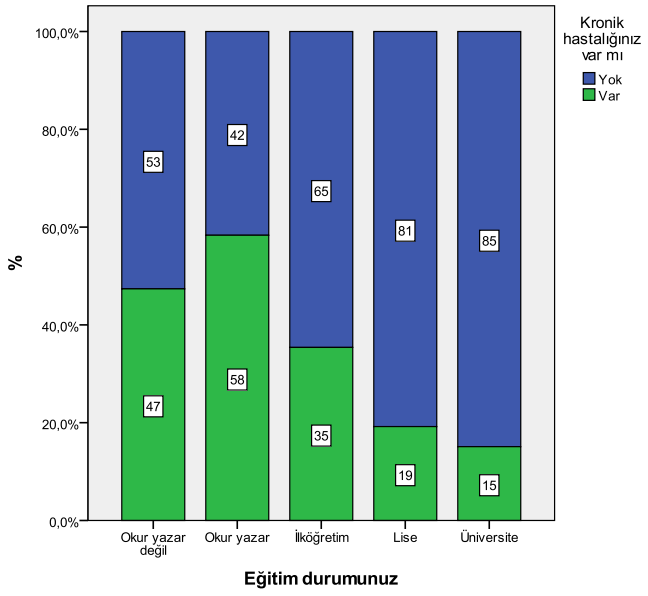


Grafik 64. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile kronik hastalık sahibi olma durumları

- Aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,091; Ki-kare=2,856). Bu hastaların, aile hekimleri tarafından bu tedaviye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,499; Ki-kare=0,457). Hastaneden taburcu olurken epikriz raporu verilen hastaların bu raporları aile hekimlerine verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,264; Ki-kare=1,250). Ancak erkek hastaların % 41,9'u (n=13), kadın hastaların ise %29,3'ü (n=12) bu raporu aile hekimine verdiği cevabını verdi.
- Aile hekimleriyle olan ilişkileri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,629; Ki-kare=0,237).
- Aile hekimleriyle mesai saatleri dışında iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,738; Ki-kare=0,112).
- ASM'ye muyeneye geldikleri zaman bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,666; Ki-kare=0,186).

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile;

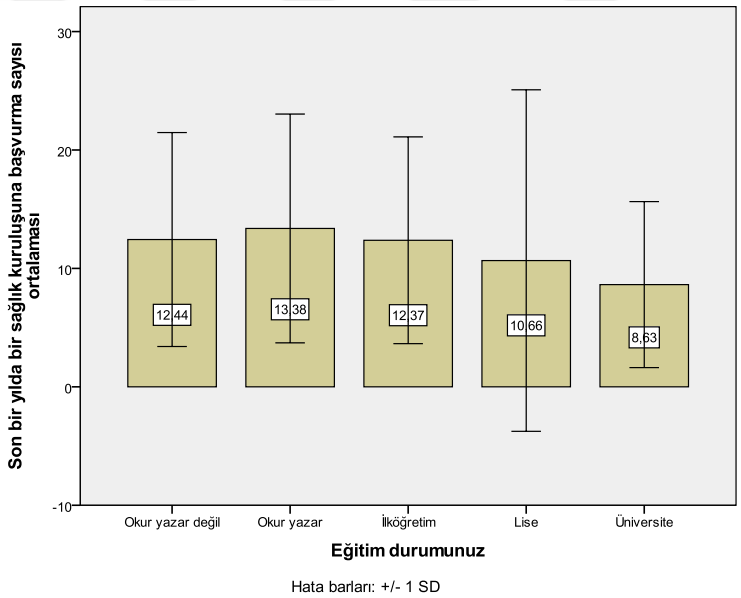
- Kronik hastalık sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=35,418). Eğitim seviyeleri arttıkça kronik hastalık varlığı da azalmaktaydı. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre kronik hastalık sahibi olma durumları şöyleydi; "Okuryazar değil" %47,4 (n=27), "Okuryazar" %58,3 (n=14), "İlköğretim" %35,4 (n=103), "Lise" %19,2 (n=29), "Üniversite" %15,1 (n=16) (Grafik 65).



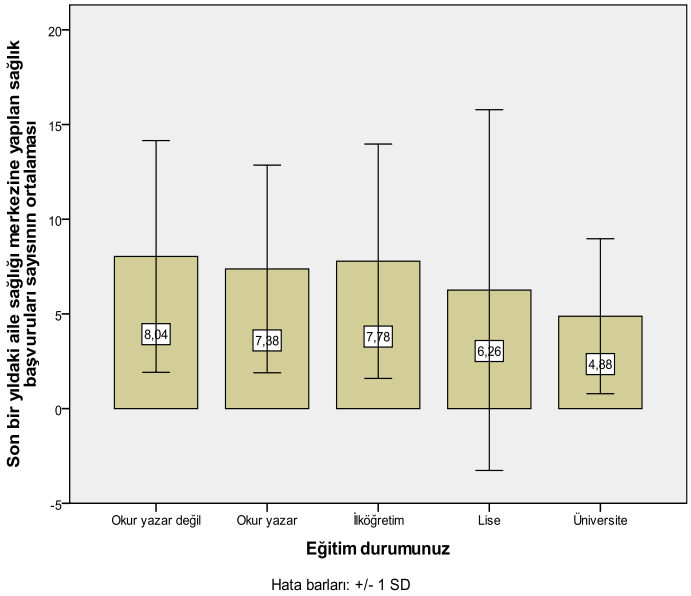
Grafik 65. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile kronik hastalık sahibi olma durumları

- Kayıtlı oldukları aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,968; F=0,138).
- Son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşu başvuru sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,013; F=3,173). Hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe sağlık kuruluşuna başvurma sayıları da azalmaktaydı. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşu başvuru sayısı ortalaması şöyleydi; "Okuryazar değil" 12,44 ± 9,03, "Okuryazar" 13,38 ± 9,66, "İlköğretim" 12,37 ± 8,72, "Lise" 10,66 ± 14,41, "Üniversite" 8,63 ± 7,00 idi (Grafik 66). Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,002; F=4,271) (Grafik 66). Hastaların

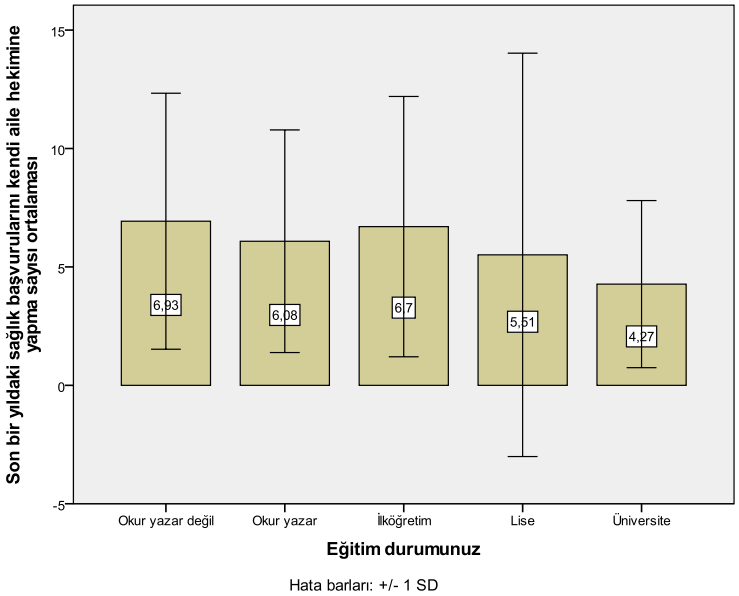
eğitim seviyeleri yükseldikçe ASM'ye başvurma sayıları da azalmaktaydı. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre son bir yıl içerisindeki ASM'ye başvuru sayısı ortalaması şöyleydi; "Okuryazar değil" 8,04 ± 6,11, "Okuryazar" 7,38 ± 5,48, "İlköğretim" 7,78 ± 6,18, "Lise" 6,26 ± 9,52, "Üniversite" 4,88 ± 4,09 (Grafik 67). Son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimine yapma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,006; F=3,680). Hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe kendi aile hekimlerine başvurma sayıları da azalmaktaydı. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre son bir yıl içerisindeki kendi aile hekimlerine başvuru sayısı ortalaması şöyleydi; "Okuryazar değil" 6,93 ± 5,40, "Okuryazar" 6,08 ± 4,69, "İlköğretim" 6,70 ± 5,49, "Lise" 5,51 ± 8,51, "Üniversite" 4,27 ± 3,52 (Grafik 68). HASİ değeri arasında ise anlamlı bir fark yoktu (p=0,499; F=0,842).



Grafik 66. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile son bir yıldaki sağlık kuruluşu başvuru sayısı



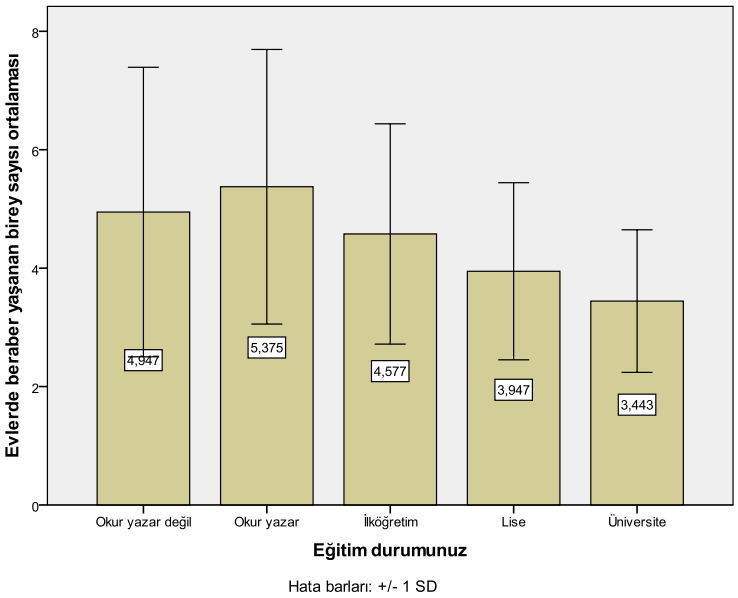
Grafik 67. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile ASM'ye yapılan sağlık başvurusu sayısı



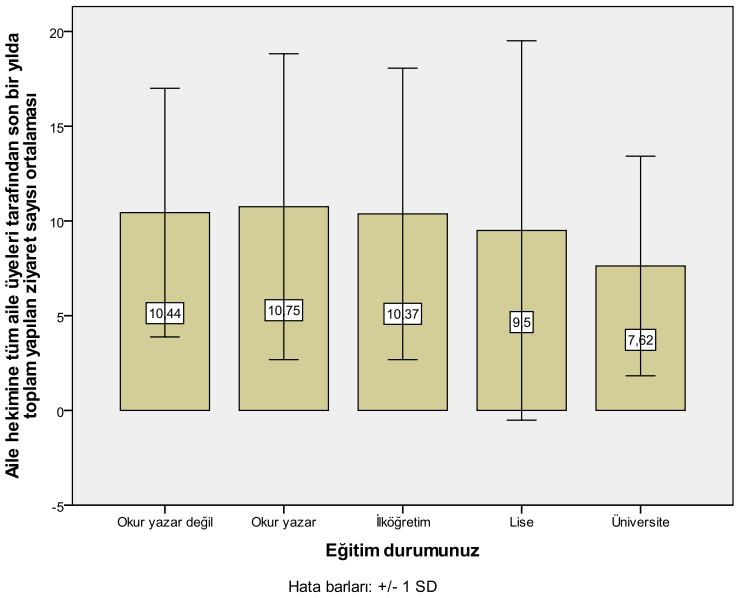
Grafik 68. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile son bir yılda kendi aile hekimine yaptığı ziyaret sayısı

- Evlerinde yaşadığı birey sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=13,653). Eğitim durumu yüksek olanların evlerinde yaşadığı birey sayısı daha azdı (Grafik 69). Aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yapılan ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,037;

F=2,567). Eğitim seviyesi yüksek olanların aile üyelerinin son bir yılda aile hekimlerine yaptıkları ziyaret sayısı daha azdı (Grafik 70).



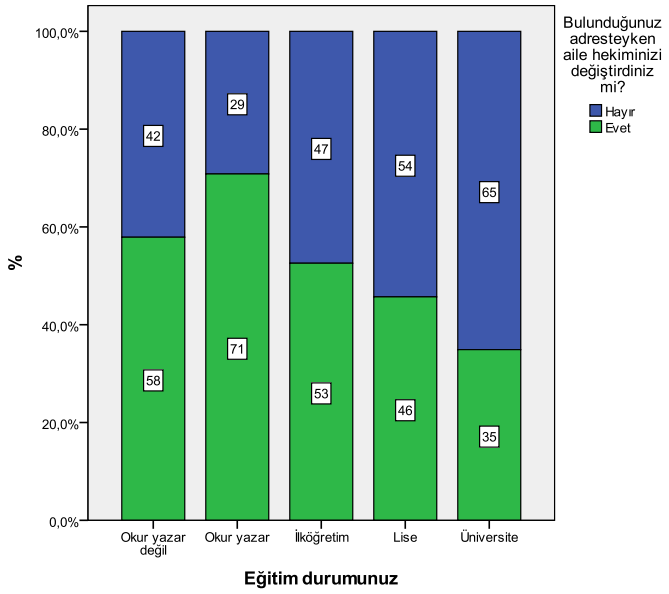
Grafik 69. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile evde beraber yaşadığı birey sayısı



Grafik 70. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile aile üyelerinin son bir yılda kendi aile hekimlerine yaptığı ziyaret sayısı

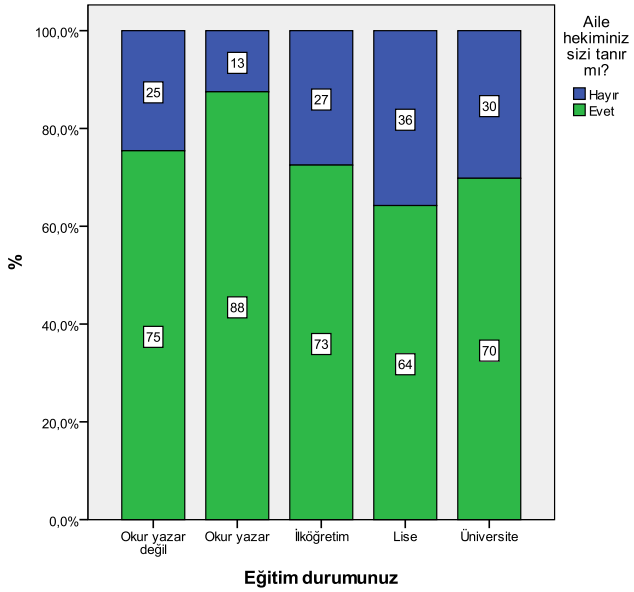
- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,660; Ki-kare=0,193).

- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=13,665). En az lise ve üniversite mezunlarının aile hekimini değiştirdiği görüldü. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre aile hekimlerini değiştirme durumları şöyleydi; "Okuryazar değil" %57,9 (n=33), "Okuryazar" %70,8 (n=17), "İlköğretim" %52,6 (n=153), "Lise" %45,7 (n=69), "Üniversite" %34,9 (n=37) (Grafik 71). Aile hekimlerini değiştiren hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,704; Ki-kare=0,144).



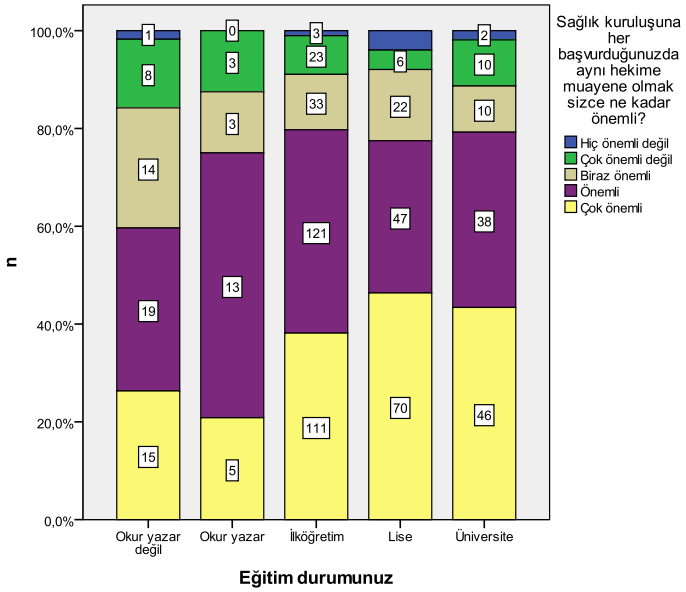
Grafik 71. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile bulundukları adreste iken aile hekimini değiştirme durumu

- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,083; Ki-kare=3,008). Ancak okuryazar olmayanlar, okuryazarlar ve ilköğretim mezunları, lise ve üniversite mezunlarına oranla aile hekimlerinin kendilerini tanıdığı cevabını daha çok verdi (Grafik 72).



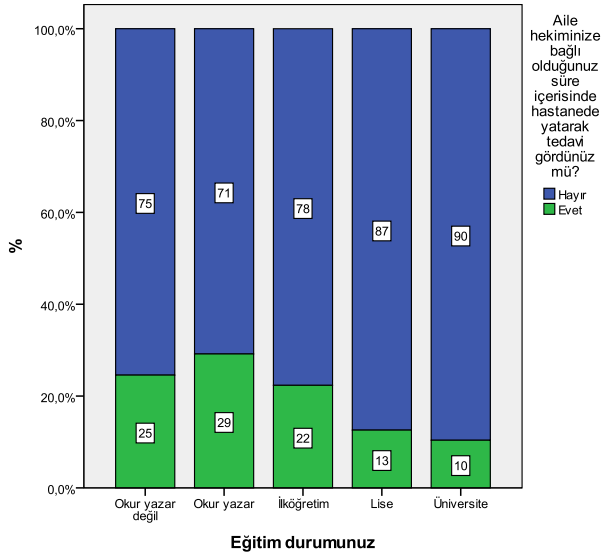
Grafik 72. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumu

- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdikleri cevap arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,014; Ki-kare=6,052). Lise ve üniversite mezunları, okuryazar olmayanlara ve okuryazarlara oranla "Çok önemli" cevabını daha çok verdi. "Önemli" cevabını en çok okuryazarlar, "Biraz önemli" cevabını en çok okuryazar olmayanlar verdi (Grafik 73).



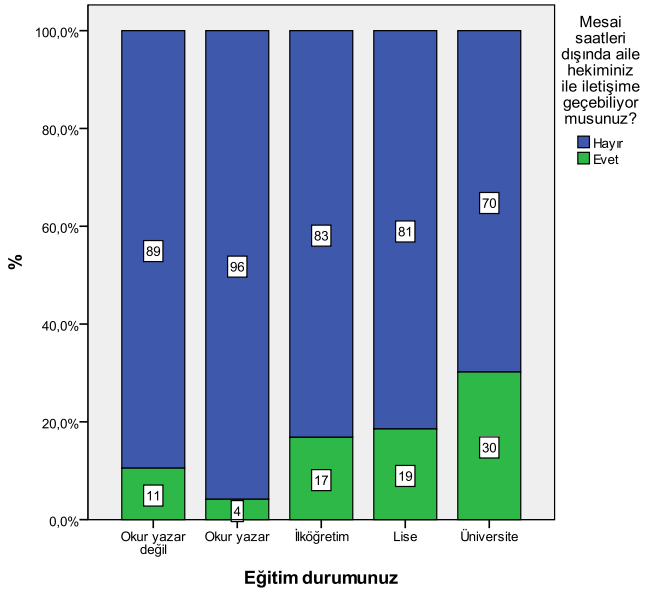
Grafik 73. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile sağlık kuruluşu başvurularında aynı hekime muayene olmaya verdikleri önem arasındaki durum

- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; Ki-kare=11,203). Okuryazar olmayanlar, okuryazarlar ve ilköğretim mezunları, lise ve üniversite mezunlarına oranla hastanede yatarak tedavi gördüğü cevabını daha çok vermişti. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre hastanede yatma durumları şöyleydi; okuryazar olmayanların %24,6'sı (n=14), okuryazarların %29,2'si (n=7), ilköğretim mezunlarının %22,3'ü (n=65), lise mezunlarının %12,6'sı (n=19), üniversite mezunlarının %10,4'ü (n=11) hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirtti (Grafik 74). Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,414; Ki-kare=0,668). Bu hastalardan taburcu olurken epikriz raporu alanların bu raporu aile hekimlerine verme durumları ile eğitim düzeyleri arasında bir fark yoktu (p=0,858; Ki-kare=0,032).



