

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ
UYGULAMALARINDA BAKIMDA SÜREKLİLİĞİN
DURUMU**

Dr. TÜLİN SEZER

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NAFİZ BOZDEMİR**

ADANA-2008

TEŞEKKÜR

Çağdaş medeniyetler düzeyine çıkabilmemiz için bir ömür boyu hiç durmadan çalışan, hatta bu uğurda canını hiçe sayan ulu önderimiz M. Kemal Atatürk'e, onun silah arkadaşlarına ve aziz şehitlerimize sonsuz minnetlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde emek, destek, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e,

Özenli ve titiz yönlendirmeleriyle tezime ve uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı Doç. Dr. Esra Saatçı, Doç. Dr. Ersin Akpınar, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan Paycı ve Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak'a,

Projemizin tüm aşamalarında katkı ve desteklerini esirgemeyen Uz. Dr. Yücel Uysal'a,

Asistanlığım boyunca bana verdikleri destek ve dostluklarını minnetle anacağım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline,

Bu mücadelelerle dolu eğitim sürecim boyunca hep yanımda olan sevgisinden güç aldığım ve minnettarlığımı kelimelerle anlatamayacağım sevgili anne ve babama,

Projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tülin Sezer

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMA LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1 Aile Hekimliğinin Tanımı ve İçeriği	2
2.1.1 Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplininin Temel Özellikleri	4
2.1.2 Genel pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri	5
2.2 Birinci Basamakta Bakımda Sürekliliğin Tanımı ve Ölçümü	7
2.2.1 Bakımda sürekliliğin Önemi	12
2.2.1.1 Hasta Memnuniyet	14
2.2.1.2 Hekimin Memnuniyeti	14
2.2.1.3 Hizmetin Kalitesi	15
2.2.1.4 Bakımın Maliyeti	15
2.2.2 Birinci Basamakta Süreklilik Ne Zaman ve Kim için Önemlidir?	16
2.2.3 Sürekli Bakımın Ölçülmesi	16
2.3 Birinci Basamakta Bakımda Süreklilik Sağlanabilir mi? Nasıl Sağlanır?	21
2.4 Ülkemizdeki Durum Nedir?	24
3.GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1 Çalışma Evreninin Belirlenmesi ve Örneklem Seçimi	27
3.2 Verilerin Toplanması	28
3.3 Verilerin Değerlendirilmesi	30
4.BULGULAR	31
4.1 Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri	31
4.2 Sağlık Hizmet Sunumunun Özellikleri	35
4.3 Hekimlerin Sürekli Hizmet Kavramı ve Uygulamaları Üzerine Görüşleri	38
5.TARTIŞMA	55
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	71
ETİK KURUL ONAYI	74
ÖZGEÇMİŞ	75

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Tablo Başlığı	Sayfa No:
Tablo 1:	Genel Pratisyenlik/Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlilikleri	6
Tablo 2:	Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliliklerinin açıklamaları	6
Tablo 3:	Kayıtlı Hekimin Geremediği Ölçümler	17
Tablo 4:	Kayıtlı Hekim Gereken Ölçümler	18
Tablo 5:	Ailesel Süreklilik Ölçümleri	18
Tablo 6:	Kişisel Süreklilik Hakkında Hekimlerin Tutumlarını Gösteren İfadeler	29
Tablo 7:	Hekimlerin Yaş, Cinsiyet ve Bölgelere Göre Dağılımı	32
Tablo8:	Hekimlerin yaş ortalamalarının bölgelere ve cinsiyete göre dağılım tablosu	32
Tablo 9:	Hekimlerin Hekimlik Süresine Göre Dağılımı	33
Tablo 10:	Hekimlerin Birlikte Çalıştıkları Hekim Sayısına Göre Dağılımı	34
Tablo 11:	Hekimlerin Kendisine Kayıtlı Kişi Sayısına Göre Dağılımı	35
Tablo 12:	Hekimlerin Çalıştıkları Kurumda Eğitici Birinci Basamak Hekimi Olup Olmadığına Göre Dağılımı	36
Tablo 13:	Hekimlerin Kişisel Kayıt Sistemi Kullanımlarına Göre Dağılımı	37
Tablo 14:	Hekimlerin 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelikler' Hakkında Bilgi Düzeyine Göre Dağılımı	37
Tablo 15:	Hekimlerin "Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?" sorusuna Düzce ve Adana bölgesindeki hekimlerin verdikleri cevapların ortalamaları tablosu	38
Tablo 16:	Hekimlerin "Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu	39
Tablo 17:	Hekimlerin "Birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmanızda, aşağıdaki maddelere ne oranda katılıyorsunuz?" sorusuna Düzce ve Adana bölgelerindeki hekimlerin verdikleri cevapların ortalamaları tablosu	40
Tablo 18:	Hekimlerin "Birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmanızda, aşağıdaki maddelere ne oranda katılıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu	42
Tablo 19:	Hekimlerin "Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?" sorusuna Düzce ve Adana bölgelerindeki hekimlerin verdikleri cevap ortalamaları tablosu	44
Tablo 20:	Hekimlerin "Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu	45
Tablo 21:	Hekimlerin "Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların "Aile hekimliği pilot uygulama hakkında kanun ve yönetmelik hakkındaki bilgi düzeylerine" göre dağılımı	46
Tablo 22:	Tablo 22: Hekimlerin "Birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerinin" Adana ve Düzce İllerine Göre Dağılımı	48
Tablo 23:	Hekimlerin "Birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerinin" hekimlik süresine göre dağılımı	50
Tablo-24:	Düzce'deki ve Adana bölgesindeki hekimlere "Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?" açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar	51

KISALTMA LİSTESİ

ABFP	:American Board of Family Practice/Amerikan Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu
COC	:Continuity of Care Indeks / Sürekli Bakım İndeksi
CON	: Index of Concentration /Yoğunluk İndeksi
FC	: Family Care Measure/Aile Bakım Ölçütü
FCOC	: Family Continuity of Care Index/Ailesel Süreklilik Bakım İndeksi
FMCI	: Family Mean Continuity Index /Aile Ortalama Süreklilik İndeksi
FRAC	:FRAC İndeksi
GINI	:GINI Index of Concentration/GINI Yoğunluk İndeksi
HH	:Herfindahl İndeksi
K	:K İndeksi
LICON	: Likelihood of Continuity Index /Olası Süreklilik İndeksi
LISECON	: Likelihood of Sequential Continuity Index/Olası Ardışık Süreklilik İndeksi
MCI	: Modified Continuity Index /Modifiye Süreklilik İndeksi
MFPC	: Most Frequent Provider Continuity /En Sık Görülen Hekimin Sürekliliği
MMCI	:Modified, Modified Continuity Index/Modifiye Modifiye Süreklilik İndeksi
NOP	: Number of Provider Seen /Görülen Hekim Sayısı
SECON	: Sequential Continuity Index/ Ardışık Süreklilik İndeksi
UPC	: Usual Provider Continuity Index / Her Zamanki Hekimin Süreklilik İndeksi
TİSAM	:Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi
WONCA	:World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians/Dünya Aile Hekimleri Birliği

ÖZET

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Süreklilik

Süreklilik kavramı, aile hekimliği disiplininin ilkelerinden biridir. Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları yapan, farklı bölge ve kurumda çalışan hekimlerin bakımda süreklilik konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını “telefon ile anket” yöntemi ile araştırdık. Çalışmaya Düzce ve Adana illerinde çalışan birinci basamak hekimleri dahil edildi. Çalışmada kullanılan anket formu, Stokes ve arkadaşlarının aile hekimliğinde süreklilik anketi modifiye edilerek hazırlandı. Telefon görüşmeleri, Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi'nde gerçekleştirildi.