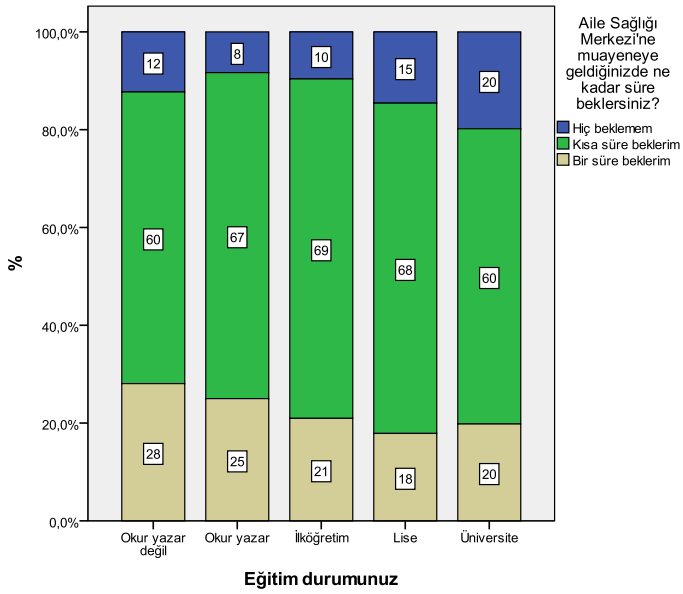
Grafik 74. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile hastanede yatarak tedavi görme durumları

- Aile hekimleriyle aralarındaki iletişim durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,918; Ki-kare=0,010).
- Mesai saati dışında kendi aile hekimleriyle iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=12,508). En çok üniversite mezunları mesai saati dışında iletişime geçebildiğini belirtirken, en az okuryazar olmayanlar ve okuryazarlar iletişime geçtiğini belirtti. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre iletişime geçebilme durumları şöyleydi; okuryazar olmayanların %10,5'i (n=6), okuryazarların %4,4'ü (n=1), ilköğretim mezunlarının %16,8'i (n=49), lise mezunlarının %18,5'i (n=28), üniversite mezunlarının %30,2'si (n=32) mesai saatleri dışında kendi aile hekimiyle görüşebildiğini belirtti (Grafik 75).



Grafik 75. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile mesai saati dışında aile hekimleri ile işletişime geçme durumları

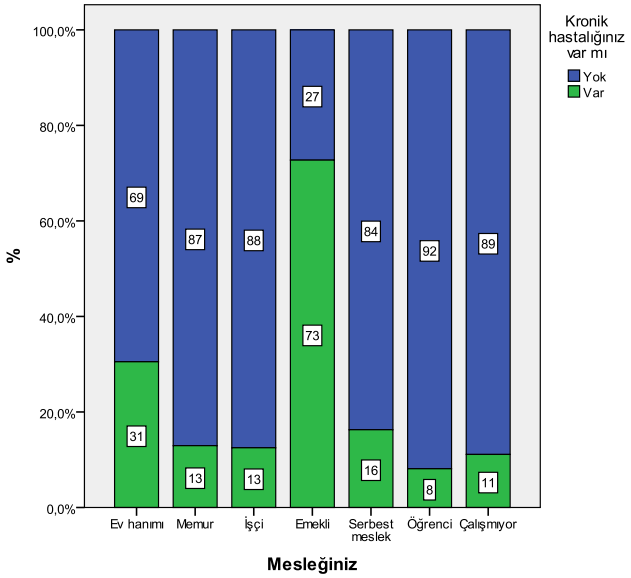
- ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,025; Ki-kare=5,051). En çok okuryazar olmayanlar ile okuryazarlar beklediğini belirtirken, en az lise ve üniversite mezunları beklediğini belirtti (Grafik 76).



Grafik 76. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile ASM'ye muayeneye geldiklerindeki bekleme süreleri

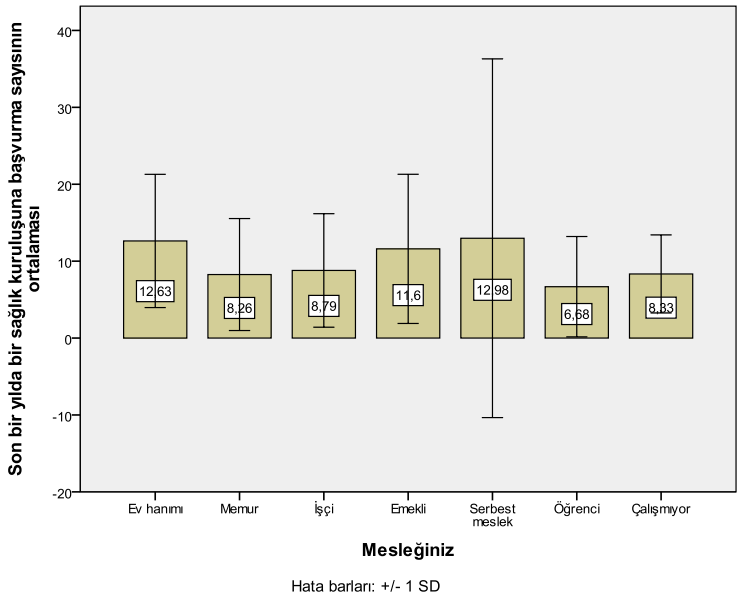
Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile;

- Kronik hastalık sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=96,002). En çok emeklilerin, en az da öğrencilerin kronik hastalığı vardı. Katılımcıların mesleklerine göre kronik hastalık sahibi olma durumları şöyleydi; ev hanımlarının %30,5'inin (n=108), memurların %12,9'unun (n=11), işçilerin %12,5'inin (n=3), emeklilerin %72,7'sinin (n=56), serbest meslek sahibi olanların %16,3'ünün (n=7), öğrencilerin %8,1'inin (n=3), bir işte çalışmayanların %11,1'inin (n=1) kronik hastalığı vardı (Grafik 77).



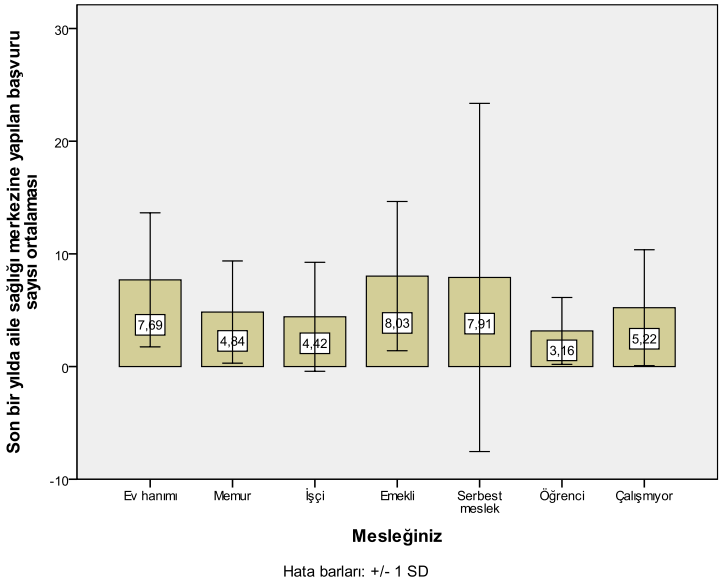
Grafik 77. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile kronik hastalık sahibi olma durumu

- Aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,124; F=1,676).
- Son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=4,143). Katılımcıların mesleklerine göre son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşuna başvurma sayılarının ortalaması şöyleydi; ev hanımları 12,63 ± 8,66, memurlar 8,26 ± 7,28, işçiler 8,79 ± 7,37, emekliler 11,6 ± 9,7, serbest meslek sahibi olanlar 12,98 ± 23,31, öğrenciler 6,68 ± 6,52, bir işte çalışmayanlar 8,33 ± 5,07 (Grafik 78).



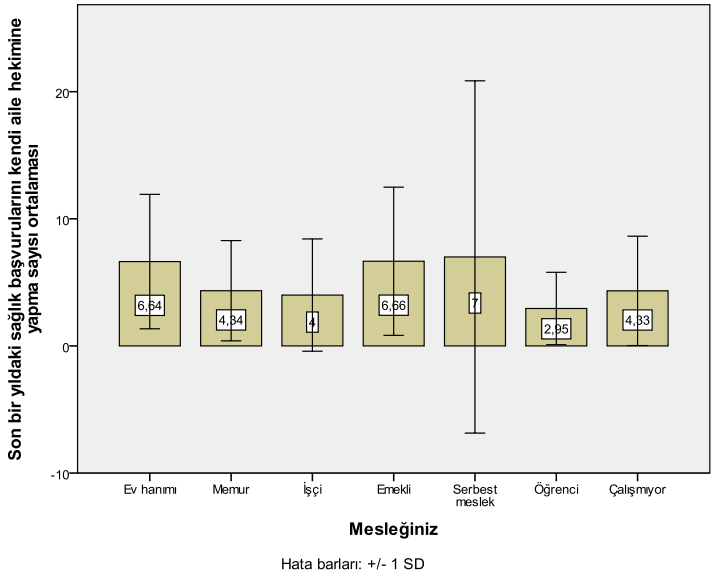
Grafik 78. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvurma sayıları

- Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=5,122). Katılımcıların mesleklerine göre son bir yıl içerisindeki ASM'ye başvurma sayılarının ortalaması şöyleydi; ev hanımları 7,69 ± 5,94, memurlar 4,84 ± 4,53, işçiler 4,42 ± 4,83, emekliler 8,03 ± 6,62, serbest meslek sahibi olanlar 7,91 ± 15,45, öğrenciler 3,16 ± 2,96, bir işte çalışmayanlar 5,22 ± 5,14 (Grafik 79).



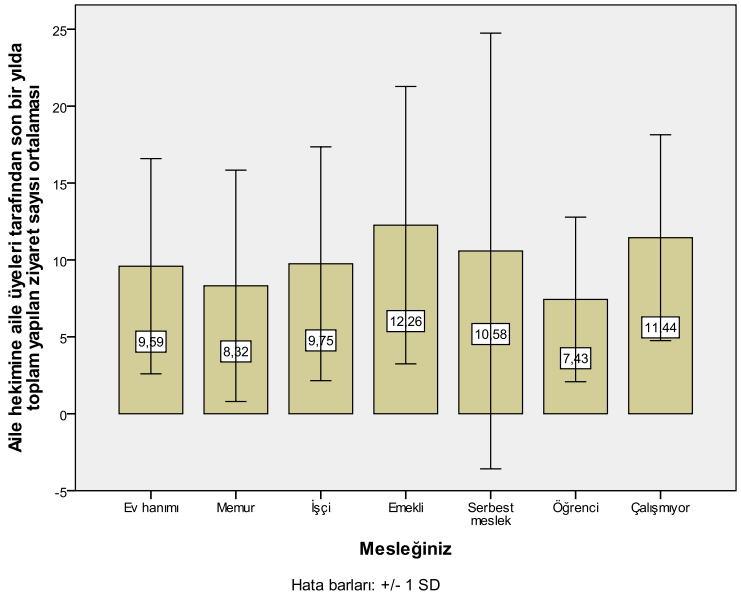
Grafik 79. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda ASM'ye başvurma sayıları

- Hastaların son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimine yapma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; F=4,197). Katılımcıların mesleklerine göre son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimine yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; ev hanımları 6,64 ± 5,29, memurlar 4,34 ± 3,94, işçiler 4,00 ± 4,41, emekliler 6,66 ± 5,83, serbest meslek sahibi olanlar 7,00 ± 13,85, öğrenciler 2,95 ± 2,84, bir işte çalışmayanlar 4,33 ± 4,30 (Grafik 80).
- HASİ arasında ise anlamlı bir fark yoktu (p=0,246; F=1,319).



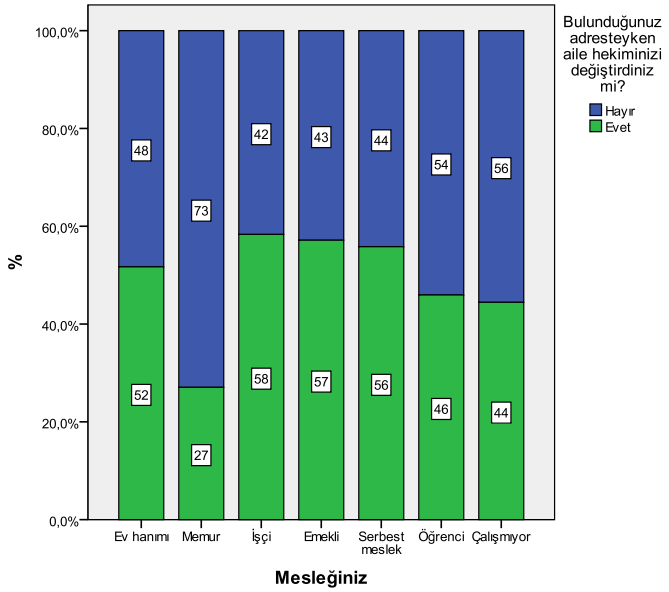
Grafik 80. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile son bir yılda kendi aile hekimini ziyaret etme sayısı

- Hastaların aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,025; F=2,428). Katılımcıların mesleklerine göre ziyaret sayılarının ortalaması şöyleydi; ev hanımları 9,59 ± 6,99, memurlar 8,32 ± 7,52, işçiler 9,75 ± 7,60, emekliler 12,26 ± 9,01, serbest meslek sahibi olanlar 10,58 ± 14,16, öğrenciler 7,43 ± 5,35, bir işte çalışmayanlar 11,44 ± 6,69 (Grafik 81).

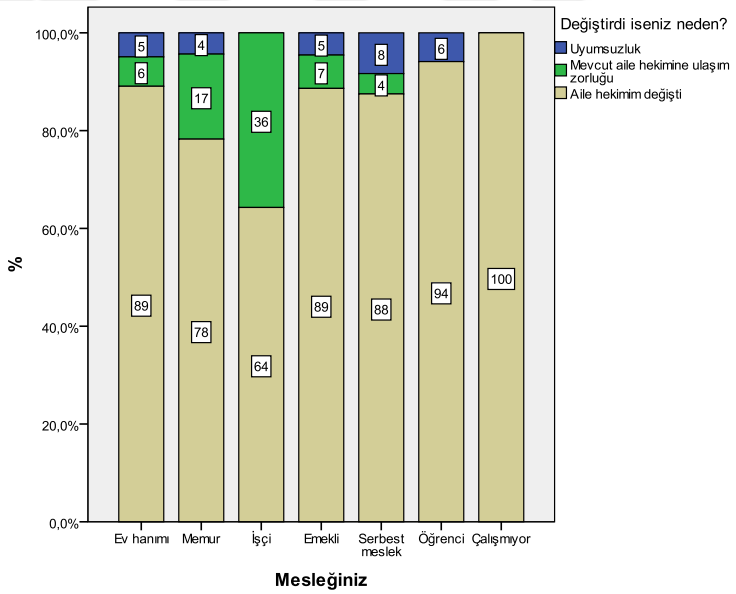


Grafik 81. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları ziyaret sayısı

- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,151; Ki-kare=9,43).
- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,002; Ki-kare=21,289). Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimlerini değiştirme durumları şöyleydi; ev hanımlarının %51,7'si (n=183), memurların %27,1'i (n=23), işçilerin %58,3'ü (n=14), emeklilerin %57,1'i (n=44), serbest meslek sahibi olanların %55,8'i (n=24), öğrencilerin %45,9'u (n=17), bir işte çalışmayanların %44,4'ü (n=4) bulunduğu adresteyken aile hekimlerini değiştirdiğini belirtti (Grafik 82).
- Aile hekimlerini değiştiren hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri ile meslekleri arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,033; Ki-kare=22,465). Hastaların çoğunluğu aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekiminin değiştiğini belirtti. Mevcut aile hekimine ulaşım zorluğundan dolayı aile hekimini değiştirenlerin oranı en çok işçilerdeydi. Aile hekimi ile uyumsuzluktan dolayı aile hekimini değiştirenler arasında oranı en yüksek olan serbest meslek sahibi olanlardı (Grafik 83).



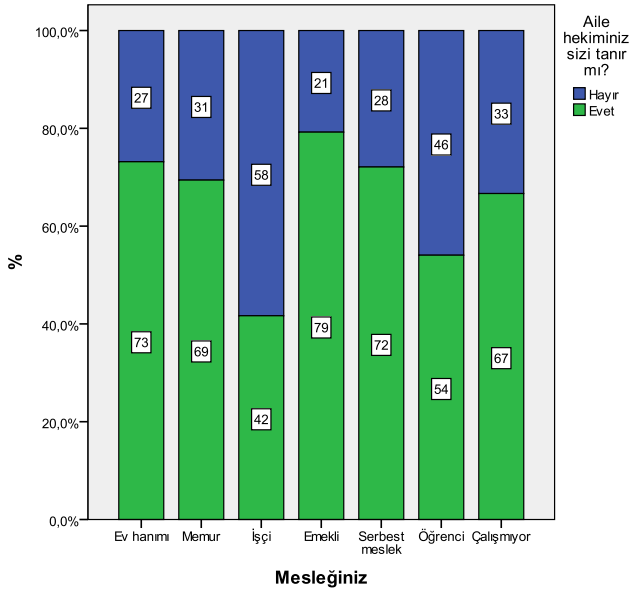
Grafik 82. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile bulunduğu adresteyken aile hekimlerini değiştirme durumları



Grafik 83. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerini değiştirme nedenleri

- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,005; Ki-kare=18,695). Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları şöyleydi; ev hanımlarının %73,2'si (n=259), memurların %69,4'ü (n=59), işçilerin %41,7'si (n=10),

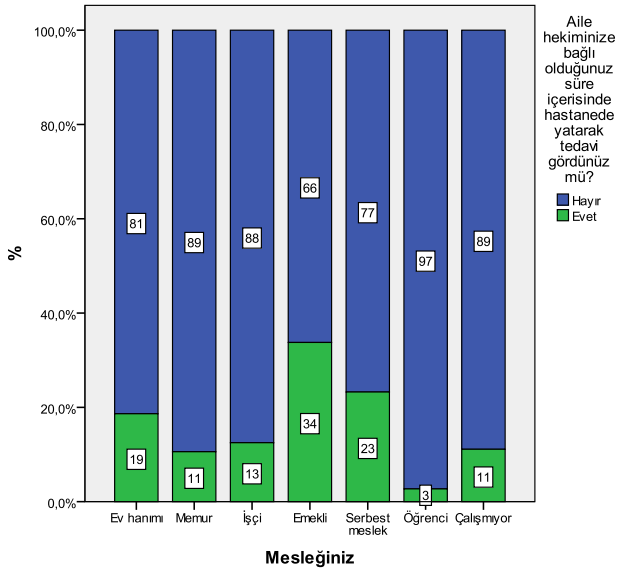
emeklilerin %79,2'si (n=61), serbest meslek sahibi olanların %72,1'i (n=31), öğrencilerin %54,1'i (n=20), bir işte çalışmayanlar %66,7'si (n=6) aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti (Grafik 84).



Grafik 84. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları

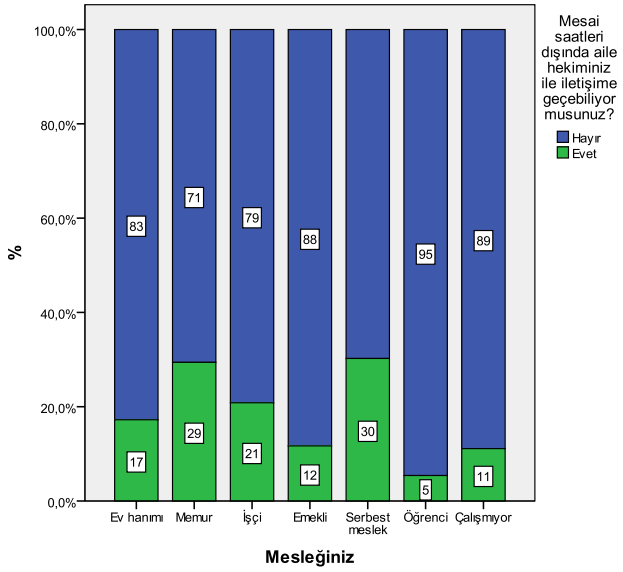
- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,858; Ki-kare=0,032).
- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; Ki-kare=23,159). Katılımcıların mesleklerine göre hastanede yatma durumları şöyleydi; ev hanımlarının %18,6'sı (n=66), memurların %10,6'sı (n=9), işçilerin %12,5'i (n=3), emeklilerin %33,8'i (n=26), serbest meslek sahibi olanların %23,3'ü (n=10), öğrencilerin %2,7'si (n=20), bir işte çalışmayanlar %11,1'i (n=1) aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirtti (Grafik 85). Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,702; Ki-kare=3,813). Bu hastalardan taburcu olurken epikriz

raporu alanların bu raporu aile hekimlerine verme durumları ile meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,245; Ki-kare=6,687).



Grafik 85. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatma durumları

- Aile hekimleriyle olan iletişimleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,180; Ki-kare=1,796).
- Mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,006; Ki-kare=18,048). Katılımcıların mesleklerine göre iletişime geçebilme durumları şöyleydi; ev hanımlarının %17,2'si (n=61), memurların %29,4'ü (n=25), işçilerin %20,8'i (n=5), emeklilerin %11,7'si (n=9), serbest meslek sahibi olanların %30,2'si (n=13), öğrencilerin %5,4'ü (n=2), bir işte çalışmayanların %11,1'i (n=1) mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebildiğini belirtti (Grafik 86).

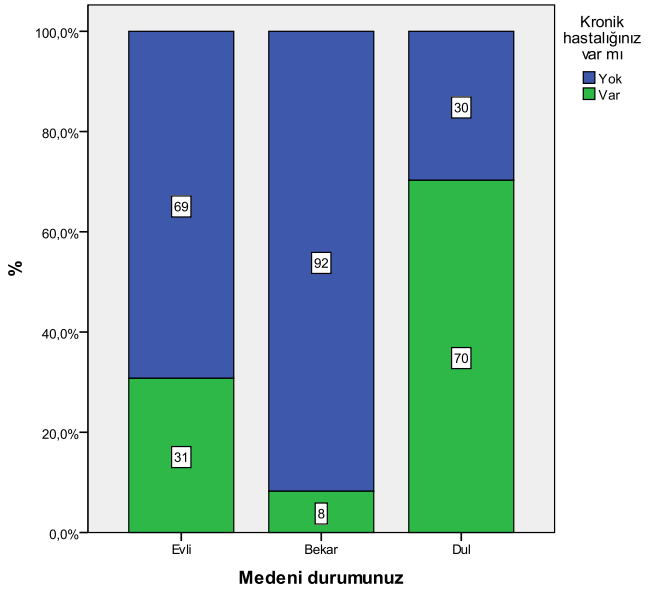


Grafik 86. Çalışmaya katılan hastaların meslekleri ile mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları

- ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,813; Ki-kare=0,056).

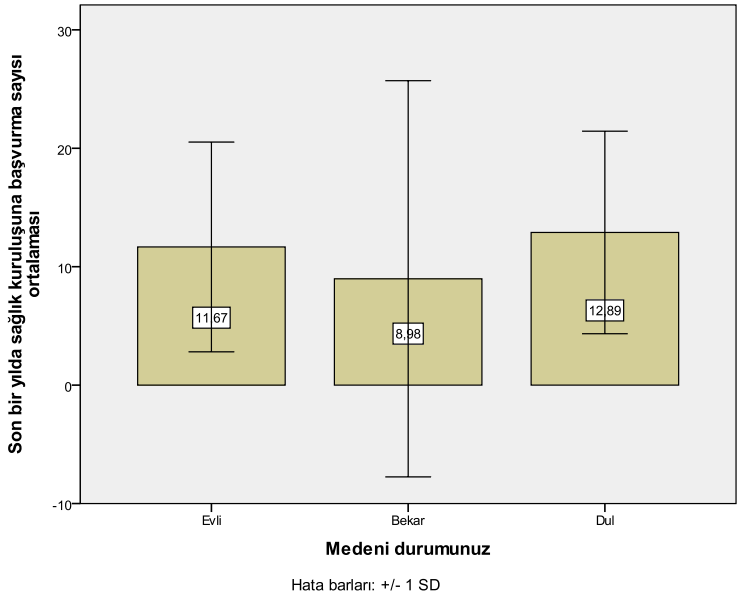
Hastaların medeni durumları ile;

- Kronik hastalık sahibi olma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=47,845). Katılımcıların medeni durumlarına göre kronik hastalık sahibi olma durumları şöyleydi; evlilerin %30,8'inin (n=156), bekârların %8,2'sinin (n=7), dulların %70,3'ünün (n=26) kronik hastalığı vardı (Grafik 87).

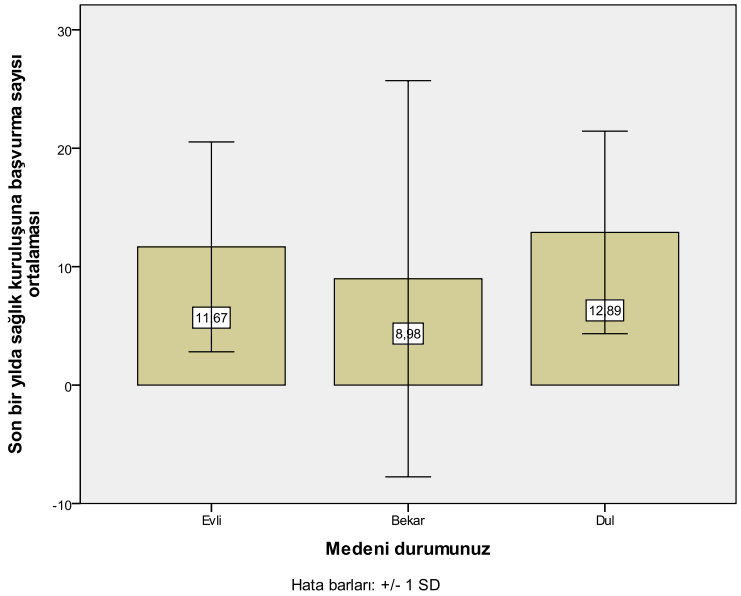


Grafik 87. Hastaların medeni durumları ile kronik hastalık sahibi olma durumları

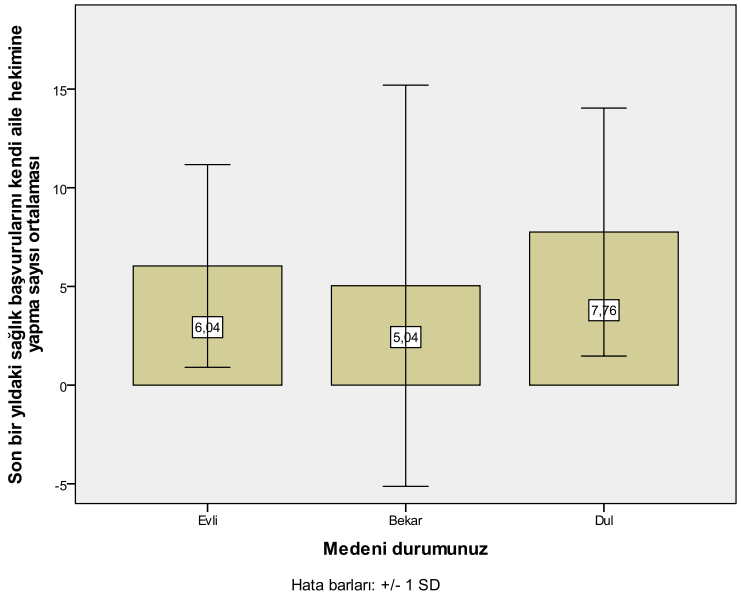
- Aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,649; F=0,433).
- Son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,054; F=2,936). Ancak evlilerin ve dulların sağlık kuruluşu başvuru sayıları bekârlara göre daha yüksek bulundu (Grafik 88). Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,028; F=3,610). Katılımcıların medeni durumlarına göre son bir yıl içerisinde ASM'ye sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; evliler 7,01 ± 5,90, bekârlar 5,54 ± 11,24, dullar 9,11 ± 6,39 (Grafik 89). Hastaların son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapma sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,076; F=2,590). Ancak dulların kendi aile hekimlerine gitme sayısının en yüksek olduğu, bekârlarda ise bu sayının en düşük olduğu görüldü (Grafik 90). HASİ arasında yine anlamlı bir fark yoktu (p=0,483; F=0,729).



Grafik 88. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları

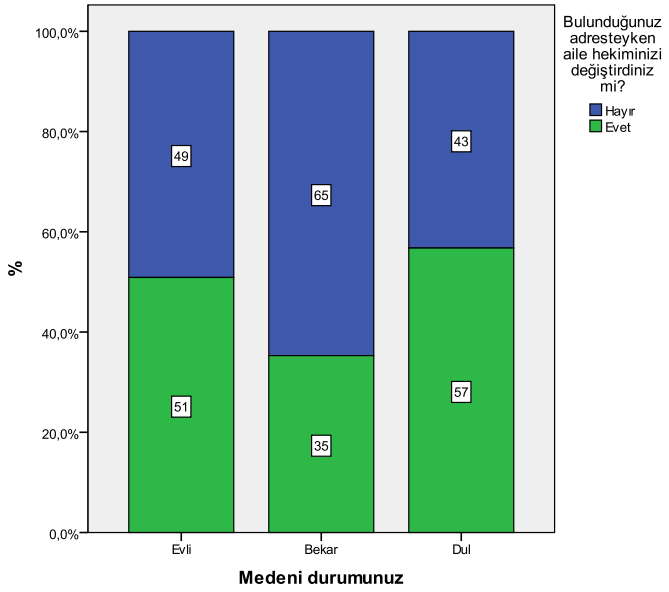


Grafik 89. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisindeki ASM'ye başvurma sayıları



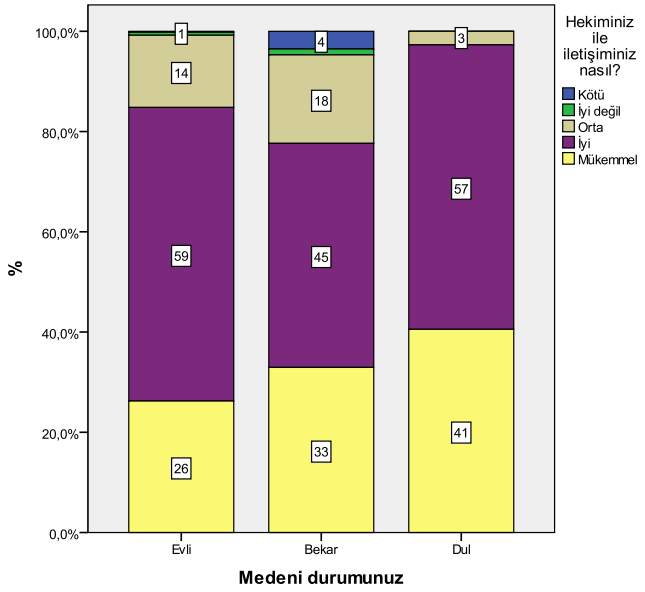
Grafik 90. Hastaların medeni durumları ile son bir yıl içerisinde kendi aile hekimlerine başvurma sayıları

- Aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,210; F=1,567).
- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,085; Ki-kare=4,935).
- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,018; Ki-kare=7,998). Katılımcıların medeni durumlarına göre aile hekimlerini değiştirme durumları şöyleydi; evlilerin %50,9'u (n=258), bekârların %35,3'ü (n=30), dulların %56,8'i (n=21) aile hekimini değiştirdiğini belirtti (Grafik 91). Aile hekimlerini değiştiren hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,267; Ki-kare=5,203). Hastaların çoğunluğu aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekiminin değiştiğini belirtti.



Grafik 91. Hastaların medeni durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları

- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,073; Ki-kare=5,238).
- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,535; Ki-kare=0,385).
- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,012; Ki-kare=8,911). Katılımcıların medeni durumlarına göre hastanede yatma durumları şöyleydi; evlilerin %19,9'u (n=101), bekârların %7,1'i (n=6), dulların %24,3'ü (n=9) aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yattığını belirtti Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,473; Ki-kare=1,498). Bu hastalardan epikriz raporu alanların bu raporu aile hekimlerine verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,574; Ki-kare=1,110)
- Aile hekimleriyle olan iletişimleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,180; Ki-kare=1,794). Ancak iletişiminin "Mükemmel" olduğu cevabını en çok dullar, "İyi" cevabını en çok evliler, "Orta" cevabını en çok bekârlar verdi (Grafik 92).



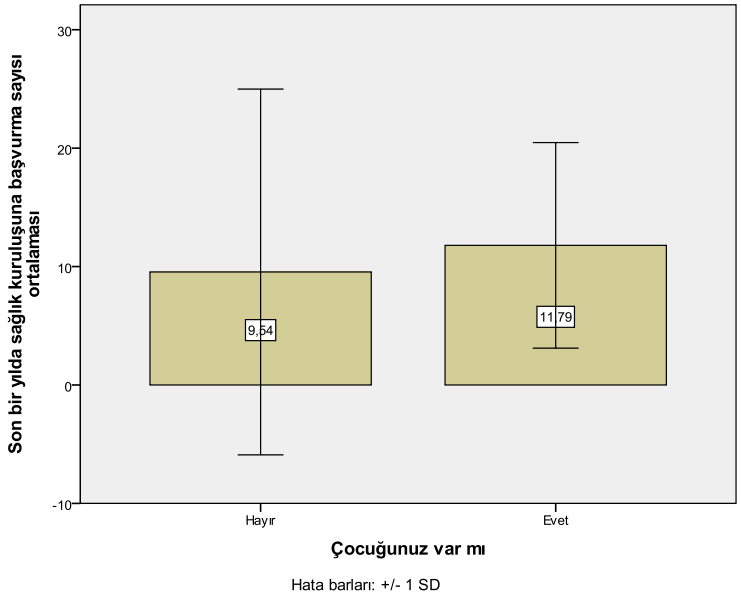
Grafik 92. Hastaların medeni durumları ile aile hekimleriyle olan iletişimleri

- Mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,127; Ki-kare=4,131).
- ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,889; Ki-kare=0,019).

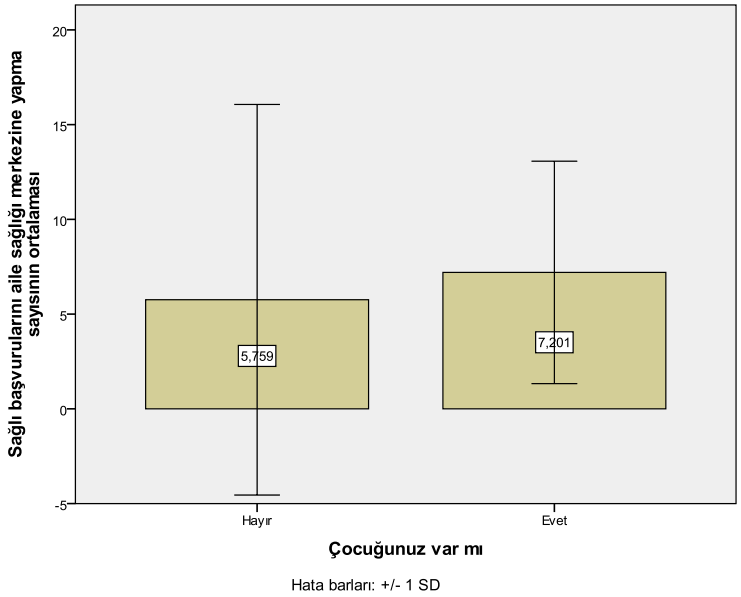
Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile;

- Aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,582; t=─0,551).
- Son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,033; t=─2,131). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre son bir yıl içerisinde bir sağlık kuruluşuna sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; çocuk sahibi olanlar 11,79 ± 8,67, çocuk sahibi olmayanlar 9,54 ± 15,44 (Grafik 93). Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,043; t=─2,033). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre son bir yıl içerisinde ASM'ye sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; çocuk sahibi olanlar 7,20 ± 5,87, çocuk sahibi olmayanlar 5,76 ± 10,30 (Grafik 94). Hastaların son bir yıl içerisindeki

sağlık başvurularını kendi aile hekimine yapma sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,096; t=─1,668). HASİ arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,468; t=0,726).

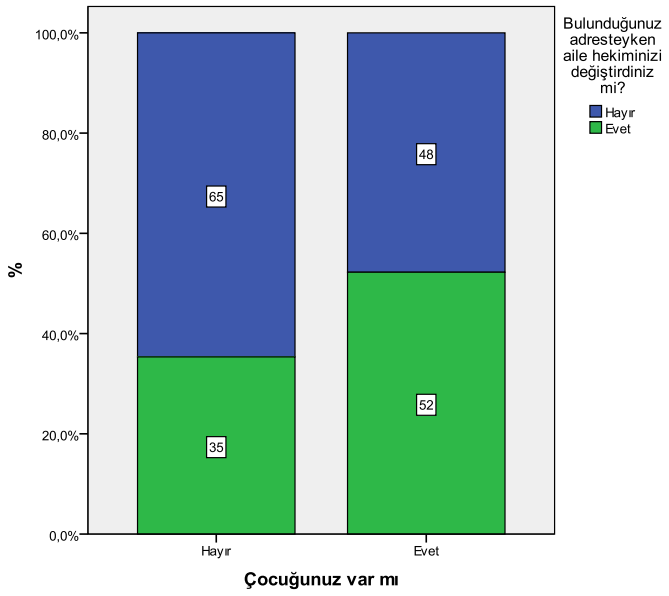


Grafik 93. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayıları



Grafik 94. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları

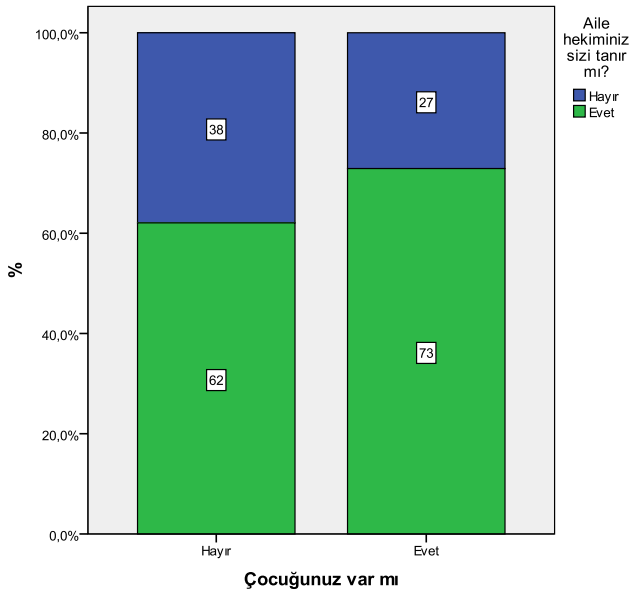
- Aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimlerine yaptıkları toplam ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,544; t=─0,608).
- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,604; Ki-kare=0,268).
- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,001; Ki-kare=10,808). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre aile hekimini değiştirme durumu şöyleydi; çocuk sahibi olanların %52,2'si (n=268), çocuk sahibi olmayanların %35,3'ü (n=41) bulunduğu adresteyken aile hekimini değiştirdiğini belirtti (Grafik 95). Aile hekimlerini değiştiren hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,292; Ki-kare=2,459). Hastaların çoğunluğu aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekiminin değiştiğini belirtti.