Düzce’de Aile Sağlığı Merkezleri’nde çalışan 98 hekimden 91’ine (%92.8), Adana ilinde ise 108 hekimden 101’ine (%93.5) ulaşılabildi. Adana’daki hekimlerin yaş ortalaması 40.7 ± 5.7 yıl, Düzce’deki hekimlerinki ise 33.0 ± 4.5 yıl idi. Kayıtların sürekliliği puanı sırasıyla Düzce ve Adana’daki hekimler için, ortalama 3.3 ± 1.0 ve 2.8 ± 1.1 ($p < 0.001$), yönetsel süreklilik puanı 2.6 ± 1.2 ve 2.5 ± 1.0 ($p > 0.05$), kişisel süreklilik puanı ise 4.2 ± 0.9 ve 4.0 ± 1.0 ($p > 0.05$) olarak saptandı.

Düzce’deki hekimlerin bilgisel, kişisel ve yönetsel süreklilik kavramlarını daha iyi bildikleri ve uyguladıkları düşünülmektedir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için, aile hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve geliştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Adana, bakımda süreklilik, birinci basamak sağlık hizmetleri, Düzce.

ABSTRACT

Continuity of Care in Primary Health Care Practices

Continuity of care is one of the principles of family medicine discipline. In this study, we examined the knowledge, attitude and behaviour of primary care physicians in two cities for the continuity of care using 'telephone interview' method. The sample was selected from primary care physicians working in Adana and Duzce cities. The questionnaire was modified from the questionnaire for the continuity of care in family medicine by Stokes and colleagues. The telephone interviews were performed in "Telephone and Internet Research Center of Cukurova University".

Out of 98 physicians working in Family Medicine Centers in Duzce, 91 (92.8%) and out of 108 physicians working in primary care 101 (93.5%) were reached. Mean age of physicians in Adana was 40.7 ± 5.7 and it was 33.0 ± 4.5 for the ones in Duzce. The mean score for continuity of medical records for the primary care physicians in Duzce and Adana, respectively, were 3.3 ± 1.0 and 2.8 ± 1.1 ($p < 0.001$), the mean score for the longitudinal continuity was 2.6 ± 1.2 and 2.5 ± 1.0 ($p > 0.05$) and the scores for the personal continuity were 4.2 ± 0.9 and 4.0 ± 1.0 ($p > 0.05$).

We suggest that the concepts of informational, longitudinal and personal continuity were all better understood and provided by primary care physicians in Duzce. In this context, family medicine practices should be improved and widespread in order to improve the quality of primary care.

Keywords: Adana, continuity of care, primary health care, Duzce.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bakımda süreklilik, birinci basamak sağlık hizmetinin düzenlenmesinde ve bu hizmetin sunumunda önemli olan bir konudur. Süreklilik terimi, kendi isteği ile başvuran hastaların tıbbi ihtiyaçlarına ve kişisel bağlamına uygun, sürekli ve temas halinde oldukları bir hizmeti hekimlerinin sunması şeklinde de algılanabilir.

Sürekliliğin sağlanmasının üç farklı tanımı yapılmıştır. Bunlar, kişisel süreklilik (devam eden hasta-hekim ilişkisinde bakım hizmetinin verilmesi), bilginin sürekliliği (verilen bakım hizmetinin uygun olması için geçmişteki olaylara ait ve kişisel bilgilerinin kullanılması) ve yönetimde süreklilik (sağlık problemlerinin yönetiminde sürekli ve uygun bir yaklaşım) şeklindedir. Bakımda sürekliliğin, artmış hasta ve hekim memnuniyeti ile sürekli ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca tedaviye olan uyum, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma ve hastaneye yatış gibi sağlıkla ilgili göstergelerini olumlu yönde etkilemektedir. Bundan dolayı, bakımda sürekliliğin hekimler tarafından ne kadar anlaşıldığının ve uygulanabildiğinin belirlenmesi; uygulamadaki eksikliklerin belirlenmesi, eksikliklerin giderilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve daha kaliteli sağlık hizmetinin verilebilmesi için gereklidir.

Çalışmamızda süreklilik kavramı temelinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere ve Krallıklarda ve Hollanda'daki aile hekimlerinde uygulanmış olan hekimlerin sürekli bakım hakkındaki görüşlerini inceleyen anket modifiye edilmiş şekli¹ Adana İli Seyhan ve Yüreğir merkez ilçelerindeki sağlık ocaklarında çalışmakta olan hekimlerden seçilen bir örnekleme ve Aile hekimliği pilot uygulamasının yapıldığı Düzce İli genelinde aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan tüm hekimlere uygulanmıştır. Çalışmamızın amacı Birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları yapan, farklı bölge ve kurumda çalışan hekimlerin bakımda süreklilik konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve İçeriği

Birinci Basamak, kişisel sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde, hastalarla ortak yakın bir ilişki ve aile ve toplum bağlamında sorumlu olan klinisyenler tarafından entegre, erişilebilir sağlık hizmetinin sunulduğu yerdir.² Sağlık sistemine ilk temas yeri olması, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon Birinci Basamağın hemen tüm tanımlamalarında yer alan unsurlardır.³ Aile Hekimliği bu çalışma yöntemlerine en yatkın ve Birinci Basamak ortamlarda uygulama yapan en temel disiplin ve uzmanlık dalıdır.

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’ın kurulması olmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’in 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur.^{4,5}

Aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır.⁵

“Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu

üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder” (*Leeuwenhorst tanımı 1974*)⁶.

“Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) tanımı 1991*)⁶.

Geçen zaman içinde farklı kişi ve kurumların yaptığı tanımlamalar yapılmaya devam edilmiştir. Bunlardan bazıları OLESEN ve Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice “ABFP”) tarafından yapılan tanımlamalardır.^{5,6} “Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır (*OLESEN tanımı 2000*).⁶ Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını ABFP şu şekilde özetlemektedir⁵.

- 1) Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Yani giriş kapısıdır.
- 2) Kişiye sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunar.
- 3) Tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir.
- 4) Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür.
- 5) Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır.
- 6) Kişiselleştirilmiş bakım sağlar.