Grafik 95. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları

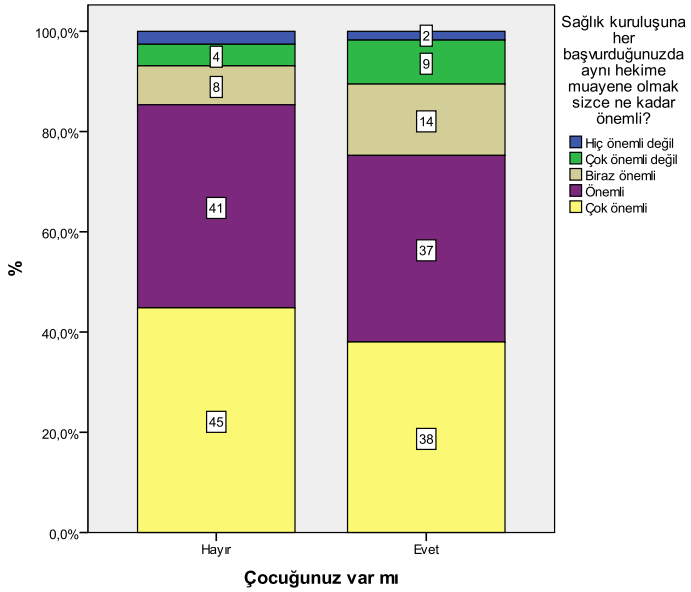
- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,020; Ki-kare=5,384). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları şöyleydi;

çocuk sahibi olanların %72,9'u (n=374), çocuk sahibi olmayanların %62,1'i (n=72) aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti (Grafik 96).



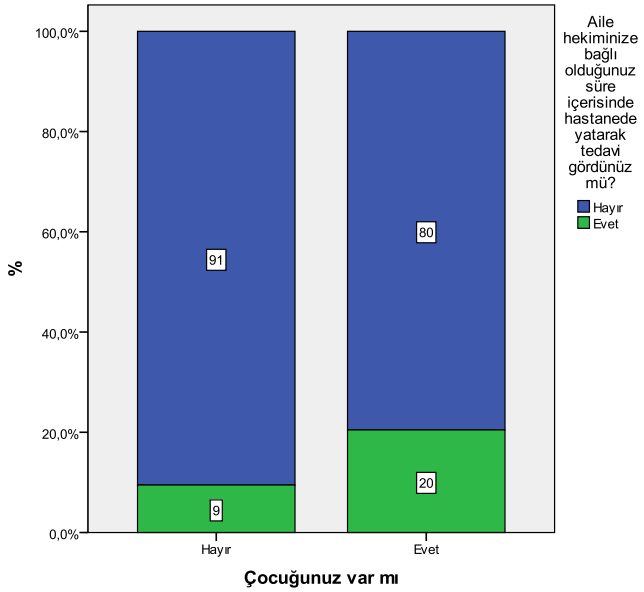
Grafik 96. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları

- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,057; Ki-kare=3,633). Ancak daha çok çocuk sahibi olmayanlar "Çok önemli" ve "Önemli" cevabını vermişti (Grafik 97).



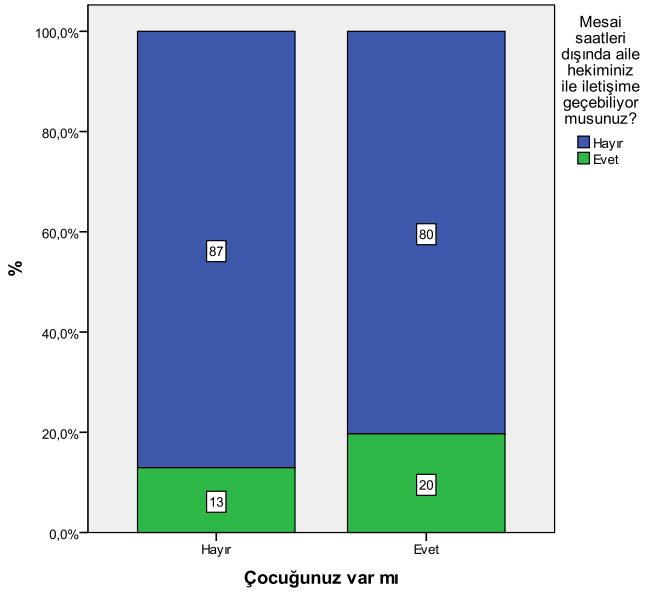
Grafik 97. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap

- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,006; Ki-kare=7,590). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre hastanede yatma durumları şöyleydi; çocuk sahibi olanların %20,5'i (n=105), çocuk sahibi olmayanların %9,5'i (n=11) aile hekimine bağlı olduğu süre içerisinde hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirtti (Grafik 98). Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,163; Ki-kare=1,944). Bu hastalardan taburcu olurken epikriz raporu alanların bu raporu aile hekimlerine verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,232; Ki-kare=1,429).



Grafik 98. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları

- Aile hekimleriyle olan iletişimleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,171; Ki-kare=1,875).
- Mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,090; Ki-kare=2,872). Ancak daha çok çocuk sahibi olanlar aile hekimleri ile iletişime geçebildiği cevabını verdi (Grafik 99).

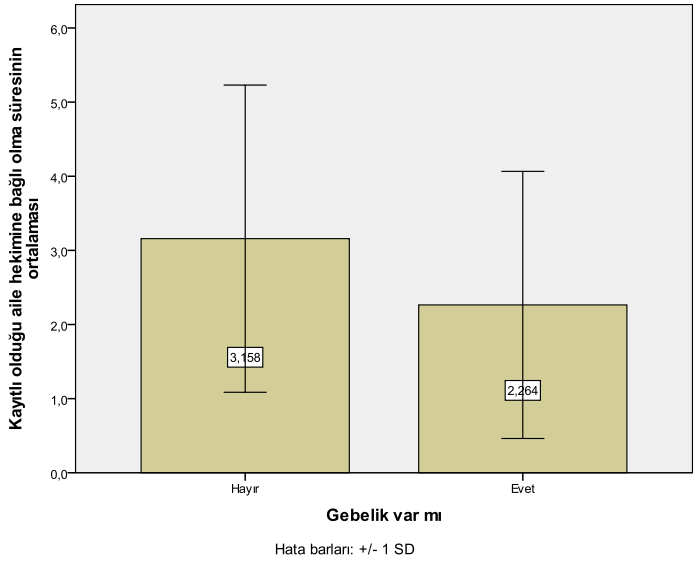


Grafik 99. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumu

- ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri ile arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,430; Ki-kare=0,623).

Kadın hastaların gebelik durumları ile;

- Aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,003; t=2,99). Kadın katılımcıların gebelik durumlarına göre aile hekimlerine bağlı olma sürelerinin ortalaması şöyleydi; gebelerde 2,26 ± 1,80, gebe olmayanlarda 3,15 ± 2,07 yıldı (Grafik 100).



Grafik 100. Kadın hastaların gebelik durumları ile aile hekimlerine bağlı olma süreleri

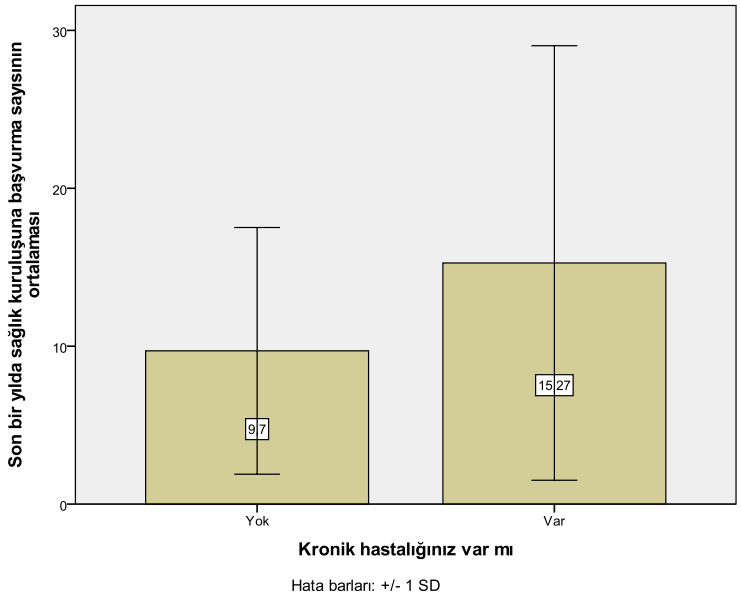
- Son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,654; t=─0,448). Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları arasında da anlamlı bir fark yoktu (p=0,959;t=─0,051). Kadın hastaların son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimine yapma sayıları ile arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,797;t=─0,257). HASİ arasında yine anlamlı bir fark yoktu (p=0,233; t=1,195).
- Aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları toplam ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,751; t=0,318).
- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan kadın hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,885; Ki-kare=0,021).
- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,677; Ki-kare=0,173). Aile hekimlerini değiştiren kadın hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,838; Ki-kare=0,354). Kadın hastaların çoğunluğu aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekimini değiştiğini belirtti.
- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,772; Ki-kare=0,084).

- “Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?” sorusuna verdiklere cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,538; Ki-kare=0,379).
- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,732; Ki-kare=0,117). Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,975; Ki-kare=0,001). Bu hastalardan taburcu olurken epikriz raporu alanların sayısı 41 idi. Bu hastaların 40’ında gebelik durumu mevcut değildi. Gebelik durumu olan bir kişi ilgili raporu aile hekimine vermediğini belirtti. Gebe olmayanların %70’i (n=28) bu raporu aile hekimine vermediğini belirtti.
- Aile hekimleriyle olan iletişimleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,536; Ki-kare=0,384).
- Mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,721; Ki-kare=0,128).
- ASM’ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,298; Ki-kare=1,084).

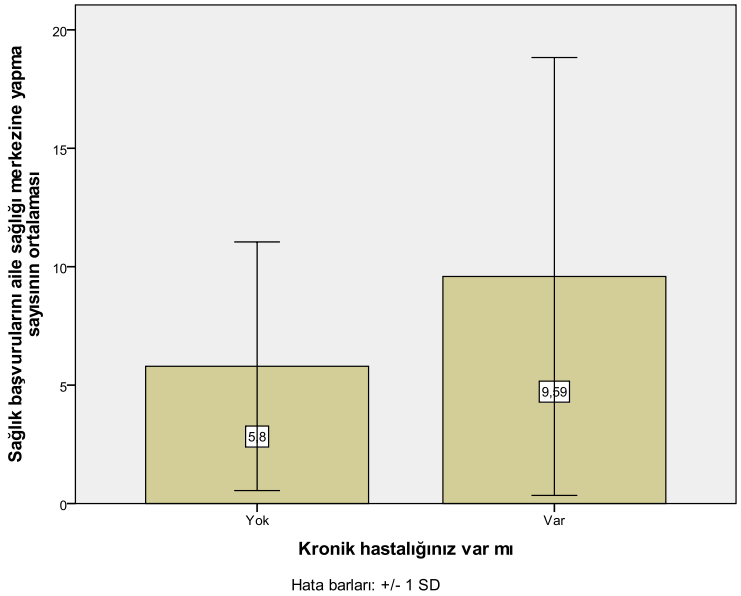
Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile;

- Aile hekimlerine bağlı olma süreleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,345; t=─0,945).
- Son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─6,415). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre son bir yıl içerisinde bir sağlık kuruluşuna sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; kronik hastalık sahibi olanlar 15,27 ± 13,76, kronik hastalık sahibi olmayanlar 9,70 ± 7,81 (Grafik 101). Son bir yıl içerisinde ASM’ye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─6,506). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre son bir yıl içerisinde ASM’ye sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; kronik hastalık sahibi olanlar 9,59 ± 9,24, kronik hastalık sahibi olmayanlar 5,80 ± 5,24 (Grafik 102). Bu hastaların son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile

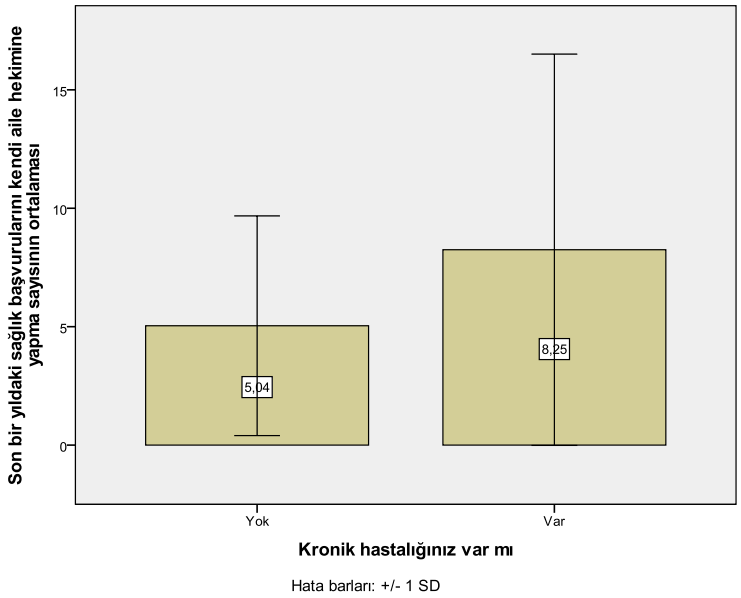
hekimlerine yapma sayıları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=─6,193). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre son bir yıl içerisinde kendi aile hekimlerine sağlık başvurusu yapma sayılarının ortalaması şöyleydi; kronik hastalık sahibi olanlar 8,25 ± 8,26, kronik hastalık sahibi olmayanlar 5,04 ± 4,63 (Grafik 103). HASİ arasında ise anlamlı bir fark yoktu (p=0,385; t=0,869).



Grafik 101. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları



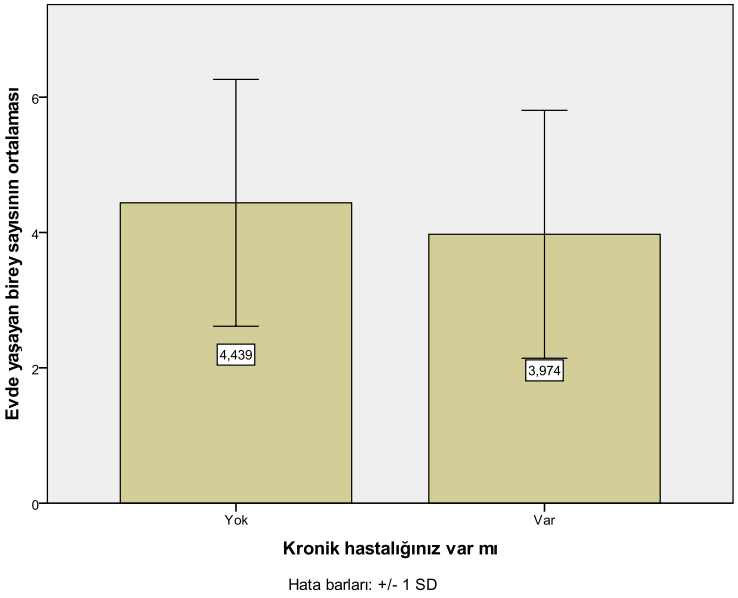
Grafik 102. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisinde ASM'ye başvurma sayıları



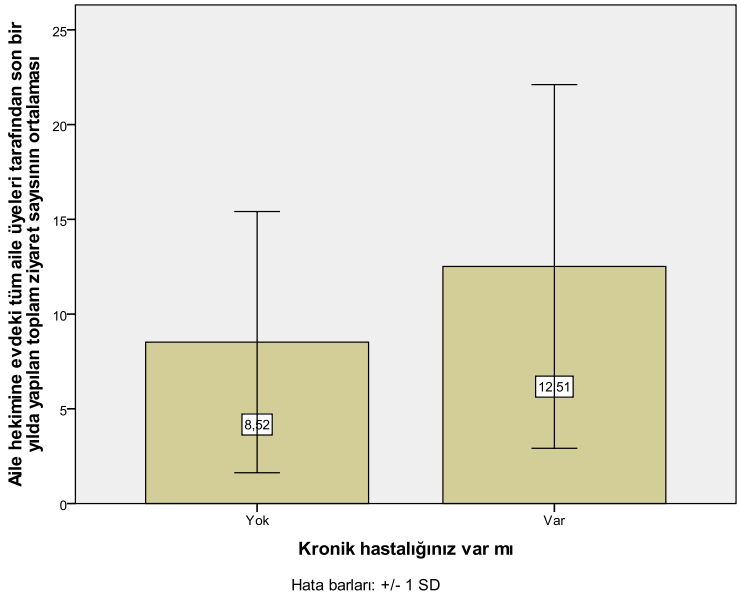
Grafik 103. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile son bir yıl içerisindeki sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapma sayıları

- Hastaların evlerinde yaşadığı birey sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,004; t=2,928). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre evlerinde beraber yaşadığı birey sayılarının ortalaması şöyleydi;

kronik hastalık sahibi olanlar 3,97 ± 1,83, kronik hastalık sahibi olmayanlar 4,44 ± 1,82 (Grafik 104). Hastaların aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları toplam ziyaret sayısı arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; t=-5,887). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları toplam ziyaret sayılarının ortalaması şöyleydi; kronik hastalık sahibi olanlar 12,51 ± 9,59, kronik hastalık sahibi olmayanlar 8,52 ± 6,89 (Grafik 105).

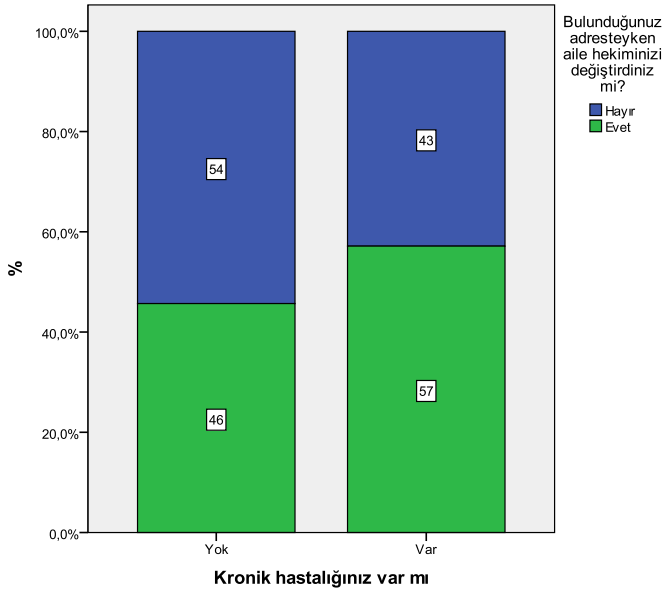


Grafik 104. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile evlerinde yaşadığı birey sayısı



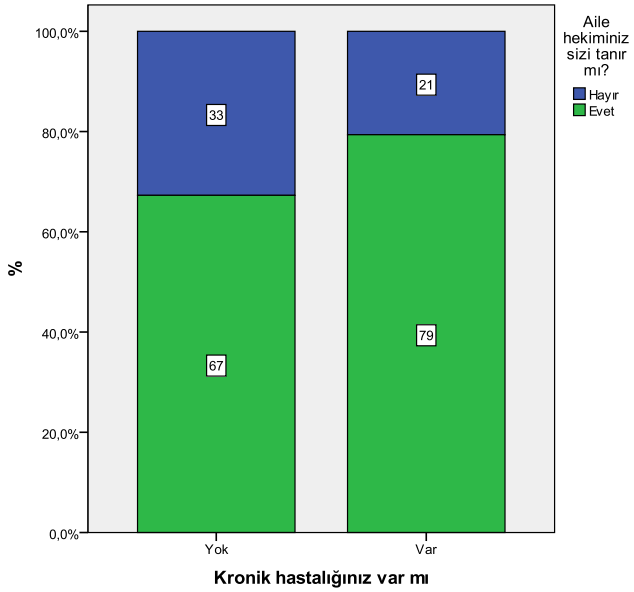
Grafik 105. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile üyeleri tarafından son bir yıl içinde aile hekimine yaptıkları toplam ziyaret sayısı

- Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan hastalarını evlerinde ziyaret etme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,872; Ki-kare=0,026).
- Aile hekimlerini değiştirme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,008; Ki-kare=6,949). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre aile hekimlerini değiştirme durumları şöyleydi; kronik hastalığı olanların %57,1'i (n=108), kronik hastalığı olmayanların %45,7'si (n=201) aile hekimini değiştirmişti (Grafik 106). Aile hekimlerini değiştiren hastaların aile hekimlerini değiştirme sebepleri arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,618; Ki-kare=0,964). Hastaların çoğunluğu aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekiminin değiştiğini belirtti.



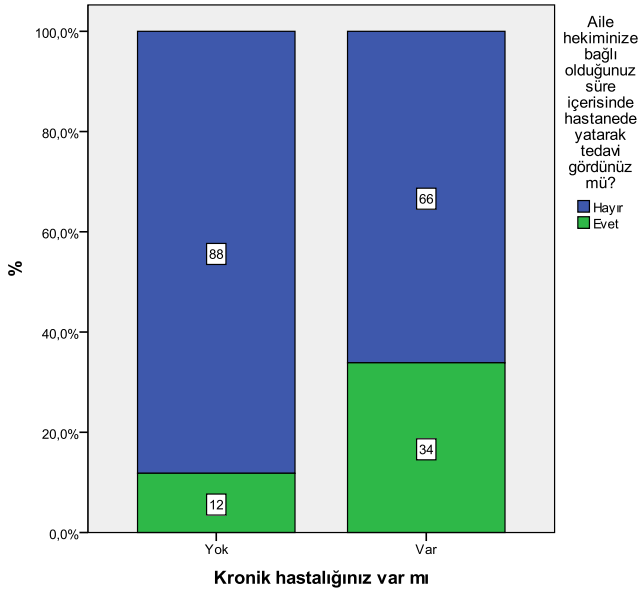
Grafik 106. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerini değiştirme durumları

- Aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,002; Ki-kare=9,371). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları şöyleydi; kronik hastalığı olanların %79,4'ü (n=150), kronik hastalığı olmayanların %67,3'ü (n=296) aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti (Grafik 107).



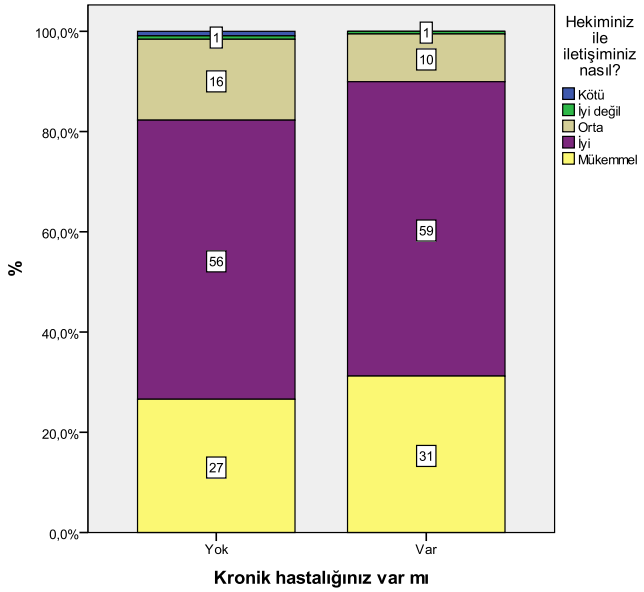
Grafik 107. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerinin kendilerini tanıma durumları

- "Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna verdiklere cevap arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,529; Ki-kare=0,397).
- Aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p<0,001; Ki-kare=42,715). Katılımcıların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre hastanede yatarak tedavi görme durumları şöyleydi; kronik hastalığı olanların %33,9'u (n=64), kronik hastalığı olmayanların %11,8'i (n=52) hastanede yatarak tedavi gördüğünü belirtti (Grafik 108). Bu hastaların kendi aile hekimleri tarafından hastaneye yönlendirilme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,654; Ki-kare=0,201). Bu hastalardan taburcu olurken epikriz raporu alanların bu raporu aile hekimlerine verme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,220; Ki-kare=1,501).



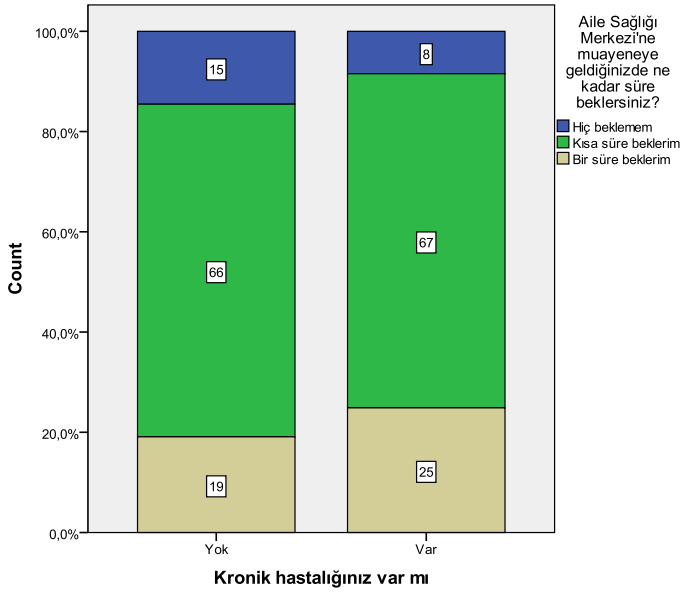
Grafik 108. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimlerine bağlı oldukları süre içerisinde hastanede yatarak tedavi görme durumları

- Aile hekimleriyle olan iletişimleri arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,019; Ki-kare=5,457). Kronik hastalığı olanların %33,5'i (n=59) "Mükemmel", %58,7'si (n=111) "İyi", %9,5'i (n=18) "Orta", %0,5'i (n=1) "İyi değil", %0,0'ı (n=0) "Kötü" cevabını verdi. Kronik hastalığı olmayanların %26,6'sı (n=117) "Mükemmel", %55,7'si (n=245) "İyi", %16,1'i (n=71) "Orta", %0,7'si (n=3) "İyi değil", %0,9'u (n=4) "Kötü" cevabını verdi (Grafik 109).



Grafik 109. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile aile hekimleriyle olan iletişimleri

- Mesai saati dışında kendi aile hekimleri ile iletişime geçebilme durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0,124; Ki-kare=2,363).
- ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark vardı (p=0,018; Ki-kare=5,642). Kronik hastalığı olanların %24,9'u (n=47) "Bir süre beklerim", %66,7'si (n=126) "Kısa süre beklerim", %8,5'i (n=16) "Hiç beklemem" cevabını verdi. Kronik hastalığı olmayanların %19,1'i (n=84) "Bir süre beklerim", %66,4'ü (n=292) "Kısa süre beklerim", %14,5'i (n=64) "Hiç beklemem" cevabını verdi (Grafik 110).



Grafik 110. Hastaların kronik hastalık sahibi olma durumları ile ASM'ye muayeneye geldiklerinde bekleme süreleri

4.4. Çoklu Karşılaştırmalar

HVSİ'ye etki eden faktörleri bir arada incelemek için lineer regresyon analizi yapıldı. Analize "Aile Hekiminin Yaşı", "Kaç yıldır aile hekimisiniz?", "ASM evinizden kaç km uzaklıkta?", "Kaç yıldır bu ASM de çalışıyorsunuz?", "Bu ASM'de çalışan kaç Aile Hekimi mevcut?", "Disiplinler arası süreklilik puan ortalaması", "Cinsiyet" ve "Sizce hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?" bağımsız değişkenleri konuldu. Oluşturulan modelin R kare değeri 0,286 olarak bulundu. Enter metoduyla yapılan analizde değişkenlerin beta katsayıları ve güven aralıkları Tablo 15'de görülmektedir. ASM'nin evden uzaklığının (p=0,030; standardize Beta=─0,242) ve disiplinler arası süreklilik puan ortalamasının diğer değişkenlerden bağımsız olarak HVSİ'yi ters orantılı olacak şekilde etkilediği (p=0,006; standardize Beta =─0,300) bulundu. Aile hekimlerinin hastaları ile olan iletişimlerinin diğer değişkenlerden bağımsız olarak HVSİ'yi doğru orantılı olarak etkilediği (p=0,028; standardize Beta =0,226) bulundu.

Tablo 15. HVSİ'ye Etki Eden Faktörlerin Analizi

Model	SOK		SK			B için %95 GA	
	B	SH	Beta	t	p	Üst s.	Alt s.
(Sabit)	,815	,135		6,033	,000	,546	1,084
Aile Hekiminin Yaşı	,000	,002	-,018	-,140	,889	-,004	,004
Kaç yıldır aile hekimisiniz?	-,014	,008	-,217	-1,652	,103	-,030	,003
ASM evinizden kaç km uzaklıkta?	-,006	,003	-,242	-2,210	,030	-,012	-,001
Kaç yıldır bu ASM de çalışıyorsunuz?	,005	,007	,100	,691	,491	-,010	,020
Bu ASM de çalışan kaç Aile Hekimi mevcut?	,003	,007	,057	,511	,611	-,010	,017
Disiplinler arası süreklilik puan ortalaması	-,079	,028	-,300	-2,853	,006	-,133	-,024
Cinsiyet grup	,042	,025	,172	1,647	,104	-,009	,092
Sizce hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?	,047	,021	,226	2,243	,028	,005	,089

* Bağımlı değişken: Hizmet Verenin Süreklilik İndeksi
SOK: Standardize Olmayan Katsayı, SK: Standardize Katsayı, SH: Standart Hata

HASİ'ye etki eden faktörleri bir arada incelemek için lineer regresyon analizi yapıldı. Analize "Hastanın yaşı", "Hastanın cinsiyeti", "Kronik Hastalık Durumu" "Çocuk Varlığı", "Hekiminiz ile iletişiminiz nasıl?", "Ne kadar süredir bu aile hekimine bağlısınız?" ve "İkamet adresiniz ile bu Aile Sağlığı Merkezi arasındaki mesafe kaç km'dir?" bağımsız değişkenleri konuldu. Oluşturulan modelin R kare değeri 0,066 olarak bulundu. Enter metoduyla yapılan analizde değişkenlerin beta katsayıları ve güven aralıkları Tablo 16'da görülmektedir. ASM'nin evden uzaklığının diğer değişkenlerden bağımsız olarak HASİ'yi orantılı olarak etkilediği saptandı (p=0,002; standardize Beta=0,120). Hastaların aile hekimine bağlı olma süreleri de diğer değişkenlerden bağımsız HASİ'yi orantılı olarak etkiliyordu (p=0,045; standardize Beta=0,080). Hastaların hekimleri ile olan ilişkileride diğer değişkenlerden bağımsız HASİ'yi orantılı olarak etkilemekteydi (p<0,001; standardize Beta=0,173).

Tablo 16. HASİ'ye Etki Eden Faktörlerin Analizi

Model	SOK		SK			B için %95 GA	
	B	SH	Beta	t	p	Üst s.	Alt s.
(Sabit)	,248	,062		4,012	,000	,126	,369
Ne kadar süredir bu aile hekimine bağlısınız?	,009	,005	,080	2,005	,045	,000	,018
İkamet adresiniz ile bu Aile Sağlığı Merkezi arasındaki mesafe kaç km'dir?	,011	,003	,120	3,060	,002	,004	,017
Cinsiyet	,038	,022	,071	1,729	,084	-,005	,081
Kronik Hastalık Durumu	-,046	,025	-,087	-1,829	,068	-,095	,003
Hekiminiz ile iletişiminiz nasıl?	,060	,014	,173	4,404	,000	,033	,087
Yaşınız	,001	,001	,069	1,274	,203	-,001	,003
Çocuk Varlığı	-,029	,027	-,046	-1,081	,280	-,082	,024

* Bağımlı değişken: Hizmet Alanın Süreklilik İndeksi

SOK: Standardize Olmayan Katsayı, SK: Standardize Katsayı, SH: Standart Hata

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada Erzurum il merkezinde bulunan ASM'lerde görev yapmakta olan aile hekimleri açısından ve bu aile hekimlerine kayıtlı olan hastalar açısından hizmetin sürekliliği ortaya konuldu.

Çalışmamızda ulaşmayı hedeflediğimiz 115 aile hekiminden 82'sine (%71,3) anket uygulaması (Ek-2) yaptık. Anket uygulaması yaptığımız bu 82 aile hekimine kayıtlı olan toplam 629 hastaya hazırlamış olduğumuz hizmet alan anketini (Ek-1) uyguladık. Hedefimiz toplam 720 hastaya ulaşmaktı. Bu şekilde hedefimizin %87,6'sına ulaşmış olduk. Ulaşılan örneklem sayısı araştırmanın gücü açısından yeterlidir.

Literatürlerde hizmetin sürekliliğinin farklı boyutlarını ölçen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Biz bu çalışmada hekim ve hasta açısından hizmetin sürekliliğini formül ile hesapladık, hizmetin sürekliliğinin yedi boyutunu da (kronolojik, coğrafi, disiplinler arası, ilişkisel, bilgisel, erişebilirlik ve istikrar sürekliliği) ayrı ayrı değerlendirdik. Kapsamı açısından bu çalışma Türkiye'deki bu konuda yapılan en geniş araştırmadır.

Yaptığımız çalışmada hizmet verenlerin süreklilik değeri ortalama %72 ± %11 (min: %40, max: %94) olarak bulundu. Yani muayeneye gelen hastaların ortalama %72'si hekimlerin kendilerine kayıtlı hastalardı. Hizmet alan hastaların süreklilik değeri ise ortalama %56 ± %24 (min: %0, max:% 100) olarak bulundu. Yani sağlık kuruluşuna başvuran hastaların ortalama %56'sı sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapmaktaydı.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve tam olarak yerine getirilmesinde "hizmetin sürekli" verilmesi esastır. Aile hekimliğinde hizmetin sürekliliği sayesinde hekimler kişinin tıbbi hikâyesi hakkında daha fazla bilgi sahibi olur, sorunlarını daha iyi anlar ve kişiyi daha iyi tanır. Hastasını tanıyan hekim, epizodik hizmet veren hekimlere göre kişiye uygun olan tıbbi tedavi yöntemini daha kolay seçer. Aynı zamanda hizmetin sürekliliği sonucunda güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi oluşması hastanın tedaviye uyumunu ve hastayla iletişimin etkinliğini artırır. Bu sayede daha düşük hastalık oranları, laboratuvar testleri ve daha düşük hastaneye yatış olur. Bu da

hasta ve hekim memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırır. Hekimlerin mesleki memnuniyetlerinin artması sonucu birinci basamak uzmanlığına olan ilgi artar.

Çalışmamızda HVSİ değeri; erkek aile hekimlerinde, ASM ile evi arasındaki mesafe kısa olan aile hekimlerinde, aile hekimi sayısının yüksek olduğu ASM'lerde çalışan aile hekimlerinde, disiplinler arası süreklilik puan ortalaması düşük olan aile hekimlerinde ve hastaları ile iletişimleri daha iyi olan aile hekimlerinde daha yüksek olarak bulundu.

- Hastaların erkek hekimlerin tecrübesine, bilgisine daha çok güvenmesinden ve erkek hekimleri daha çok tercih etmesinden dolayı süreklilik yüksek çıkmış olabilir.
- Yaptığımız çalışmada evi ASM'ye yakın olan ve bulunduğu ASM'de aile hekimi sayısı fazla olan hekimlerin yaşlarının, hekimlik ve aile hekimiği yapma sürelerinin fazla olduğu bulundu. Dolayısıyla daha tecrübeli hekimler olması sebebi ile hastaların bu hekimleri daha çok tercih etmesinden dolayı süreklilik yüksek olabilir. Yine bu hekimler bulunduğu ASM'de daha uzun süredir çalışıyordu. Hastalar tarafından daha iyi tanınan hekimler olması sebebiyle daha çok tercih edilmiş olabilir.
- Yaptığımız çalışmada disiplinler arası süreklilik puan ortalaması erkek hekimlerde kadınlara oranla daha düşük bulundu. Erkek hekimlerin de daha çok kayıtlı hasta bakması ve daha çok tercih edilmesi sürekliliği artırmış olabilir.
- Hastaları ile iletişimi iyi olan hekimlere daha çok kayıtlı hastalarının ziyaret etmesi, bu hekimlerin hastaları tarafından daha çok tercih ediliyor olması bu duruma sebep olmuş olabilir.

HASİ değeri ise; erkek hastalarda, evi ile ASM arası mesafesi uzak olanlarda, aile hekimine bağlı olma süresi uzun olan hastalarda, hekimleri ile iletişimi daha iyi olan hastalarda daha yüksek olarak bulundu.

- Kadınlara oranla daha az sağlık başvurusu yapan erkeklerin bu başvurularda da daha çok kendisini bilen tanıyan hekimi tercih etmek istemiş olabilir.

- Evi ASM'ye uzak olan hastalar her ASM ziyaretinde kendi hekimlerini görmek istemiş olabilir. Bu sebeple hekimlerinin varsa mobil hizmet günlerinde ASM ziyaretinde bulunmamayı tercih etmiş olabilirler.
- Çalışmamızda aile hekimine uzun süredir bağlı kalan hastaların hekimleri ile iletişimlerinin daha iyi olduğu bulundu. Hastalar uzun süredir hekimlerine bağlı kaldıklarında hekimleri ile birbirlerini daha iyi tanırlar. Hastasını iyi tanıyan hekim hastasına en uygun tedavi seçeneğini tercih edebilir ve bu sebeple hasta hekiminden daha memnun kalır. Dolayısıyla bu hastalarda daha çok kendi hekimlerini tercih etmek istemiş olabilir. Aynı zamanda yaptığımız çalışmada aile hekimine bağlı kalma süresi fazla olan hastaların daha çok yaşlı hastalar olduğu bulundu ve yaşlıların da daha çok aynı hekimi görmeye önem veriyor olmasından dolayı süreklilik yüksek çıkmış olabilir. Yaşlı hastaların daha çok kronik hastalığının olmasından dolayı çoğunlukla kendilerini bilen hekimlere kontrol olup, raporlu ilaçlarını yazdırmak istemiş olabilirler.

Çalışmaya katılan 82 aile hekiminin yaş ortalaması 39,33 ± 7,36 (min: 26, max: 57) yıldı. Katılımcıların %67'si (n=55) erkek, %33'ü (n=27) kadındı. Ahmet Selçuk Kılınç ve arkadaşlarının Burdur'da yapmış olduğu çalışmada 73 aile hekiminin %77,8'i erkek, %22,2'si ise kadındı. Aile hekimlerinin yaş ortalaması 41± 6,1 yıldı (30). Çiğdem Kader ve arkadaşlarının Yozgat'da yapmış olduğu çalışmaya katılan 129 aile hekiminin yaş ortalaması 33,6 ± 5,4 yıl olup, %78,3'ü erkek, %21,7'si ise kadındı (31).

Katılımcılar ortalama olarak 13,74 ± 6,75 (min: 2, max: 30) yıldır hekimlik, 4,84 ± 1,81 (min: 0,5, max: 8) yıldır da aile hekimliği yapmaktaydı. Bülent Kılıç ve arkadaşlarının 2001 yılında İzmir Narlıdere'de sağlık ocağı sisteminde yapmış olduğu çalışmaya katılan 58 hekimin hekimlik yapma süreleri ortalama 10,8 ± 0,6 yıl, ortalama sağlık ocağı hekimliği yapma süreleri ise 8,9 ± 0,7 yıldı (32). Yapmış olduğumuz çalışmayı il merkezinde yürütmüş olmamızdan dolayı İzmir Narlıdere ilçesinde yürütülen çalışmaya göre yaş farkı olmuş olabilir. Bu durumun sebebi muhtemelen il merkezinde daha çok yaşı büyük hekimlerin görev yapıyor olması olabilir. Bizim çalışmamız aile hekimliği uygulaması içerisinde hekimlik yapanların

aile hekimliği süresini kapsadığından ve de Erzurum'da aile hekimliğine geçeli altı yıl olmasından dolayı aile hekimliği yapma süresi ile ilgili yaş farkı olmuş olabilir.