20. yüzyılın son çeyreğine özellikle Avrupa kıtasında yapılmış birçok tanım varken, 21. yüzyılın hemen başında aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin yeni bir tanımını yapma gereksinimi her alanda olduğu gibi sağlık ve tıp alanında da Avrupa ölçeğinde standardizasyon arayışlarından kaynaklanmıştır. Avrupa’daki birçok ülkede sağlık sistemleri farklılık göstermekte ve bu sistemlerin birinci basamağında aile

hekimî/genel pratisyen denilen ve farklı görev tanımları bulunan hekimler çalışmaktadır.⁶

WONCA'nın bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) 21. yüzyılda insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak aile hekimliği/genel pratisyenlikle ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlikleri 2002 yılında yayınlanmıştır. Bu uzlaşî bildirgesi hem aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplinini ve mesleksel görevleri hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamaktadır.⁶ Aile hekimliği/genel pratisyenlik hem bir *disiplin* hem de bir *uzmanlık* olarak tanımlanmalıdır.⁷ İlki; disiplinin oluştuğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. İkincisinin gerekliliği ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimî kavramına dönüştürülmesi içindir.^{6,7}

2.1.1. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplininin Temel Özellikleri

Temel özellikleri sıralayacak olursak;

- a) Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbî temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e) Sağlık hizmetlerinin hasta gereksinimlerine göre sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

- h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Bu tanım tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplini, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir.

2.1.2. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

Genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya, genel pratisyen/aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri ifade etmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır.⁶

Tablo 1: Genel Pratisyen/Aile Hekiminin çekirdek yeterlilikleri

Disiplini tanımlayan çekirdek yeterlilikler	Çekirdek yeterliliklerin uygulama alanları
Birinci basamak yönetimi Kişi merkezli bakım <i>Yapısal, davranışsal, bilişsel</i> Spesifik problem çözme yeteneği Kapsamlı yaklaşım Toplum yönelimli Bütüncül model	Klinik görevler Hastalarla iletişim Uygulama merkezinin yönetimi

Tablo 2: Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplininin çekirdek yeterliliklerinin açıklamaları

Birinci basamak yönetimi	Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak
Kişi merkezli yaklaşım	Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisi Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak Hastaların gereksinimleriyle belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamak
Spesifik problem çözme becerisi	Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanmak Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak
Kapsamlı yaklaşım	Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi
Toplum yönelimli	Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak
Bütüncül model	Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi.

Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkiler disiplini tanımlamakta ve uzmanlık alanının iç içeliğini vurgulamakta olup eğitim, araştırma ve kalite geliştirmeye rehber olmalıdır. Sürekli bakım birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ve hizmetin sunulmasındaki önemli bir özelliktir. Aile hekimliğinin ve genel pratisyenliğin tanımlanmasında önemsenen, göz önünde bulundurulmuş bir konudur. Aile hekimliğinin disiplin olarak tanımlanmasındaki esas belli süre içerisinde hasta ve doktor ilişkisinin geliştirilmesidir ve bu ilişkinin sağlanması ile birinci basamağın diğer özellikleri ön plana gelmektedir. Bunlar da güven, kapsamlı bakım, karşılıklı iletişim ve zaman içerisinde hasta bilgisinin artmasıdır.

2.2. Birinci Basamakta Bakımda Sürekliliğin Tanımı ve Ölçümü

Bakımda süreklilik, geleneksel olarak bir hekimle beşikten mezara kadar süren bakımla ilişkilidir ve birinci basamak sağlık bakım kuruluşunun ve hizmet sunumunun önemli bir parçasıdır. Süreklilik, kendi isteği ile hekime başvuran kişilerin bireyin tıbbi kaydı ve kişisel bağlamı doğrultusunda tutarlı, uygun süreci tecrübe etme derecesi şeklinde anlaşılabilir.¹

Ne yazık ki, bakımda süreklilik modern toplumlarda ne bireyler ne de hekimler tarafından tam olarak bilinmemektedir.⁸

Bakım sürecinin farklı yönlerine odaklanan değişik bakış açıları ile sürekliliğin bir çok boyutu tanımlanmıştır. Süreklilik kavramı farklı kişilere farklı anlamlar ifade edebilmekte ve tanımı ile ilişkili karışıklık sürmektedir.^{10,11} Starfield'e göre bakımın sürekliliği, hastaların aynı hekimi görme ya da her durumda ya da belli bir zaman döneminde aynı sağlık birimine başvurma derecesini tanımlar. Ne sorunu olursa olsun kişilerin bakımından çok, belli sorunların çözümüne odaklanır ve dolayısıyla birinci basamağın yanısıra ikinci basamak uzman bakımının da bir özelliği olabilir.¹² Geyman,¹³ Hansen,¹⁴ Hennen ve McWhinney 1975 yılında ilk kez bakımda süreklilik kavramını sistematik olarak ele almışlardır. Yaptıkları tanımlarda bulunan önemli konular; her hangi bir hastalık için bakımın verilmesi ve ilk temas noktası olması, doktor ve hasta arasında oluşan sözleşmeye bağlı olarak sorumluluğun oluştuğu ve bilginin elde edildiği süregen veya longitudinal bir ilişkinin kurulması, hastanın

bağlamına uygun, bütün olarak tıbbi kaydın uygunluğunun ve entegrasyonunun sağlanması ve bakım birimi olarak ailenin değerlendirilmesini içermektedir. Hennen tarafından, 1975 yılında bakımda sürekliliğin sağlanabilmesinin beş boyutu;¹⁵

*kişiler arası (hizmet alanla sunan arasındaki süreklilik)

*kronolojik (veya longitudinal, uzunlamasına süreklilik, zamanla ilgili)

*coğrafik, yerleşimsel

*disiplinler arası ve

*bilgisel süreklilik (tıbbi kayıtların sürekliliği) şeklinde tanımlamıştır.¹⁶ Rogers ve Curtis, 1980 yılında bu boyutlara ulaşılabilirlik ve yerleşik olma özelliklerini eklemiştir.¹⁷