Aile hekimlerinin, kendilerine kayıtlı hasta nüfuslarının ortalaması 3577,21 ± 555,21 (min: 1070, max: 4900) idi. Bir ay içerisinde aile hekimlerine yapılan ortalama ziyaret sayısı 785,01 ± 352,0 (min: 118, max: 2166) olarak bulundu. Aile hekimlerine kayıtlı hastaları tarafından yapılan ortalama ziyaret sayısı ise 572,16 ± 274,30 (min: 79, max: 1766) olarak bulundu. TÜİK kaynaklarına göre Türkiye'de 2012 yılında aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3634 olarak bulunmuştur. 2012 yılında toplam 20811 aile hekimliği birimi vardı, bir yıl içerisinde bu birimlere muayeneye gelen toplam hasta sayısı 221 672 029 olarak belirlenmiştir. Bu kayıtlara göre aylık hekim başına düşen ziyaret sayısına 887 diyebiliriz (33). Yapmış olduğumuz çalışmadaki bu değerler Türkiye ortalamasına yakın olarak bulundu.

Araştırmamızda altı yıldır aile hekimliği uygulaması ile hizmet veren Erzurum il merkezindeki aile hekimlerinin bulundukları aile sağlığı merkezlerinde ortalama olarak çalışma süreleri 3,18 ± 2,24 (min: 0,5, max: 6) yıl bulundu. Mustafa Tözün ve arkadaşlarının 2008'de Eskişehir'de yapmış olduğu çalışmada, 20 aydır uygulanmakta olan aile hekimliği uygulaması içerisinde yer alan hekimlerden 137'sinin (%93,2) görev süresi 13–20 ay arasında olduğu bulunmuştur (34). Aktaş EÖ ve arkadaşlarının 2010 yılında altı ilde çalışan 104 aile hekiminde yapmış olduğu çalışmaya katılan aile hekimlerinin %77,7'sinin 11-25 yıllık hekim, %58,7'sinin de 2-4 yıldır aile hekimliği yapmakta olduğu bulunmuştur (35).

Aile hekimlerinin %18,3'ü (n=15) mobil hizmet vermekte iken, %81,7'si (n=67) mobil hizmet vermiyordu. Ahmet Selçuk Kılınç ve arkadaşları 2010 yılında Burdur'da yapmış olduğu çalışmada aile hekimlerinin %65,7'sinin mobil hizmetlerinin olduğunu belirtmiştir (30). Çalışmamız ile bu araştırma arasındaki fark muhtemelen bizim çalışmayı sadece il merkezinde yürütmüş olmamızdan kaynaklanıyordu.

Çalışmamızda gittiğimiz toplam 30 ASM'nin her birinde ortalama olarak 5,70 ± 1,87 (min: 2, max: 9) aile hekimi görev yapmaktaydı. Aktaş EÖ ve arkadaşlarının 2010 yılında altı ilde çalışan 104 aile hekiminde yapmış olduğu çalışmaya katılan

aile hekimlerinin çalıştığı ASM'deki ortalama aile hekimi sayısı 4,73 ± 2,21 olarak bulunmuştur (35).

Çalışmaya katılan 629 hastanın yaş ortalaması 40,13 ± 14,79 (min: 18, max: 82) yıldı. Katılımcıların %70,3'ü (n=442) kadın, %29,7'si (n=187) erkekti. Tayfun Aydın ve arkadaşlarının Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde yapmış olduğu çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 42,00 ± 20,83 yıldı. Bunların %51,53'ü erkek, %48,47'si ise kadındı (36). Bu çalışmanın acil serviste yapılmış olması sebebi ile bizim yaptığımız çalışma ile aralarında cinsiyet oranlarında fark olmuş olabilir. ASM ziyaretlerinin mesai saatleri dâhilinde olması sebebi ile çalışan erkek hastaların kadınlara oranla daha az ASM ziyaretinde bulunması ve çalışmaya katılan kadın hastaların çoğunluğunun ev hanımı olması bu duruma sebep olmuş olabilir.

Katılımcıların %9,1'i (n=57) okuryazar değildi; %3,8'i (n=24) okuryazardı. Yüzde 46,3'ü (n=291) ilköğretim mezunu, %24''ü (n=151) lise mezunu, %16,8'i (n=106) ise üniversite mezunuydu. Yurdanur Demir ve arkadaşlarının 2005'de bir eğitim hastanesinde yapmış olduğu çalışmaya katılan 165 hastanın eğitim durumlarına bakıldığında %6,7'sinin okuryazar olmadığı, %49,7'sinin ilköğretim mezunu, %17,6'sının lise mezunu, % 26,1'inin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (37).

Meslek gruplarına göre katılımcılara baktığımızda; %56,3'ü (n=354) ev hanımı, %13,5'i (n=85) memur, %3,8'i (n=24) işçi, %12,2'si (n=77) emekli, %6,9'u (n=43) serbest meslek (kendi işi ile meşgul), %5,9'u (n=37) öğrenci, %1,4'ü (n=9) ise çalışmıyordu. Yurdanur Demir ve arkadaşlarının 2005'de bir eğitim hastanesinde yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların meslekleri; %34,5 ev hanımı, %14,5 emekli, %26,1 memur, %24,8 serbest meslek olarak bulunmuştur (37). Bu çalışmada ev hanımı oranı bizim çalışmamıza göre daha düşüktü, mesai saatlerinde çalışıyor olan memurların ve işçilerin oranı ise bizim çalışmamızda daha düşük olarak bulundu. Muhtemelen çalışmamızı birinci basamak sağlık kuruluşunda yürütmüş olmamızdan dolayı bu fark meydana geldi.

Katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda ise %80,6'sı (n=507) evli, %13,5'i (n=85) bekâr, %5,9'u (n=37) ise duldu. Yurdanur Demir ve arkadaşlarının

2005'de bir eğitim hastanesinde yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların medeni durumları; %71,5 evli, %28,5 bekâr olarak bulunmuştur (37). Bu sonuçlar ile bekârların birinci basamak sağlık kuruluşuna daha az başvurduğunu görmekteyiz.

Katılımcıların %30'unun (n=189) kronik hastalığı vardı, %70'inin (n=440) ise yoktu. Arzu Araz ve arkadaşlarının İzmir'de yürütmüş olduğu çalışmada kadınların %23'ü, erkeklerin ise %16'sı kronik hastalık bildirmiştir (38). ASM'de yürütmüş olduğumuz çalışmaya daha çok raporlu ilaç yazdırmaya kronik hastalık sahibi hastaların gelmesinden dolayı arada fark olmuş olabilir.

Aile hekimlerinin yaş ortalaması ile toplam kayıtlı hasta nüfusları, bir ay içerisinde ziyarete gelen toplam ve kayıtlı hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü. Hekimlerin yaşları arttıkça toplam hasta nüfusları, bir ay içerisinde ziyarete gelen toplam ve kayıtlı hasta sayısı da artmaktaydı. Bu durumun, hastaların daha çok yaşı büyük olan tecrübeli ve deneyimli hekimleri tercih etmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Abghari ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları araştırmada hastaların çoğunun hekim yaş tercihinin olmadığı, olanların arasında da kendileri ile aynı yaşta olan hekimleri tercih ettikleri görülmüştür, (39). Bu durum muhtemelen ABD ile ülkemiz arasındaki kültür farkından kaynaklanmaktadır.

Yaşı büyük olan aile hekimlerinin kayıtlı hastalarının, yaşı küçük olanların hastalarına göre mesai saatleri dışında kendileri ile daha çok iletişime geçebildiği bulundu. Hastaların, yaşı büyük olan aile hekimlerinin tecrübelerine daha fazla güvenmesi ve aile hekimlerinin daha uzun süredir hekimlik yapıyor olması sebebiyle hasta-hekim ilişkilerinin muhtemelen daha iyi olmasından dolayı hastalar, yaşı daha büyük olan hekimler ile mesai saatleri dışında daha çok iletişim kurabiliyor olabilir. Kanada'da Eric J. Crighton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimin yaşının, hekimlerin mesai saati dışında hizmet sağlama olanağını etkilemediği belirtilmiştir. Genel olarak Kanadalı aile hekimlerinin %62'sinin mesai saati dışında hizmet verdiği tespit edilmiştir (40). Bu durumun sebebi, Kanada'da yaşayan hastaların mesai saati dışında hekimleri ile iletişime geçme durumunun daha yaygın olmasından (%62), ülkemizde ise hastalarımızın daha az iletişime geçmelerinden (%18), aile hekimliği mevzuatında da böyle bir zorunluluk olmamasından dolayı,

hastaların iletişime geçtikleri zaman da daha çok yaşı büyük tecrübeli hekimleri tercih etmeleri olabilir.

Aile hekimlerinin hastaneye yönlendirdiği hastalarının durumu hakkında bilgi veren raporlarını takip etme durumlarına baktığımızda daha çok yaşı küçük olan aile hekimlerinin bu raporları takip ettiği bulundu. Hekimlik tecrübesi daha az yaşı küçük olan aile hekimlerinin hastalarının durumunu daha çok merak etmesinden, hastalığın gidişatını öğrenerek kendilerini geliştirmek istemelerinden dolayı bu raporları daha çok takip ediyor olabilirler.

Erkek ve kadın aile hekimleri açısından HVSİ'ye baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olduğu görüldü. Erkek aile hekimlerinde (%75) HVSİ, kadın aile hekimlerine (%69) göre daha yüksekti. Yani erkek aile hekimleri kadın aile hekimlerine göre daha çok kayıtlı hastalarına bakıyordu. Bu durumun sebebi erkek aile hekimlerinin kayıtlı olmayan hastaları (misafir hastalar gibi) fazla kabul etmemesi veya erkek aile hekimlerinin kayıtlı hastalarının mümkün olduğu kadar kendi aile hekimlerini tercih etmeleri olabilir. Abghari ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları araştırmada hastaların hekim tercihlerinde cinsiyetin pek öneminin olmadığı belirtilmekle beraber daha çok erkek hekimleri tercih ettikleri görülmüştür (39).

Erkek aile hekimleri kadın aile hekimlerine göre hastalarının kendileri ile mesai saati dışında daha çok iletişime geçtiği cevabını verdi. Kadın aile hekimlerinin iş dışında ev ve çocuk gibi sorumluluklarının daha fazla olması buna sebep olmuş olabilir. Kanada'da Eric J. Crighton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre kadın hekimlerin mesai saati dışında hizmet vermelerinin daha az olası olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi olarak kadın aile hekimlerinin daha fazla aile sorumluluğunun olması gösterilmiştir (40).

Kadın aile hekimleri erkek aile hekimlerine göre hastaneye yönlendirdikleri hastalarının durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları daha çok takip etmekteydi. Bu durumun sebebi kadın aile hekimlerinin hastalarının durumunu daha çok merak etmesi, hastalığın gidişatını daha çok öğrenmek istemesi olabilir.

Aile hekimlerinin hekimlik yapma süresi arttıkça toplam hasta nüfusu, bir ay içerisinde ziyarete gelen toplam hasta ve kayıtlı hasta sayısı da artmaktaydı. Bu

durum hastaların daha çok hekimlik tecrübesi fazla olan hekimleri tercih etmelerinden, hekimlik yapma süresi fazla olan aile hekimlerinin muhtemelen hastaları ile iletişimlerinin daha iyi olmasından dolayı olabilir. Abghari ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları araştırmada hastaların daha çok 11-20 yıldır çalışan yani daha uzun süredir hekimlik yapan hekimleri tercih ettikleri görülmüştür (39).

Hekimlik ve aile hekimliği yapma süresi daha fazla olan aile hekimlerinin kayıtlı hastalarının, hekimlik ve aile hekimliği yapma süresi daha az olan hekimlerin hastalarına göre kendileri ile mesai saatleri dışında daha çok iletişime geçebildiği bulundu. Hastaların, hekimlik ve aile hekimliği yapma süresi fazla olan aile hekimlerinin tecrübelerine daha fazla güvenmesi ve aile hekimlerinin daha uzun süredir hekimlik ve aile hekimliği yapıyor olması sebebiyle hasta-hekim ilişkilerinin muhtemelen daha iyi olmasından dolayı hastalar, bu hekimler ile mesai saatleri dışında daha çok iletişim kurabiliyor olabilir. Yaptığımız çalışmada aile hekiminin yaşı ile hekimlik ve aile hekimliği yapma süresi arasında pozitif bir ilişki mevcuttu. Kanada'da Eric J. Crighton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimin yaşının, hekimlerin mesai saati dışında hizmet sağlama olanağını etkilemediği belirtilmiştir (40). Yani Kanada'da hekimin hekimlik yapma süresinin mesai saati dışında hizmet sağlama olanağını etkilemediği anlamını çıkarabiliriz. Bu farklılığın sebebi ülkemizde mesai saati dışı iletişimin Kanada'da olduğu kadar yaygın olmaması olabilir.

Aile hekimlerinin hekimlik ve aile hekimliği yapma süreleri ile kendilerine kayıtlı olan hastalarını tanıma yüzdeleri arasında anlamlı bir ilişki vardı. Bu süreler arttıkça aile hekimlerinin hastalarını tanıma yüzdeleri de artmaktaydı. Hekimliğe yeni başlamış olan hekimlerin kayıtlı hastaları ile iletişim kurdukları sürenin daha kısa olması buna sebep olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin aile hekimliği yapma süreleri arttıkça toplam hasta nüfuslarının da arttığı bulundu. Aile hekimliği tecrübesi daha fazla olan hekimler, hastalar tarafından daha çok tercih ediliyor ve daha çok tanınıyor olması bu duruma sebep olmuş olabilir. Abghari ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları

araştırmada hastaların daha çok 11-20 yıldır çalışan yani daha uzun süredir hekimlik yapan hekimleri tercih ettikleri görülmüştür (39).

Aile hekimlerine yönlendirilen "bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?" sorusuna verdikleri disiplinler arası süreklilikle ilgili cevapların puan ortalaması, aile hekimliği yapma süresi daha fazla olanlarda daha yüksekti. Aile hekimliği yapma süresi daha fazla olanların tecrübelerine daha çok güvenmelerinden ve hastalarını daha az sevk etmek istemelerinden dolayı disiplinler arası süreklilikle ilgili puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olabilir.

Aile hekimlerinin çalıştıkları ASM'den ikamet adreslerine olan uzaklık ile toplam kayıtlı hasta nüfusları arasında anlamlı bir ilişki vardı. Aile hekimlerinin evleri ile ASM arasındaki mesafe azaldıkça toplam hasta nüfuslarının arttığı bulundu. Yapmış olduğumuz çalışmada ASM ile evleri arasındaki mesafe kısa olan hekimlerinin bulunduğu ASM'de aile hekimliği yapma sürelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Aile hekimliği yapma süresi fazla olan hekimlerin daha çok tanınıyor olmasından dolayı kayıtlı hasta sayıları daha fazla olabilir.

Aile hekimlerinin ikamet adresleri ASM'ye yakınlaştıkça HVSİ'nin arttığı görüldü. İkamet adresleri ASM'ye yakın olan aile hekimlerinin yaşları, hekimlik ve aile hekimliği yapma süreleri daha yüksekti. Bu sebeple hastalar daha çok tecrübeli hekimleri tercih ediyor olabilir. Aynı zamanda bu aile hekimleri bulunduğu ASM'de daha uzun süredir çalışıyordu ve hastaların daha çok tanıdığı bu hekimleri tercih ediyor olması bu duruma sebep olmuş olabilir.

"Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli olan raporları takip eder misiniz?" sorusuna aile hekimlerinin verdiği cevap ile çalıştıkları ASM'den ikamet adreslerine olan uzaklık arasında anlamlı bir farkın olduğu görüldü. Daha çok ASM ile ikamet ettiği adres arasındaki mesafe uzak olan aile hekimlerinin bu raporları takip ettiği görüldü. Yaptığımız çalışmaya göre ikamet adresi ASM'ye uzak olan hekimler çoğunlukla genç hekimlerdi. Daha genç olan hekimlerin bu raporları daha çok takip ettikleri bulundu. Genç hekimlerin de tecrübesinin daha az olmasından dolayı hastalarının durumlarını daha çok merak ederek takip etmek istemeleri bu duruma sebep olmuş olabilir.

Bulunduğu ASM'de daha uzun süredir çalışan aile hekimlerinin toplam hasta nüfusları da daha fazlaydı. ASM'de uzun süredir hekimlik yapan aile hekimleri hastalar tarafından daha çok tanınmasından dolayı daha çok tercih edilip, daha fazla hasta nüfusları olmuş olabilir. Aynı zamanda yaptığımız çalışma ile uzun süredir ASM'de çalışan aile hekimlerinin daha uzun süredir hekimlik yaptığı bulundu. Bu sebepten dolayı da hastalar daha çok tecrübeli hekimleri tercih etmiş olabilir.

Bulunduğu ASM'de çalışma süresi daha uzun olan aile hekimleri genel olarak hastaları ile iletişimlerinin daha iyi olduğunu belirtti. Aile hekimlerinin ASM'de uzun süredir çalışıyor olması sebebi ile hastalar ve hekimler birbirlerini daha iyi tanıdıklarından aralarındaki ilişki daha iyi olmuş olabilir.

Bulunduğu ASM'de uzun süredir çalışan aile hekimlerine oranla daha kısa süredir çalışan aile hekimlerinin kayıtlı hastalarını tanıma oranlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bulunduğu ASM'de uzun süredir çalışan hekimler daha uzun süredir aile hekimliği yapmaktaydı. Buna bağlı olarakta daha uzun süreli bir hasta hekim ilişkisi olmasından dolayı bu hekimler hastalarını daha çok tanıyor olabilir.

ASM'de çalışma süresi kısa olan aile hekimlerinin hastaneye yönlendirdiği hastalarının raporlarını takip etme durumlarının daha yüksek olduğu görüldü. ASM'deki çalışma süresi kısa olan aile hekimleri daha çok genç olan hekimlerdi. Yaptığımız çalışma ile daha genç olan hekimlerin hastalarının raporlarını daha çok takip ettikleri bulundu.

ASM'de çalışan aile hekimi sayısı arttıkça, hekimlerin kendilerine kayıtlı hasta bakma sayısının ve HVSİ değerinin arttığı görüldü. Yaptığımız çalışmada, ASM'deki aile hekimi sayısı arttıkça, ASM'de çalışan aile hekimlerinin yaş ortalamasının da arttığı bulundu. Yine aile hekimlerinin yaşı arttıkça kendilerine kayıtlı hasta bakma sayılarının da arttığı bulundu. Buna bağlı olarakta aile hekimi sayısı fazla olan ASM'lerde HVSİ değerinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan erkek hastaların yaş ortalaması kadın hastalardan daha yüksekti. Daha genç yaştaki erkek hastaların mesai saatlerinde işlerinde çalışıyor olması, çalışmaya katılan kadınların çoğunun ev hanımı olması ve gebelik takibine veya sağlıklı çocuk takibi için çocuklarını ASM'ye getiriyor olması buna sebep olmuş olabilir.

Yaşları büyük olan hastaların kendi aile hekimlerine bağlı kalma süreleri daha yüksekti. Bu durum yaşlı hastaların daha çok aynı hekimi görmek istemelerinden kaynaklanıyor olabilir. George K Freeman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı hastaların daha çok süreklilik gösterdiği bulunmuştur. Yaşlı hastalar daha çok aynı hekimi görmek istediğini belirtmiştir (41).

Hastaların son bir yıl içerisinde bir sağlık kuruluşuna başvurma sayısı, ASM'ye başvurma sayısı ve kendi aile hekimine yaptığı sağlık başvurularının sayısı yaş ortalamaları arttıkça artmaktaydı. Yaşlandıkça sağlık sorunlarının ve kronik hastalıkların artıyor olması buna sebep olmuş olabilir. Ancak HASİ ile yaş ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Yapılan bir çalışmada hastaların yaşlandıkça sağlık kuruluşuna gitme oranlarının arttığı görülmüştür (42). Fevziye Çetinkaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların yaşları arttıkça aile hekimine başvurma sayılarının da arttığı görülmüştür (43).

Daha çok yaşlı hastalar aile hekimlerinin kendilerini evlerinde ziyaret ettiği cevabını verdi. Yaşlı hastaların daha çok kronik hastalığa sahip olması, düşkün olması veya yatağa bağımlı olması buna sebep olmuş olabilir. Janko Kersnik'in Slovenya'da yaptığı çalışmada daha çok yaşlı hastaların evde ziyaret edildiği belirtilmiştir (44).

Daha çok yaşlı hastalar aile hekimlerinin kendilerini tanıdığı cevabını verdi. Yaptığımız çalışmada genel olarak yaşlı hastaların daha uzun süredir aile hekimlerine bağlı kaldıkları bulundu. Bu bağlı kalma süresinin uzun olmasından dolayı hekimler hastalarını daha çok tanıyor olabilir. Aynı zamanda yaşlı hastaların daha çok kronik hastalığa sahip olması ve buna bağlı olarak da kronik hastalık takibi veya raporlu ilaç yazdırmak için aile hekimi ziyaretini daha fazla yapmalarından dolayı hekimler daha çok bu hastaları tanıyor olabilir.

"Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna hastaların verdikleri cevap ile yaşları arasında anlamlı bir fark vardı. "Hiç önemli değil" ve "Çok önemli" cevabını verenlerin yaş ortalaması en düşüktü, "Çok önemli değil" cevabını verenlerin yaş ortalaması en yüksekti. "Biraz önemli" ve "Önemli" cevabını verenlerin yaş ortalaması ise birbirine yakındı. James W. Mold ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşlı

hastaların aynı hekimi ziyaret etmeye daha meyilli oldukları, hekim değiştirmeye daha gönülsüz oldukları görülmüştür (45).

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması arttıkça aile hekimleri ile olan ilişkilerinin de daha iyi olduğu görüldü. Muhtemelen yaşlı hastaların hayat tecrübelerinin, buna bağlı olarakta insan ilişkilerinin daha iyi olması buna sebep olmuş olabilir. Aynı zamanda aile hekimlerine bağlı kalma süresi daha yüksek olan yaşlıların hekimleri ile daha uzun süredir iletişim halinde olmalarından dolayı birbirlerini daha iyi tanıyarak daha iyi iletişim kurmuş olabilirler. B. Mitchell Peck'in ABD'de yaptığı çalışmada, yaşlı hastaların hekimleri ile olan iletişimlerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu sebeple de yaşlı hastaların memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (46).

HASİ erkek hastalarda kadınlara oranla biraz daha yüksekti. Daha az sayıda sağlık başvurusu yapan erkek hastaların sağlık kuruluşu başvurularında da daha çok kendisini bilen tanıyan hekimlerini tercih etmek istemeleri bu duruma sebep olmuş olabilir. Fevziye Çetinkaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların toplam %76,3'ü aile hekimine başvuruda bulunmuştur. Kadınların %71,5'i, erkeklerin ise %81'i aile hekimine başvurmuştur (43). Bu çalışmaya göre erkeklerde sürekliliğin daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.

Eğitim seviyeleri düşük olan hastaların, eğitim seviyesi yüksek olan hastalara oranla, son bir yıl içerisinde bir sağlık kuruluşuna başvurma sayıları, ASM'ye başvurma sayıları ve kendi aile hekimlerine sağlık başvurusunda bulunma sayıları daha yüksekti. Bunun sebebi yaptığımız çalışmaya göre eğitim seviyesi daha düşük olan hastaların daha çok yaşlı hastalar olması ve bu hastalarında daha çok kronik hastalığa sahip olmasından dolayı daha çok sağlık kuruluşuna başvuruyor olmaları olabilir. Ancak eğitim seviyeleri ile HASİ arasında anlamlı bir ilişki yoktu.

Aile hekimi değişikliğini en az lise ve üniversite mezunlarının yaptığı bulundu. Aynı zamanda "sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna hastaların verdikleri cevap ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark vardı. Lise ve üniversite mezunları, okuryazar olmayanlara ve okuryazarlara oranla "Çok önemli" cevabını daha çok verdi. "Önemli" cevabını en çok okuryazarlar, "Biraz önemli" cevabını en çok

okuryazar olmayanlar verdi. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların, daha çok kendilerini tanıyan, sağlık durumlarını bilen aynı hekimi ziyaret etmenin öneminin bilincinde olması bu duruma sebep olmuş olabilir. Bu sebeple daha az hekim değişikliği yapmış olabilirler. James W. Mold ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanların aynı hekime devam etmeye meyilli oldukları görülmüştür (45).

En çok üniversite mezunları mesai saati dışında aile hekimleri ile iletişime geçebildiğini belirtirken, en az okuryazar olmayanlar ve okuryazarlar iletişime geçtiğini belirtti. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların özgüvenlerinin daha yüksek olması ve daha bilinçli olmalarından dolayı daha çok iletişime geçmiş olabilirler.

ASM'ye muayeneye geldiğinde en çok beklediğini belirten okuryazar olmayanlar ve okuryazarlardı, üniversite ve lise mezunları ise en az beklediğini belirtti. Conrad Musinguzi'nin yapmış olduğu bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bekleme sürelerinin azaldığı belirtilmiştir (18).

Ev hanımı, emekli ve serbest meslek sahibi olanların sağlık kuruluşu başvuru sayılarının, ASM'yi ziyaret etme sayılarının ve kendi aile hekimine sağlık başvurusu yapma sayılarının en yüksek olduğu, memurların, işçilerin ve hiçbir işte çalışmayanların daha az başvuru sayısının olduğu, öğrencilerin ise en az başvuru sayısına sahip olduğu bulundu. Ev hanımı, emekli ve serbest meslek sahibi olanların sağlık kuruluşu başvurusu yapmak için zamanlarının daha müsait olması, memurların ve işçilerin mesai saatlerinde çalışıyor olması, öğrencilerin ise genelde genç olmalarından dolayı sağlık problemlerinin olmaması buna sebep olmuş olabilir. Ancak HASİ ile hastaların meslekleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Kuzey Kore'de Bo-Ram Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada iş sahibi olanların olmayanlara oranla doktoru daha az ziyaret ettiği bulunmuştur (47).

En çok işçiler, emekliler ve serbest meslek sahibi olanlar aile hekimini değiştirirken, aile hekimini en az değiştirenler memurlardı. Emeklilerin ve serbest meslek sahibi olanların memurlara oranla daha fazla aile hekimlerini ziyaret etmelerinden dolayı gerekli gördüklerinde aile hekimlerini değiştirmiş olabilirler. İşçiler ise daha çok ulaşım zorluğundan dolayı aile hekimlerini değiştirdiğini belirtti.

Hastaların çoğunluğu ise aile hekiminin kendisinin değişmesinden dolayı aile hekiminin değiştiğini belirtti.

Emekliler, ev hanımları ve serbest meslek sahipleri en yüksek oranda aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtirken, öğrenciler ve işçiler en düşük oranda aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti. Yaptığımız çalışmada en çok kendi aile hekimine başvuranların emekliler, ev hanımları ve serbest meslek sahipleri olduğu bulundu. Bu sebepten dolayı bu hastaları aile hekimleri daha çok tanıyor olabilir.

En çok serbest meslek sahibi olanlar ve memurlar kendi aile hekimleri ile mesai saati dışında iletişime geçebildiğini belirtirken, en az öğrenciler iletişime geçtiğini belirtti. Öğrencilerin yaşlarının genç olması ve sağlık sorunlarının yaşlılara göre daha az olması sebebiyle daha az hekimleri ile mesai saati dışı iletişim kurmuş olabilirler. Muhtemelen memurların daha bilinçli olmasından dolayı hekimleri ile mesai saati dışında daha çok iletişime geçmiş olabilirler.

Son bir yıl içerisindeki bir sağlık kuruluşuna başvurma sayısı, ASM'ye sağlık başvurusu yapma sayısı ve sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapma sayısı en yüksek olan dullar ve evlilerdi, bekârlar ise en az sayıda başvuru yapmışlardı. Yaptığımız çalışmada en çok dulların ve evlilerin kronik hastalığının olduğu bulundu. Buna bağlı olarak en çok dulların ve evlilerin bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu düşünebiliriz. Ancak HASİ ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktu. Kuzey Kore'de Bo-Ram Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada evli olanların bekârlara oranla doktoru daha çok ziyaret ettiği bulunmuştur (47).

Evlilerin ve dulların aile hekimlerini değiştirme oranları bekârlara göre daha yüksekti. Yaptığımız çalışmada evlilerin ve dulların, bekârlara oranla daha çok bir sağlık kuruluşuna ve kendi aile hekimine başvurduğu bulundu. Buna bağlı olarak da hekimlerinden memnun kalmadıklarında veya aile hekimlerine ikamet adresleri uzak olduğunda hekimlerini değiştirmiş olabilirler.

Aile hekimleriyle olan iletişiminin "Mükemmel" olduğu cevabını en çok dullar, "İyi" cevabını en çok evliler, "Orta" cevabını en çok bekârlar verdi. Yaptığımız çalışmada dulların yaş ortalamasının en yüksek, bekârların ise en düşük olduğu bulundu. Yaşlı hastaların hekimleri ile iletişimleri genel olarak daha iyiydi.

B. Mitchell Peck'in ABD'de yaptığı çalışmada, yaşlı hastaların hekimleri ile olan iletişimlerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu sebeple de yaşlı hastaların memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (46). Ahmet Gezergün ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre ise evli olan hastaların hekimleri ile olan iletişimleri bekârlara oranla daha olumlu bulunmuştur (48).

Çocuk sahibi olanların son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma sayıları ve ASM'ye yaptıkları başvuru sayısı çocuğu olmayanlara göre daha yüksekti. Çocukların yetişkinlere oranla daha sık hastalanmasından, özellikle birinci basmakta sağlam çocuk takibinin yapılmasından dolayı çocuklu aileler daha sık sağlık kuruluşuna başvuruda bulunabilirler.

Çocuk sahibi olanların aile hekimlerini değiştirme oranları olmayanlara göre daha yüksekti. Çocuk sahibi olanların, olmayanlara oranla daha çok aile hekimini ziyaret etmelerinden dolayı memnun kalmadığı veya evine uzak olan hekimi değiştirmiş olabilir.

Daha çok çocuk sahibi olanlar aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti. Yine bu durum muhtemelen çocuk sahibi olan hastaların daha çok aile hekimini ziyaret etmelerinden dolayı olabilir.

"Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?" sorusuna daha çok çocuk sahibi olmayanlar "Çok önemli" ve "Önemli" cevabını vermişti. Çocuk sahibi olanlar her ziyarette aynı hekim olmasından daha çok tecrübeli bir hekimin olmasını daha çok tercih ediyor olabilirler.

Gebe olmayan kadın hastalar daha uzun süredir aile hekimine bağlıydı. Gebe olmayan hastalar daha yaşlı hastalardı. Yaşlı hastaların kendi aile hekimlerine bağlı kalma süreleri daha yüksekti. Bu durum yaşlı hastaların daha çok aynı hekimi görmek istemelerinden kaynaklanıyor olabilir. George K Freeman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı hastaların daha çok devamlılık gösterdiği bulunmuştur. Yaşlı hastalar daha çok aynı hekimi görmek istediğini belirtmiştir (41).

Kronik hastalık sahibi olanların son bir yıl içerisindeki sağlık kuruluşu başvuru sayılarının, ASM'ye başvurma sayılarının ve sağlık başvurularını kendi aile hekimlerine yapma sayılarının daha yüksek olduğu bulundu. Kronik hastalığı

olanların daha çok sağlık kontrolüne gitmeleri ve raporlu ilaçlarını yazdırmaları buna sebep olmuş olabilir. Ancak HASİ ile hastaların kronik hastalık durumları arasında anlamlı bir fark yoktu. Alan Katz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık kuruluşuna en çok giden ve en çok bu hizmetten yararlanan kişiler olduğu belirlenmiştir (49). Yine Kuzey Kore'de Bo-Ram Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olanların olmayanlara oranla doktoru daha çok ziyaret ettiği bulunmuştur (47).

Daha çok kronik hastalığı olanların aile üyelerinin kendi aile hekimlerini ziyaret ettiği bulundu. Bu durumun sebebi kronik hastalığı olan hastaların raporlu ilaçlarını yazdırmak için hastanın aile üyelerinin kendilerini tanıyan, bilen kendi aile hekimlerine gitmeleri olabilir.

Kronik hastalık sahibi olanların aile hekimlerini değiştirme oranları olmayanlara göre daha yüksekti. Kronik hastalığı olanların daha çok aile hekimi ziyaretinde bulunduğu belirlendi. Dolayısıyla hastalar hekimlerinden memnun kalmadığında veya hekimlerinin evlerine uzak olması durumlarında hekimlerini değiştirmiş olabilirler.

Daha çok kronik hastalık sahibi olanlar aile hekimlerinin kendilerini tanıdığını belirtti. Yine bunun sebebi muhtemelen kronik hastalığı olanların daha çok aile hekimi ziyaretinde bulunuyor olması ve buna bağlı olarakta hekimi ile daha sık iletişim kuruyor olması olabilir.

Kronik hastalığı olanlar aile hekimleriyle olan iletişimlerinde "Mükemmel" ve "İyi" cevabını daha çok verirken, "Orta" cevabını ise daha çok kronik hastalığı olmayanlar verdi. Kronik hastalığı olanların olmayanlara oranla daha çok aile hekimi ziyaretinde bulunuyor olması, daha sık iletişim kuruyor olması ve daha yaşlı hastalar olması sebebiyle iletişimleri daha iyi olmuş olabilir.

Kronik hastalık sahibi olanlar aile hekimlerini ziyarete gittiklerinde daha çok beklediğini, olmayanlar ise daha az beklediğini belirtti. Yaptığımız çalışmada kronik hastalığı olanların eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu bulundu. Conrad Musinguzi'nin yapmış olduğu bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bekleme sürelerinin azaldığı belirtilmiştir (18).

Hizmetin sürekliliği aile hekimliğinin mihenk taşı olarak değerlendirilir ve (4, 50) hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisidir. Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin en çok erişim kolaylığı ve algılanan hekim becerisinden etkilenmiş olduğu gösterilmiştir (51). MAJ Eric D. Morgan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada randevuların kolaylığının aile hekimliği polikliniğini düşük kullanan hastalar (≤3 ziyaret / yıl) için daha önemli olduğu, yüksek poliklinik kullanıcıları (≥10 ziyaret / yıl) için ise sürekliliğin erişimden daha önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür (52). Aile hekimliği polikliniğini yüksek oranda kullanan hastaların düşük kullanımlı hastalara göre daha yüksek birinci basamak hekimi memnuniyetine ve bir çok ziyaretlerinde daha iyi sürekliliğe sahip olduğu bulunmuştur (52).

Yapmış olduğumuz çalışmada ASM'lerde randevu sisteminin olduğu bulundu. Ancak hastalar tarafından aktif olarak kullanılmamaktaydı. Hastaların randevu sistemi konusunda bilinçlendirilmesi sonucunda özellikle aile hekimi ziyaretini az yapan sağlıklı, genç hastalarda süreklilik daha yüksek düzeyde sağlanmış olur. Poliklinik ziyaretini daha fazla yapan kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda da hastalık takiplerinin kendilerini bilen hekim ile daha iyi yapılması sağlanması için süreklilik artırılmaya çalışılmalıdır. MAJ Eric D. Morgan ve arkadaşlarına göre birinci basamak hizmet verenleri, daha fazla kronik hastalığa sahip olan yüksek kullanımlı hastalar üzerinde süreklilik çabalarına odaklanmalıdır ve bu durumunda potansiyel artan süreklilikden daha fazla fayda sağlanacaktır. Genç ve sağlıklı ailelerin seyrek olan sağlık ziyaretleri için hızlı ve kolay erişime odaklanan birincil hizmete sahip olunması gerekmektedir (52). Süreklilik poliklinik ziyaretini sık yapan hastalar için çok önemli olmaya başlamıştır ve birinci basamak hizmet verenlerine randevu almanın kolaylaştırılması gerekmektedir. Bu ihmal edilirse, memnuniyetsizlik artacaktır. Bu nedenle rutin randevular için erişimin artırılmasını vurgulamak avantajlı görünmektedir (52).

Hizmetin sürekliliğinin artırılması sonucunda hekim ve hasta iletişimi daha iyi olur. Birbirlerine olan güven ve hekimin hastasına karşı duyduğu sorumluluk artar. Bu durum da hizmetin kalitesini artırır. Arch G. Mainous ve arkadaşlarına göre süreklilik ne kadar fazlaysa hasta ve hekim arasındaki güven de o kadar yüksektir. Güveni artırmak için sürekliliği artırmak gerekmektedir. Sürekliliği artırmak için

yapılan çabalar hasta ve onun doktoru arasındaki ilişkiyi geliştirir, bu durum da kaliteyi ve hizmetin sonuçlarını iyileştirir (53).

Paul A. Nutting ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada aşırı düşük veya yüksek yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, tıbbi bakım sigortası, kronik durumların ve ilaçların sayısı ve uygulamadaki ziyaret sayısı süreklilik üzerine yerleştirilen daha yüksek bir değer ile ilişkili bulunmuştur. Ziyaretlerde hekimin memnuniyeti sürekliliğe değer veren ve düzenli hekimlerini gören hastalar arasında en iyi olduğu bulunmuştur (54).

Vincent S. Fan ve arkadaşlarına göre kişinin kendisi tarafından bildirilmiş olan hizmetin sürekliliği kuvvetle yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (55). John W. Saultz ve Jennifer Lochner'e göre anlamlı bir ilişki kişilerarası süreklilik, geliştirilmiş koruyucu hizmet ve azaltılmış hastanede yatış ile var olur. Kişilerarası süreklilik önleyici hizmetlerin gelişmiş teslimi ve hastanede yatışın düşük oranları ile ilişkilidir (56).

Denis Pereira Gray ve arkadaşlarına göre sürekliliğin koruyucu hizmet alımını artırdığına dair güçlü kanıtlar vardır. Tıbbi tedavileri geliştirdikçe bağlılık giderek daha önemli hale gelir. Sürekliliğin tedaviye uyumu artırdığına dair kanıtlar mevcuttur (57).

Her hastanın bağlı olduğu ASM'nin coğrafi olarak ulaşımının kolay olması halinde sürekliliğin ve buna bağlı olarak da memnuniyetin daha yüksek olacağını düşünmekteyiz. Hasta-hekim iletişimini iyileştirmek amacı ile yapılacak olan çalışmalar sonucunda hizmetin sürekliliği artacaktır. Hastaların her sağlık hizmet ihtiyaçlarında kendi aile hekimlerine ulaşabilmeleri sağlanmalıdır. Hastaların her ASM ziyaretinde kendi aile hekimi ile görüşebilmesi durumunda hasta-hekim iletişimi daha iyi olur ve birbirlerini daha iyi tanırlar. Hastasını iyi tanıyan hekimin hastası için en uygun tedavi modelini seçmesi daha kolay olur. Bu durum hasta memnuniyetini ve hekimin mesleki tatmini ile memnuniyetini artırmış olur. MAJ Eric D. Morgan ve arkadaşları, hasta acil ziyaret için atanmış olan hizmet verenini göremediğinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük memnuniyet olmamasına rağmen, birden fazla ziyaret boyunca düzenli olarak kişinin hizmet

verenini görememesi durumunda anlamlı derecede düşük memnuniyet olduğunu bulmuştur (52).