Kronolojik (longitudinal) süreklilik ile sağlık hizmetinin karşılıklı etkileşimle devamlı olarak, tüm yaştaki bireylere, zaman içerisinde bireyin sağlığının ve hastalık doğal yapısının da değişmesiyle, aynı yerde, aynı tıbbi kayıtla oluşması ifade edilmektedir. Uzunlamasına olan ilişkide, sağlıkla ilişkili özel sorunların olup olmamasına ya da varolan sorunların tipine bakmaksızın, belli bir zaman kesiti içinde bakımın kaynağı olarak hizmet eden bir kişi, ekip yada birimin bulunması gerekmektedir. Uzunlamasına ilişkinin özü zaman içerisinde kurulan kişisel ilişkidir ve önemli olan bireylerin bir bakım kaynağını “kendilerinin” olarak tanımlayabilmesidir.¹² Her bir bireyin, en çok sağlık hizmeti aldığı, organize bir ekip tarafından, hizmete samimi bir ortamda ulaşabildiği bu yere “sağlık evi” denmektedir. Hizmet sunan ekip, hizmetin kalitesini ve koruyucu hizmetleri koordine etmek için sorumluluk duymaktadır ve bu bağlamda hizmet verenler tarafından birey hakkında elde edilen tıbbi bilgi zamanla artmaktadır. Kronolojik süreklilik, birey ve hekim arasındaki görüşme modelini ifade etmektedir fakat birey ve hekim arasındaki ilişkinin doğasını direkt olarak ifade etmemektedir.¹⁸

Coğrafik süreklilik, hastanın nerede olduğuna bakmaksızın, bölge bağlantılı, hastane, sağlık merkezi ve ev gibi uygulama ortamları arasında sunulan hizmetin sürekliliğini ifade etmektedir.¹⁹

Disiplinler arası veya takım temelli süreklilik, kapsamda sürekliliği ifade etmektedir. Bireyin değişik gereksinimlerinin sağlanmasında süreklilik, çeşitli uzmanlıkların ve tıp dışı mesleklerin sunduğu bakımın bütünleştirilmesini içermektedir. Birey farklı tıp disiplinleri tarafından verilen hizmetlerden yararlandığında önceki

bilgilerine ulaşabilmeyi ifade etmektedir.¹⁹ Aynı bireyde birden fazla hastalığın bakımı, birey ve ailesinin hastalık deneyimlerinin bilinmesi ve tüm aile fonksiyonlarının yeniden yapılandırılarak yönetimin koordine edilmesini ifade etmektedir.²⁰

Kişiler arası süreklilik, kronolojik sürekliliğin özel bir tipidir. Burada ise birey ve hizmet sunan kişi arasında güven ve sorumluluğa dayalı devam eden kişisel bir ilişki söz konusudur. Burada amaç, iyileşmeyi olumlu etkileyen bir ilişkinin kurulmasını sağlamaktır.^{18,21,22} Her bir birey ve hekim arasında devam eden bu ilişki sayesinde, kişi hekimini ismiyle tanır ve hekimine kişisel temelde güven duymaya başlar. Kişi, bu hekimden temel sağlık hizmetleri için yararlanır ve tüm sağlık hizmeti için sorumluluk duyan hekime güvenir.¹⁸ Kişisel hekim uygun olmadığında ise kronolojik sürekliliğin devamı için yerine bakacak hekimin ayarlanması gerekmektedir. Kişiler arası süreklilik, hekim-birey ilişkisinin yanı sıra aile içindeki bireylerinin ve bireye hizmet sunan diğer sağlık personeli arasındaki ilişkiyi de ifade etmektedir.²⁰ Bununla birlikte, kişilerarası ilişkide bakımda sürekliliğin komponentleri üzerinde durulmaktadır. Hansen, “hasta ve hekim ilişkisinin sürekliliği” boyunca karşılıklı oluşan etkileşimle bireyin bakımında istenen sonucu etkilediğini gözlemlemiştir.

Kayıtlarda herşeyin yazılmadığı bir gerçektir. Bazı değişikliklerin farkedilmesi için klinisyenle hasta arasında uzun süredir sürüp giden bir ilişki olması gerekmektedir. Ayrıca hastanın duygulanımının ve beden dilinin çözümlenebilmesi için de uzun süreli bir tanışıklığın olması gerekmektedir. Üçüncü olarak hekim-hasta ilişkisinin en önemli parçası olan ve iyileşme sürecine de katkıda bulunabilen karşılıklı güven ilişkisi de uzun süreli tanışıklığın ürünüdür. Uzun süreli hasta hekim ilişkisi tanı ve tedavi sürecini her zaman olumlu şekilde etkilememektedir. Sürekli olarak aynı yakınmalarla başvuran hastalarda, hekimde gelişebilen önyargı nedeniyle, oluşan hafif değişiklikleri fark etmek zorlaşabilmektedir. Farklı hekimlerin farklı bakış açısıyla olaya bakmalarının hasta açısından daha yararlı olduğunu, bu nedenle kişilerin farklı hekimler tarafından takip edilmesinin daha yararlı olduğunu savunan görüşler de bulunmaktadır.

Bilgisel süreklilik, kişi için her bir hizmet sunucunun, bireyin önceki aldığı sağlık hizmeti ve sosyal durumu hakkında birikmiş bilgiye erişmesini ve gerektiğinde bu bilgiyi iletebilmesini ifade etmektedir.^{18,21,22} Ayaktan bakım sırasında bazen hasta hakkındaki bilgilerin ya da kayıtların başka sağlık çalışanlarıyla paylaşılması gerekebilir. Bu durumda sadece o andaki başvuru nedenine yönelik yazılan epikrizler

yada konsültasyon notları özellikle kronik durumlar için yeterli olmaz. Hastanın tüm hikayesi, başvuruları, allerjileri, daha önce yapılmış olan testler, kullanılan ilaçlar ve hasta hakkında yapılan tercihlerin ilgili sağlık çalışanına aktarılması gerekmektedir. Bu durum ya hasta hakkında aynı şekil ve terminolojiyle tek bir tıbbi kayıt tutulmasıyla yada çeşitli kurumlar tarafından tutulan kayıtlara tüm ilgililerin ulaşmasının sağlanmasıyla mümkündür. Kayıtların sürekliliği klinisyene hasta hakkında daha fazla konuyu bilme şansını verdiği için verimlilikte artma sağlayabilmektedir. Son birkaç on yılda gerek hastaların mobilitelerinde ve gerekse de kendileri hakkında bilinmesi gerekenler büyük oranda artmış ve artık bir kişinin hafızasında saklanma boyutlarını aşmıştır. Kayıtların sürekliliği bakım kalitesini en az üç yolla arttırmaktadır:

- 1-Duplikasyonları önleyerek maliyet etkinlik oranını arttırmak,
- 2-Birbiriyle etkileşen ilaçların yazılması vb. hatalı işlemlerin yapılmasını önlemek,
- 3-Hastanın her görüşmede ve her hekime bahsetmek istemediği ya da unuttuğu konuların farkedilmesini sağlamaktadır.²³

Hastalardan her zaman ilk görüşmede tüm bilgileri almak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle uzun süreli ilişki sadece hasta açısından değil, hekim açısından da önemlidir. Ancak ilişkinin zaman olarak uzunluğunun yanısıra derinliğinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Süreklilikle ilgili yapılan araştırmalarda, sık görülen metodolojik problem, kişi bilgisi ve kişiyle olan ilişki arasındaki farktır. Hizmet sunucu, bireyin tıbbi öyküsünü okuyarak birey hakkında bilgi sahibi olabilir, fakat bireyin tıbbi öyküsünü bilmek, birey ile olan bir ilişkiyi ifade etmemektedir.