Yapılan çalışmalar hasta memnuniyetinin süreklilik ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (41, 58-60). Sürekliliğin ve buna bağlı olarak da hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için hastaların memnun kalmadığı hekimlerini değiştirip, memnun kaldığı hekimi bulduklarında da onunla istikrarlı bir şekilde sağlık hizmet ihtiyaçlarını karşılaması gerekmektedir. MAJ Eric D. Morgan ve arkadaşları hastaların hizmet veren ile memnun olmaması durumunda hizmet vereni değiştirme yetkisinin verilmesini önermektedir. Memnuniyetsizlik yüzünden hem acil ziyaret için hemde hizmet verenini değiştirmek için hastalara hizmet verenlerini seçme hakkı verilmesi gerekmektedir. Bu durum uzun vadeli sürekliliği artırmak için önemlidir (52).

Yaptığımız çalışmada hastaların daha çok yaş ve hekimlik yapma süresi fazla olan hekimleri, bulunduğu ASM'de daha uzun süredir çalışan tanıdık hekimleri tercih ettikleri bulundu. Sürekliliğin sağlanabilmesi için hekimlerin bilgi seviyelerinin artırılması, hekimlik becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Hastalar tarafından daha iyi tanınmaları için bulundukları ASM'de daha uzun süre hizmet vermeleri sağlanmaya çalışılmalıdır. Hastaların da hizmetteki süreklilik ve bu durumun getireceği faydalar konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Evi çalıştığı ASM'ye yakın olan aile hekimlerin de sürekliliğin daha yüksek olması sebebiyle hekimlerin ASM'ye yakın yerlerde ikamet etmeye teşvik edilmesi önerilebilir. Bu durum sayesinde hekimler kendilerine kayıtlı olan nüfusun sosyokültürel ve ekonomik yapısını daha iyi tanımış olur. Aynı zamanda hasta ve hekim iletişiminin daha da iyileştirilmesine yönelik çabalarında yine sürekliliği artıracağını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Süreklilik, hastaları bir bütün olarak ele alan, hastanın sağlık ihtiyaçlarını yöneten tek bir hekim varlığında meydana gelmiş olur. Sağlık hizmetlerinin etkili ve tam olarak yerine getirilmesinde "hizmetin sürekli" verilmesi esastır.

Hizmetin sürekliliği sonucunda güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi oluşması hastanın tedaviye uyumunu ve hastayla iletişimin etkinliğini artırır. Etkili ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumunda, sorunlara en mantıklı ve ekonomik yaklaşımı seçen tek bir doktorun olduğu aile hekimliği uygulaması vazgeçilmezdir. Hastanın "doktorum beni bilen kişidir'' güvenini hissetmesi önemlidir.

Sürekliliğin sağlanabilmesi için hekimlerin bilgi seviyelerinin artırılması ve hekimlik becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Hastalar tarafından daha iyi tanınmaları için bulundukları ASM'de daha uzun süre hizmet vermeleri sağlanmaya çalışılmalıdır. Hastaların hizmetteki süreklilik ve bu durumun getireceği faydalar konusunda bilinçlendirilmesi ve memnun kaldıkları hekimi bulup bu hekimle istikrarlı bir şekilde devam etmeleri önerilmektedir.

Hekimlerin ASM'ye yakın yerlerde ikamet etmeye teşvik edilmesi önerilebilir. Bu durum sayesinde hekimler kendilerine kayıtlı olan nüfusun sosyokültürel ve ekonomik yapısını daha iyi anlamış olur. Her hastanın bağlı olduğu ASM'nin coğrafi olarak ulaşımının kolay olması, her sağlık hizmet ihtiyaçlarında kendi aile hekimlerine ulaşabilmeleri ve randevu sisteminin etkin kullanımı yine sürekliliği ve buna bağlı olarakta memnuniyeti yükseltecektir.

Hasta hekim iletişiminin iyileştirilmesi için gerekli iletişim becerilerinin kazandırılması ve gerekli ortamın sağlanması sonucunda da hizmetin sürekliliği artırılmış olur.

Çalışmamızın sadece il merkezinde yürütülmüş olması çalışmanın kısıtlılığını gösterir. İleride benzer bir çalışma yapılması durumunda ilçe ve köylerde bulunan aile sağlığı birimlerinin de çalışmaya dâhil edilmesi durumunda daha anlamlı bir sonuç ortaya çıkacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Europe W. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Evans P(Editör), Başak O(Çeviri editörü) Barcelona. 2005.
2. Bass RD, Windle C. Continuity of care: an approach to measurement. American Journal of Psychiatry. 1972;129(2):196-201.
3. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. The Annals of Family Medicine. 2003;1(3):134-43.
4. Hennen B. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. The Journal of family practice. 1975;2(5):371-2.
5. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. American journal of public health. 1980;70(2):122-7.
6. Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Medical care. 1976:377-91.
7. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
8. Saultz JW. Textbook of family medicine: Continuity of care. New York: McGraw-Hill; 2000.
9. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. Academic Medicine. 1975;50(10):965-9.
10. Shorr GI, Nutting PA. A population-based assessment of the continuity of ambulatory care. Medical care. 1977:455-64.
11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology: Oxford University Press; 1998.
12. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ: British Medical Journal. 2003;327(7425):1219.
13. Loxterkamp D. Being there: on the place of the family physician. The Journal of the American Board of Family Practice. 1991;4(5):354-60.
14. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. Medical care. 1977;15(4):347-9.

15. Rae DW, Taylor M. The analysis of political cleavages: Yale University Press; 1970.
16. Erickson E, Mattson L. Quantitative measurement of continuity of care. Medical Care. 1983;21:858-75.
17. Magill M, Senf J. A new method for measuring continuity of care in family practice residencies. The Journal of family practice. 1987;24(2):165-8.
18. Conrad M. Patient waiting time and associated factors at the Assessment Center, General out-patient Department Mulago Hospital Uganda: MAKERERE UNIVERSITY, KAMPALA; 2013.
19. Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures: an analytic and empirical comparison. Medical care. 1984;22(3):231-9.
20. Roos LL, Roos NP, Gilbert P, Nicol JP. Continuity of care: does it contribute to quality of care? Medical care. 1980;18(2):174-84.
21. Rogers J, Curtis P. The achievement of continuity of care in a primary care training program. American journal of public health. 1980;70(5):528-30.
22. Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif; Aile Hekimliği İstanbul: İletisim Yayınları; 1995.
23. McWhinney I. The origins and principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine. 1997:3-28.
24. Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, Yourtee SA. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Medical care. 1976;14(7):625-36.
25. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. American Journal of Public Health. 1974;64(11):1062-70.
26. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. The Journal of family practice. 1996;42(2):129-37.
27. Yıllara Göre İl Nüfusları; Erzurum. 2013; Available from: http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist.
28. İllerin Aldığı, Verdiği Göç, Net Göç ve Net Göç Hızı, Genel Nüfus Sayımları - ADNKS. 2014; Available from: http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist.

29. Lenth RV. Java applets for power and sample size [computer software]. Retrieved February. 2006;3:2010.
30. Kılınç A. Aile Hekimlerinin Kullandıkları Bilgi İşlem Uygulamaları İle İlgili Düşünceleri. Konuralp Tıp Dergisi. 2013;2013(3):1-4.
31. Erdoğan Y, Günaydın İ, Erbay A. Evaluation of the Knowledge of Family Physcians Regarding Tularemia in Yozgat. Gazi Medical Journal. 2015;26(2).
32. Kılıç B, Konakçı SK, Keskinoğlu P, Ergör A, Boya FÖ, Gürsoy G, et al. Narlıdere Bölgesi Sağlık Ocaklarında Verilen İşe Giriş Raporları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, c.11:387-91.
33. Verileri TİKİ. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistik Verileri 2012.
34. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull. 2008;7(5):377-84.
35. Aktaş E, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege J Med. 2012;51:21-9.
36. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2010;9(4):163-8.
37. Demir Y, Arslan GG, Eşer İ, Khorsid L. Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011;19(2):68-76.
38. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(2):112-22.
39. Abghari MS, Takemoto R, Sadiq A, Karia R, Phillips D, Egol KA. Patient Perceptions and Preferences when Choosing an Orthopaedic Surgeon. The Iowa orthopaedic journal. 2014;34:204.
40. Crighton EJ, Bordman R, Wheler D, Franssen E, White D, Bovett M, et al. After-hours care in Canada: analysis of the 2001 National Family Physician Workforce Survey. Canadian Family Physician. 2005;51(11):1504-5.

41. Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. British Journal of General Practice. 1993;43(377):493-7.
42. O'Hara B, Caswell K. Health status, health insurance, and medical services utilization: 2010. Curr Pop Rep. 2012;2012:70-133.
43. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).
44. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. Family Practice. 2000;17(5):389-93.
45. Mold JW, Fryer GE, Roberts AM. When do older patients change primary care physicians? The Journal of the American Board of Family Practice. 2004;17(6):453-60.
46. Peck BM. Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. Current gerontology and geriatrics research. 2011;2011.
47. Wang B-R, Kwon YD, Jeon W, Noh J-W. Factors associated with the frequency of physician visits among North Korean defectors residing in South Korea: a cross-sectional study. BMC health services research. 2015;15(1):90.
48. Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Demir C, Bayer E. Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi Ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. 2006.
49. Katz A, Martens P, Chateau D, Bogdanovic B, Koseva I. Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada? BMC family practice. 2014;15(1):148.
50. McWhinney I. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. The Journal of family practice. 1975;2(5):373-4.
51. Meng Y-Y, Jatulis DE, McDonald JP, Legorreta AP. Satisfaction with access to and quality of health care among Medicare enrollees in a health maintenance organization. Western journal of medicine. 1997;166(4):242.
52. Morgan ED, Pasquarella M, Holman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. The Journal of the American Board of Family Practice. 2004;17(5):341-6.

53. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. Fam Med. 2001;33(1):22-7.
54. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? The Annals of Family Medicine. 2003;1(3):149-55.
55. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Journal of General Internal Medicine. 2005;20(3):226-33.
56. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. The Annals of Family Medicine. 2005;3(2):159-66.
57. Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. Journal of the Royal Society of Medicine. 2003;96(4):160-6.
58. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. Bmj. 1992;304(6837):1287-90.
59. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? The Journal of family practice. 1982.
60. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. The Journal of family practice. 1997.

EKLER

EK-1. HİZMET ALAN ANKETİ

1.	Yaşınız	
2.	Cinsiyetiniz	1- Erkek 2- Kadın
3.	Eğitim durumunuz	1- Okuryazar değil 2- Okuryazar 3- İlköğretim 4- Lise 5- Üniversite
4.	Mesleğiniz	1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest meslek 6. Öğrenci 7. Çalışmıyor
5.	Medeni durumunuz	1- Evli 2- Bekâr 3- Dul
6.	Çocuğunuz var mı?	0- Hayır 1- Evet
7.	Gebelik var mı? (*Kadınlar için*)	0- Yok 1- Var
8.	Kronik bir hastalığınız veya sürekli kullandığınız raporlu ilacınız var mı?	0- Yok 1- Var
9.	Kaç yıldır bulunduğunuz adrestesiniz?	
10.	Bu aile hekimine mi bağlısınız?	0- Hayır 1- Evet
11.	Cevabınız evet ise ne kadar süredir bu aile hekimine bağlısınız?	
12.	Son bir yılda kaç kez bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz?	

13.	Bu başvurulardan kaçı bir aile sağlığı merkezine oldu?	
14.	Son 1 yıldaki sağlık başvurularınızın kaçını kendi aile hekiminize yaptınız?	
15.	Evinizde beraber yaşadığınız birey sayısı kaç?	
16.	Aile hekiminize evinizdeki tüm aile üyeleri tarafından son 1 yılda kaç ziyaret yapılmıştır?	
17.	Aile hekiminize bağlı olduğunuz süre içerisinde aile hekiminiz veya aile sağlığı elemanınız sizi evinizde ziyaret etti mi? (*Aile hekiminizin sizi evinizde ziyaret etme zorunluluğu bulunmamaktadır*)	0. Hayır 1. Evet
18.	Bulunduğunuz adresteyken aile hekiminizi değiştirdiniz mi?	0. Hayır 1. Evet
19.	Değiştirdi iseniz neden?	1. Uyumsuzluk 2. Mevcut aile hekimine ulaşım zorluğu 3. Aile hekimim değişti 4. Diğer…
20.	İkamet adresiniz ile bu ASM arasındaki mesafe kaç km'dir?	
21.	Aile hekiminizi ziyarete gittiğinizde hekiminiz sizi kendisinin kayıtlı hastası olarak tanır mı?	0. Hayır 1. Evet
22.	Sağlık kuruluşuna her başvurduğunuzda aynı hekime muayene olmak sizce ne kadar önemli?	1- Hiç önemli değil 2- Çok önemli değil 3- Biraz önemli 4- Önemli 5- Çok önemli

23.	Aile hekiminize bağlı olduğunuz süre içerisinde hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	0- Hayır (*cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz*) 1- Evet
24.	Bu tedaviye sizi aile hekiminiz mi yönlendirdi?	0- Hayır, kendi isteğimle hastaneye başvurdum 1- Evet, aile hekimim yönlendirdi
25.	Taburcu olurken sağlık durumunuzla ilgili size bir rapor (epikriz) verildi mi?	0- Hayır 1- Evet
26.	Cevabınız evet ise, bu raporu aile hekiminize verdiniz mi?	0- Hayır 1- Evet
27.	Hekiminiz ile iletişiminizin nasıl olduğunu hissediyorsunuz?	1- Kötü 2- İyi değil 3- Orta 4- İyi 5- Mükemmel
28.	Mesai saatleri dışında aile hekiminiz ile iletişime geçiyor musunuz? (*Hekiminizin mesai saati dışında iletişime geçme zorunluluğu bulunmamaktadır*)	0. Hayır 1. Evet
29.	ASM'ne muayeneye gittiğinizde ne kadar süre beklersiniz?	1- Hiç beklemem 2- Kısa süre beklerim 3- Bir süre beklerim 4- Uzun süre beklerim 5- Çok uzun süre beklerim

EK-2. ASM ANKETİ

1.	ASM Adı	
2.	Aile hekiminin yaşı	
3.	Cinsiyeti	1-Erkek 2-Kadın
4.	Kaç yıllık hekimsiniz?	
5.	Kaç yıldır aile hekimisiniz?	
6.	ASM evinizden kaç km uzaklıkta?	
7.	Ne kadar süredir bu ASM'de çalışıyorsunuz?	
8.	Bu ASM'de çalışan kaç aile hekimi mevcut?	
9.	Toplam hasta nüfusunuz ne kadar?	
10.	Geçen ay boyunca polikliniğinize başvuran, kayıtlı hasta sayısı kaçtır? (hekime yapılan toplam ziyaret)	
11.	Geçen ay boyunca polikliniğinize başvuran AHBS'ye kayıtlı hasta sayısı kaçtır? (kayıtlı hastalar tarafından hekime yapılan toplam ziyaret)	
12.	Muayeneye gelen hastanın tıbbi hikâyesini biliyor olmanız sizce ne kadar önemli?	1- Hiç önemli değil 2- Çok önemli değil 3- Biraz önemli 4- Önemli 5- Çok önemli
13.	Size kayıtlı hastalarınız mesai dışı saatlerde sizinle iletişime geçiyorlar mı?	0- Hayır 1- Kısmen 2- Evet

14.	Sizce hastalarınız ile iletişiminiz nasıl?	1- Kötü 2- İyi değil 3- Orta 4- İyi 5- Mükemmel
15.	Size kayıtlı hastaların % kaçını görseniz kendi kayıtlı hastanız olarak tanırsınız?	
16.	Hastaneye yönlendirdiğiniz hastalarınızın mevcut durumu hakkında bilgi almak için gerekli raporlarını (epikrizi, ameliyat raporu vb.) takip eder misiniz?	0- Hayır 1- Kısmen 2- Evet
17.	Hastalarınızın özellikli durumlarının (sigara içme durumu, ilaç veya besin alerjisi, kan uyuşmazlığı vb.) bilgisini kayıt eder misiniz?	0- Hayır 1- Kısmen 2- Evet
18.	ASM'nizde randevu sisteminiz mevcut mu?	0- Hayır 1- Evet
19.	Geçen ay içerisinde size kaç hasta kayıt yaptırdı?	
20.	Geçen ay içerisinde size kayıtlı olan kaç hasta kaydını aldırdı?	
21.	Sizden kaydını aldıran hastalar genelde neden kaydını aldırdı?	1. Bölge değişikliği (göç) 2. Uyuşmazlık 3. Mevcut aile hekimine ulaşım zorluğu 4. Diğer....
22.	Size kayıtlı olan hastalardan mobil hizmet vermek zorunda olduğunuz bölge var mı?	0- Hayır 1- Evet

23.	Sizce size sürekli gelen hastalarınızın sürekli gelme sebepleri nedir?	1. Sürekli kullandıkları raporlu ilaçlarını yazdırmak için 2. Sosyal yardım alabilmek için 3. Kronik hastalıkların takip ve kontrolü için (tansiyon, kolesterol, glikoz vb. takibi) 4. Gebelik ve sağlıklı çocuk takibi 5. Psikolojik tatmin 6. Diğer….
24.	Bütün vücut sistemleri ile ilgili tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadarını yönetirsiniz?	

Hastalıklar	1.Hiç yönetmem	2.Pek yönetmem	3.Bir kısmını yönetirim	4.Çoğunu yönetirim	5.Tamamını yönetirim
Yetişkin üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, otit, sinüzit, faranjit)					
Yetişkin alt solunum yolu hastalıkları (pnömoni, bronşit, KOAH, astım)					
Hipertansiyon					
Diyabetes mellitus					
Kardiyak aritmiler					
Myokard enfarktüsünün akut tedavisi					

Baş ağrıları (migren, küme tipi baş ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı)					
Abse drenajı, minör sütür atımı					
Vajinit					
Endometrit					
PCOS					
Anormal uterin kanamalar					
RİA takılması ve çıkarılması					
Yüzeyel deri enfeksiyonları (fungal ve bakteriyal enfeksiyonlar)					
Depresyon					
Anksiyete					
Akut psikoz					
Obsesif kompulsif bozukluk					
Bipolar afektif bozukluk					
Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, faranjit, sinüzit, otit)					
Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni, bronşit, bronşiolit)					
Süt çocuklarında (1ay-24 ay) üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, faranjit, sinüzit, otit)					
Süt çocuklarında (1ay-24 ay) alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni, bronşit, bronşiolit)					
Yeni doğan dönemi (0-1 ay) enfeksiyon hastalıkları					
Çocukluk dönemi döküntülü hastalıkları					

EK-3. ETİK KURUL ONAYI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/44
Konu : Etik Kurul Kararı

20.02.2015

Sayın: Arş.Gör.Dr.Amine ÖNER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 19.02.2015 tarih ve 1 nolu toplantısında, hazırlamış olduğunuz "**Erzurum İlinde Aile Hekimliğinde Hizmetin Sürekliliğinin Ölçülmesi**" isimli bilimsel tez çalışması protokolü ve ekli belgeleri gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme metni dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurallara uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

EK-4. ERZURUM HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMA İZNİ

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı

Sayı : 42190979-500.04.05-E.1500109505 22.11.2015
Konu : Dr. Amine ÖNER"in Anket Çalışması HK.

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 06.11.2015 tarihli ve 42190979-900-E.1500099877 sayılı belge.

Anabilim Dalımız Araştırma Görevlisi **Dr. Amine ÖNER'in; " Erzurum İlinde, Aile Hekimliğinde Hizmetin Sürekliliğinin Ölçülmesi "** konulu tezinde bulunan anket soruları ile ilgili Rektörlük Makamının 17.11.2015 tarih ve 1500106058 sayılı yazısına binaen Dekanlık Makamının 20.11.2013 tarih ve 1500108972 sayılı yazısı ve ekleri yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve adı geçene tebliğ edilmesini rica ederim.

Prof.Dr. Mehmet GÜNDOĞDU
Bölüm Başkanı

Ek :
1 - 2
2 - 20.11.2015 tarihli 42190979-500.04.05-E.1500108972 Sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel. +90 442 3446500
Elektronik Ağ Sitesi: http://www.atauni.edu.tr/tip/tipfakultesi

Bilgi: Musa DAŞDEMİR
Telefon: 190 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imzayla imzalanmıştır.