Bakımda süreklilikte ulaşılabilirlik boyutu ile uygun ve rahat ofis ortamı, efektif çalışan randevu sistemi, iş saatleri sonrasında (başvuru sonrasında) da bakımın sağlanabilmesi ve tıbbi öneri alınacağında hekime kolayca ulaşabilmesi ifade edilmektedir.^{9,20}

Bakımda süreklilikte yerleşik olma, hekimin hizmet sunduğu belirli bir topluma sahip olmasını, hekimin hizmet sunduğu bölgede yerleşik olmasını, birey ve ailelerinin sürekli yerleşik oldukları bölgede, bireysel hekimlerinden hizmet alabilmelerini ifade etmektedir.^{9,17,20,24}

McWhinney, sürekliliği birey ve hekim arasında, hekimin birey ve içinde bulunduğu durumlar için sürekli sorumluluk aldığına dair kesin bir kontrat şeklinde tanımlamış ve kişiler arası sürekliliğin, birinci basamağın esas içeriği olduğunu

vurgulamıştır.²⁵ Hekimin, hizmet sunumunda her zaman uygun olması mümkün olamayabilir. Hekim hizmetin sürekliliğinden sorumlu olduğundan yerine vekalet edecek başka bir hekim ayarlamalı ve yönlendirilen bireyin takibini yapmalıdır. Loxterkamp, aynı sorumluluk duygusunu “hastanın ihtiyacı olduğunda orada olmak” şeklinde ifade etmiştir.²⁶ Aksine, Rogers ve Curtis “hekim ve bireyin tıbbi karşılaşmasında en azından biri diğerinin önceki bilgisine sahipse süreklilik vardır” ifadesini kullanmışlardır. Bu tanımlama, hekim ve birey arasındaki ilişkiden çok önceden edinilmiş olan bilgiyi vurgulamaktadır.^{17,18}

Bu farklı tanımlamalardan dolayı, sürekliliğin en iyi tanımı, hastanın geçmişi hakkındaki ulaşılabilir olan temel bilgilerden, birey ve hekim arasındaki güven ve sorumluluğa dayalı kişiler arası kompleks ilişkiye kadar uzanan hiyerarşik bir kavram şeklinde yapılabilir. Bu kavramların hiyerarşik olarak düzenlenmesi, kronolojik süreklilik için en azından bazı bilgilerin sürekli olması gerektiğini ve kişiler arası süreklilik için ise kronolojik süreklilik olması gerektiğini ifade etmektedir.¹⁸

Sürekliliğin hiyerarşik düzeyleri;²⁷

- a. Bilgisel süreklilik,
- b. Kronolojik süreklilik,
- c. Kişiler arası süreklilik şeklinde belirlenmiştir.

En son 2000 yılında, tüm tıp disiplinleri tarafından bakımda süreklilik gözden geçirilmiştir ve bakımda sürekliliğin yanlış anlamaya ve kavram karmaşasına yol açacak kadar kapsamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan derlemede bir çok maddeye dayanan bir tanımlama aşağıdaki gibi yapılmıştır,^{28,29}

1. Deneyimde süreklilik; burada esas olan hizmetin gereksinimlerinin karşılanmasının sağlanmasıdır.
2. Bilgilendirmenin ve sağlık kayıtlarının sürekliliği
3. Ekibin sürekliliği
4. Esnek süreklilik (zaman içerisinde bireyin değişen ihtiyaçlarına göre esnek davranılması ve uyum sağlanması)
5. Kronolojik süreklilik
6. Kişiler arası süreklilik

Bu maddelerden bir çoğu daha önceden aile hekimlerince ve yapılan çalışma grupları katılımcıları tarafından da doğrulanmıştır. beşinci ve altıncı maddeler aile

hekimlerinin yapmış olduğu geleneksel tanıma katkıda bulunmaktadır. Ayrıca aile hekimliğinde sürekli bakım aynı hekimin görölmesi şeklinde düşünölsede, birey için bir veya daha fazla hizmet sunan kişi ile iyi bir terapötik ve kişiler arası ilişki kurma şansının olması sürekli bakım kavramı içerisinde daha önemlidir.^{30,31,28} Fleming en son belirlenmiş olan yedi boyuta bakım sunan ekibin sürekliliğini de eklemektedir. Fleming de birinci basamakta hastaların sürekli aynı hekim tarafından görölmesinin giderek güçleştüğünü ve daha az uygulanır olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle sürekliliğin sağlanması sorumluluğunun bireysel hekim yerine birinci basamak ekibine yüklenmesi gerektiğini savunmaktadır.⁹

Bakımda sürekliliğin sağlanmasında tartışma konusu olan bir nokta da hastaların hekim seçme hakkıdır. Hastaların aynı hekime gitmeye zorlandığı zorunlu süreklilik durumu, aile hekimi ile hastaları arasında iyi ilişkiler kurulmasının önünde engeldir ve kişisel ilişkinin temelinde bilgilendirilmiş seçim vardır.

Bakımın sürekliliği birinci basamağın diğer üç temel özelliği ile yakından ilişkilidir. Düzenli bir kaynakla ilişki, o kaynağın ilk temas yeri olduğunu varsayar. Öte yandan, uzunlamasına (kronolojik) ilişkinin kaynağı bir ekip ya da sağlık birimi olduğunda, ilk temas ve kapsayıcılık büyük ölçüde sağlanırken, koordinasyon sıkıntısı olasılıkla daha büyüktür. Tersine, kaynak bireysel bir hekim olduğunda koordinasyon kolaylaşırken, ilk temas bakımını ve kapsayıcılığı sağlama daha çok sorun oluşturmaktadır.¹¹

2.2.1 Bakımda Sürekliliğin Önemi

Süreklilik ve kişisel doktorluk hakkında yapılan tartışmada önemli olan sorulardan biri de “ sağlık bakım kalitesini arttırmakta mı, yoksa ideolojik bir konuşma sanatı mıdır?”. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki süreklilik ile hasta ve doktor menuniyeti arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca süreklilik ile tıbbi sonuçlardan kaynakların kullanımı ve hasta davranışları arasında ortaya çıkan olumlu ilişkiler bulunmaktadır. Sürekliliğin yeterliliğine ve derecesine bağlı olarak özellikle kronik hastalıklar ve koruyucu hizmetler konularında ölçülebilir klinik kazanımlar elde edilmektedir. Bu konuda birçok çalışma yapan Starfield, bakımda sürekliliğin, koruyucu hizmetlerin daha fazla kullanılması, hastaların biyopsikososyal

problemlerinin daha iyi ayrımlaştırılması, acil hastane başvurularının azalması, hospitalizasyonda azalma, yatış süresinde azalma, yapılan işlemler ve ilaç kullanımına uyumun artması şeklinde faydaları olduğunu savunmaktadır.^{32,33} Bununla birlikte longitudinal süreklilikle ilgili yapılan çalışmalarda hasta memnuniyeti,^{34,35} doktor memnuniyeti,^{36,37} hastalar tarafından duygusal problemlerin belirtilmesi³⁸, zaman ve istenen tetkiklerden tasarruf edilmesi³⁹ ve ayaktan uygun olmayan abdominal şikayetlerle başvuruların sayısında azalma⁴⁰ olduğu da gösterilmiştir.⁴¹

Birey ve hekim arasındaki ilişki zaman içerisinde iyileşme bağlamında güven duygusunu oluşturmaktadır ve hekimin birey hakkında, çoğu zaman sözel olarak ifade edilmeyen bilgisinin artmasını sağlamaktadır.^{35,42} Süreklilik sorumluluk ve bağlılığı kapsadığından dolayı, birinci basamaktaki tüm hekimler ve onların hastaları için manevi bir konu olarak kabul görmektedir. Birçok hasta ve hekim, tek hekimle görüşmeyi güçlü şekilde tercih ederlerken bir kısmı da uygulamayla olan süreklilik şeklinde görmektedirler ve erişilebilirliğe daha çok önem vermektedirler.^{42,43}

2.2.1.1. Hasta Memnuniyeti

Süreklilikle ilgili yapılan çalışmalarda, kişilerin sağlıkla ilgili planlarında kendi birinci basamak hekimlerini tercih ettikleri görülmüştür. Hastalar, tanıdığı oldukları, birlikte çalışan doktor, hemşire ve sekreterden sürekli hizmet almayı güçlü şekilde isteyebilmektedirler.^{42,44} Kişiler, sağlık planı ve kişisel hekimle birlikte sürekli bakımın bireyin memnuniyetini arttıracığına inandıklarından dolayı bu tercihi yapmaktadırlar. Dolayısıyla sonuçta, sürekli bakımın iyileştirdiğini gösteren kanıtlar bireyin memnuniyetini de arttıracaktır.¹⁹ Hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalarda hastaların da süreklilik konusuna büyük önem verdikleri ortaya konmuştur.^{31,45} Rees Lewis'in yaptığı bir çalışmada longitudinal sürekliliğin hastalar için kendilerini dinleyen ve tartışan doktordan sonra üçüncü sırada önemli olduğu gösterilmiştir.^{41,46,47} Hasta memnuniyetiyle ilişkili olan anahtar faktörler arasında bilgi verilmesi, tıbbi beceri ve kişilerarası ilişkideki beceriler yer almaktadır ve longitudinal süreklilikle direkt olarak ilişkili değildir.^{41,48} Hjortdahl ve Laerum kişisel süreklilik ve memnuniyetin iki yönlü olarak birbirleriyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.^{41,49}

2.2.1.2. Hekimin Memnuniyeti

Süreklilik, birey ve hekim arasındaki karşılıklı duyulan sorumluluk ve söz verme şeklindedir.^{35,42} Bir hekimin sorumluluk duygusuna sahip olması bireyle yapılan görüşmenin sayısını ve kurulmuş olan ilişkinin süresini arttırmaktadır.^{42,43} Blankfield ve arkadaşları, hekim memnuniyetinin sürekli bakım ile çok yakından ilişkili olduğunu göstermişlerdir.⁵⁰ Uygulamalarında, süreklilik oranları yüksek olarak çalışan hekimlerin, daha mutlu oldukları ve sürekli bakımın tüm değerler arasında hekimlerin birinci basamak uzmanlığına olan ilgilerini arttırdığı dikkati çekmektedir. Aynı hastanın aynı hekim tarafından görülmesi tanı ve tedavinin etkinliği açısından hekime bir geri bildirim sunmaktadır. Belli bir gözlem yapabilme, aile hekimlerinin eğitimine önemli katkısı bulunmaktadır özellikle de beklemek için kişiyi cesaretlendirmede ve hekimin rahatsızlığın doğal seyrini görme imkanı sağlamaktadır.⁴¹

2.2.1.3. Hizmetin Kalitesi

Birçok çalışmada, sürekli bakım almayan ve hastanede yatmakta olan hastalarda hata oranının arttığı gösterilmiştir. Petersen ve arkadaşları, hastanelerde, kişilerin bakım sorumluluğu kendi bakım ekibi dışındaki hekimlere verildiğinde daha ciddi sorunlar oluştuğunu ortaya koymuşlardır.⁵¹ Diğer çalışmalar, uzun süredir bakım veren hekimlerin hizmet verdikleri bireyler hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını, daha kapsamlı bilgi sahibi olan hekimlerin hizmet verdikleri bireylerin bakımı için daha fazla sorumluluk duyduklarını göstermiştir.⁵²

Bireyin tıbbi problemleri ve bakım ihtiyaçları hakkında bilgisel süreklilik bakımın kalitesi ile ilişkilidir. Kişinin ihtiyaçları konusundaki iletişimsizlik hata oranının artmasına neden olmaktadır. Sürekli bakım, bireyin problemlerinin hekim tarafından daha derinlemesine anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu da tıbbi karar verebilmeyi kolaylaştırmakta ve bakım planının devam etmesini sağlamaktadır. Eğer bireyin memnuniyeti, sunulan hizmetin kalitesinin bir göstergesi ise, sürekliliğin hasta memnuniyetine olan olumlu etkileri de bakımın kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

2.2.1.4. Bakımın Maliyeti

Yapılan birçok çalışmada, ayaktan tedavi edilen kişilere sürekli bakım sağlandığında, hastaneye yatış oranlarının azaldığı gösterilmiştir.^{19,53} Birinci basamakta süreklilik iyi olduğunda, hastaneden taburcu olduktan sonra 10 gün içinde hastaneye tekrar başvuruların sayısının % 28 oranında azaldığını göstermiştir.⁵⁴

Kişiyi yeni tanımakta olan veya ilk kez gören bir hekime göre, kişiyi daha iyi tanıyan bir hekim tarafından daha az laboratuvar ve görüntüleme tetkiki istenmektedir.⁵⁴ Bilgisel süreklilik sağlandığında, yapılan tetkiklerin kayıtlı olması durumunda, gereksiz tetkik tekrarının önüne geçilecektir. Sonuç olarak, sürekli bakım ile hizmet verildiğinde, bakımın maliyeti de azalacaktır. Nitekim As De Maeseneer ve arkadaşları, sürekli bakım sağlandığında, sağlık bakım maliyetinin düştüğünü bildirmişlerdir.^{19,55} En geniş kapsamlı olan Avrupa çalışmasında, bekleyerek ve rahatsızlık sürecini izleyerek,

zamandan ve istenilen testlerden kazanç sağlandığı ortaya konmuştur.⁴¹

2.2.2. Birinci Basamakta Süreklilik Ne Zaman ve Kim İçin Önemlidir?

Nutting ve arkadaşları, sürekliliğe önem veren kişiler hakkında derledikleri verilerde, birinci basamaktaki hekimlerin, kişilerarası ilişkilerde ve bakımın koordinasyonunda anahtar rol oynadıkları sonucuna varmışlardır.⁵⁶

Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kronik hastalıkları ve aldığı tedavilerin sayısı, sağlık güvencesi, yapılan görüşme sayısı, kişilerin ifade ettikleri diğer sağlık durumları ile kişinin sürekliliğe verdiği önem arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.⁵⁶ Yaşlı veya genç fark etmeksizin kadınların, düşük eğitim düzeyine sahip olanların, daha çok sağlık problemi olanlarla daha çok tedaviye ihtiyaç duyanların, daha kötü sağlık durumu olan kişilerin ve devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesine sahip olanların sürekliliğe daha çok önem verdikleri gösterilmiştir.⁵⁶

Sıfır-altı yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinde, 40-64 yaş arasındaki kişilerde ve 65 yaş üzerindeki kişilerde sürekliliğin daha önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca sürekliliğin önemli olduğunu belirten kişilerin hekimleriyle daha düzenli görüştükleri ve daha uzun süredir bir hasta-hekim ilişkisine sahip oldukları tespit edilmiştir.⁵⁶

2.2.3. Sürekli Bakımın Ölçülmesi

Süreklilik, sağlıkla ilgili yapılan araştırmalarda en sık değerlendirilen konulardandır. Bakımda süreklilik, objektif olarak ölçülebilmekte ve hastaların sağlıkla ilgili yönelimlerine bakılarak değerlendirilebilmektedir. Sürekliliğin ölçümü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin dağılımının, bölgesel veya ulusal olarak değerlendirilmesinde ve karşılaştırılmasında faydalıdır; ayrıca sağlık hizmetinin planlanmasında ve yönetiminde kullanılmaktadır. Bakımda sürekliliği değerlendirmede birçok yöntem olup, bunlardan en iyi bilinenleri, *her zamanki hizmet sunucunun sürekliliği (UPC)* ve *bakımda süreklilik indeksidir(COC)*. Her bir yöntemin zayıf ve

güçlü yönleri vardır. Bu yöntemler kantitatif ölçütler olmakla beraber, hasta hekim arasındaki ilişkinin niteliği hakkında fikir vermektedir.

Sürekli bakımın, bakımın kalitesine veya bireyin memnuniyetine olan etkisini bilmek istiyorsak sürekliliğin objektif olarak ölçümü önem kazanmaktadır.¹⁹ Araştırmacılar, sürekliliği ölçmek için birçok özgün ölçüm yöntemi tanımlamışlardır. Tablo 3’de sürekliliğin ölçümünde, kayıtlı hekimin gerekmediği ölçümler, Tablo 4’de sürekliliğin ölçümünde, kayıtlı hekimin gerektiği ölçümler, Tablo 5’de ise ailesel süreklilik ile ilgili ölçümler yer almaktadır.¹⁸

Tablo 3: Kayıtlı Hekimin Gerekmediği Ölçümler

1- Sürekli Bakım İndeksi/Continuity of Care Indeks (COC)
2- Görülen Hekim Sayısı/Number of Provider Seen (NOP)
3- Ardışık Süreklilik İndeksi/Sequential Continuity Index (SECON)
4- Olası Süreklilik İndeksi/Likelihood of Continuity Index (LICON)
5- Olası Ardışık Süreklilik İndeksi/Likelihood of Sequential Continuity Index(LISECON)
6- Herfindahl İndeks(HH)
7- Modifiye Süreklilik İndeksi/Modified Continuity Index (MCI)
8- Modified, Modified Continuity Index (MMCI)
9- Yoğunluk İndeksi/Index of Concentration (CON)
10- GINI Index of Concentration (GINI)
11- K İndeksi (K)
12- FRAC İndeksi (FRAC)

Tablo 4: Kayıtlı Hekim Gereken Ölçümler

1- Her Zamanki Hekimin Süreklilik İndeksi/Usual Provider Continuity Index (UPC)
2- İlişkinin Süresi/Duration of Relationship
3- Hekimin Değişim Oranı/Rate of Provider Turnover
4- En Sık Görülen Hekimin Sürekliliği/Most Frequent Provider Continuity (MFPC)
5- İndeks Hekimin Tanımlanması/Index Provider Identification
6- Hasta Muayenesi, Görüşmesi veya Anketi/Patient Survey, Interview or Questionnaire

Tablo 5: Ailesel Süreklilik Ölçümleri

1- Aile Bakım Ölçümü/Family Care Measure (FC)
2- Aile Ortalama Süreklilik İndeksi/Family Mean Continuity Index (FMCI)
3- Ailesel Sürekli Bakım İndeksi/Family Continuity of Care Index (FCOC)

Bazı yazarlar, görüşmeye-dayalı ve bireye-dayalı ölçümleri birbirinden ayırmaktadır.⁵⁷⁻

⁶¹ Bu şekilde ayırım yapılması, süreklilik çalışmalarının düzenlenmesinde metodolojik problemlere neden olmaktadır. Bunun nedeni ise, birçok sağlık kuruluşunda aktif ve uygun hasta kayıt veri sisteminin olmamasıdır. Bazı araştırmacılar bu problemin üstesinden gelmek için, her zamanki hizmet sunucu olarak ya ilk görülen ya da en sık görülen hizmet sunucuyu belirlemeyi tercih etmişlerdir.⁶²⁻⁶⁴

Bu hesaplamaların çoğu, ofis kayıt veri tabanında her bir hastanın bağlı olduğu hekimi içeren bilgi sisteminden otomatik olarak elde edilebilir. Birçok uygulamada, elektronik belge ve kayıt bilgilerine henüz tam erişim mümkün olmamakla beraber,

yakın gelecekte bilgisayarların daha yaygın kullanımıyla bu bilgilere erişim daha kolay olacaktır.

Bu ölçüm parametrelerinden bazılarının tanımlarına bakacak olursak;

Provider Continuity Indexs, hizmet sunanın süreklilik indeksi (PCI): Zaman içinde aynı hastayı gören hizmet sunucuların deneyimini ölçer. *Hizmet Sunanın Süreklilik İndeksi* (PCI), hasta deneyimini değil hekimin deneyimini ölçmektedir ve her bir hizmet sunan kişinin tüm ofis görüşmelerine dayalı olarak hesaplanabilmektedir. PCI, hizmet sunan kişinin deneyimini ölçtüğü için, asistan ve öğrencilerin deneyimlerinin amaçlandığı eğitim kliniklerinde, günlük uygulamalara göre daha yararlı olmaktadır.

Usual Provider Continuity Indexs, her zamanki hizmet sunanın süreklilik indeksi(UPC): Hasta deneyimini ölçer. Süreklilik ölçüm yöntemleri arasında en kapsamlı ve kullanışlı olanıdır. Ofiste yarım gün çalışan bir hekim kendine kayıtlı hastalarını görebilir fakat bu, kayıtlı hastaların her ofis görüşmesinde hepsinin kendi hekimlerini görebildiği anlamına gelmez. Burada, hasta bakım hizmetine eriştiğinde, ne oranda kendi birinci basamak hizmet sunucusunu görebildiğini ölçen yöntem, *her zamanki hizmet sunucunun süreklilik indeksidir* (UPC). Bir hastanın kendi aile hekimine yaptığı görüşmelerin sayısının, yapmış olduğu toplam görüşme sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. UPC'nin ölçülebilmesi için hizmet sistemi her bir hasta için kayıtlı olduğu bir hekim sağlayabilmelidir. UPC değeri yüksek olan hastaların, kendi bakım hizmetlerinden memnuniyet oranlarının da yüksek olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur.

Mean Continuity Indexs, ortalama süreklilik indeksi (MCI): Her hasta için bir hizmet sunucu tayin edilemeyen uygulamalarda kullanılabilir. Bir hasta seyrek olarak görüşmeye geliyorsa, bu kez UPC ile süreklilik daha yüksekmiş gibi ölçülebilir. Bir A hastası ofise iki kez gitmiş ve kendi hekimini görmüşse ve B hastası da on kez ofise gidip her seferinde kendi hekimini görmüşse, bu iki hasta için UPC ölçümü aynı (% 100) olacaktır. Godkin ve Rice *ortalama süreklilik indeksini* (MCI) tanımlamışlardır ve bir hasta iyi bir süreklilikle daha fazla görüşme yapıyorsa, daha yüksek değere sahip olacaktır ¹³ MCI, ziyaret edilen farklı hekim sayısı ve toplam görüşme sayısı bilindiğinde hesaplanması kolay olmaktadır.

Continuity of Care, sürekli bakım indeksi (COC): Farklı hizmet sunucularla yapılan görüşmelerin yoğunluğunu ölçer, her bir hastanın bir hekime bağlı bulunduğu bir kayıt sistemini gerektirmemektedir. *Sürekli bakım indeksi (COC)*, sürekliliği sıfırdan (sürekliliğin olmadığı) bire kadar (sürekliliğin mükemmel olduğu) olan aralıkta ölçmektedir. COC puanı her bir hasta için hesaplanmaktadır ve hastayı görmüş olan her bir hizmet sunucu için bir seri hesaplamalara dayanmaktadır. Bu ölçümde az sayıda hizmet sunucusuyla yapılan, fazla sayıdaki görüşme daha yüksek süreklilik ile sonuçlanacaktır.

Sequential Continuity Index, ardışık süreklilik indeksi (SECON): Birbiriyle geçici olarak ilişkili olan bakım hizmetini değerlendirmektedir. Bazı yazarlar, süreklilik ölçümünü, ardışık yapılan iki ziyarette de aynı hizmet sunucunun görülmesi şeklinde tanımlamaktadırlar. Toplam görüşme sayısı aynı iken, ardışık yapılan iki görüşme aynı hizmet sunucusu yapılmışsa *Ardışık süreklilik indeksi (SECON)*, değeri daha yüksek bulunacaktır. Bir hastanın yaptığı görüşmeler sırası ile doktor A, doktor B, doktor B, doktor A olsun ve diğer hastanın ki ise doktor A, doktor B, doktor A, doktor B olsun, burada COC ve UPC değerleri aynı olacak iken ilk hastanın SECON değeri ikinci hastaya göre daha yüksek olacaktır.

Family Continuity Index, ailesel süreklilik indeksi (FCI): Tüm aile bireylerinin bir tek hizmet sunucudan ne dereceye kadar hizmet aldıklarını belirler. Murata, tüm aile bireylerinin bir tek hizmet sunucudan ne dereceye kadar hizmet aldıklarını belirlemek için *ailesel süreklilik indeksini* tanımlamıştır.¹⁴ Aile hekiminin bakış açısından bakıldığında, bu ölçüm bakımında sürekliliğin ölçümünün esasını oluşturmaktadır. Aile bireyinin süreklilik değeri mükemmel olsa bile, farklı aile bireyleri farklı hizmet sunucuları ziyaret etmişlerse, *ailesel süreklilik indeksi (FCI)*, daha düşük olacaktır.

Sonuç olarak, bahsettiğimiz bu ölçüm yöntemlerinden SECON en az kullanışlı olanıdır. Bu ölçüm ardışık yapılan ziyaretlere dikkat çekmektedir ve akut problemlerin yönetimindeki bakımda sürekliliği ölçmede daha değerlidir. FCI ise, aile hekimince en değerli olan ve aileye dayalı sürekliliği en yakından ölçmektedir. Fakat bu yöntemler arasında hesaplanması en karmaşık olanıdır.

Aslında, longitudinal sürekliliği ölçen bir çok çalışma kişiler arası süreklilik hakkında bir sonuç elde etmeye çalışmaktadırlar. Bakımın longitudinal sürekliliğini öğrenmek istiyorsak, yapılan görüşmelerin şekilleri ve sıklığı ölçülmelidir. Kişilerarası

süreklilikle ilişkili sonuçları tam olarak değerlendirmek için değişkenin ölçümü gerekecektir. Tüm bu değişkenlerin ölçümü görüldüğü kadar zor değildir. Bakımda kişiler arası sürekliliğin sonuçlarını inceleyen çalışmalarda, bazı araştırmacılar bağımsız değişken olarak hastalara basitçe hekimlerinin adını veya hekimleriyle olan ilişkinin süresini ve niteliğini sormuşlardır.^{35,49,64-68}

Esas olan, aile hekimlerinin güçlü, hoşgörülü ve devamlı hasta hekim ilişkisinin sağlık bakım hizmetini geliştirdiğini kanıtlamayla en çok ilgilenmeleridir. Bilmemiz gereken, görüşme şekillerinin, güçlü kişiler arası sürekliliğinin zaman içerisinde nasıl oluştuğu ve geliştiğidir. Tüm bu metodolojik problemler çözülmedikçe, birinci basamağın önemli prensibi hakkında bildiklerimiz net olmayacaktır.

Bizim amacımız bu çalışmada ölçüm yapmak değildi. Bakımda süreklilikle ilgili ölçümlerin yapılabilmesi ve kantitatif ve kalitatif sonuçlar elde edebilmemiz için bazı parametrelerin yerine getirilmesi için gerekmektedir. Günümüzde bu parametrelere ulaşmak mümkün değildir ve bakımın sürekliliğinin ölçülmesi zor bir konudur. Günümüz itibariyle, bakımda sürekliliği birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları yapan, farklı bölge ve kurumda çalışan hekimlerin bakımda süreklilik konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını anket yöntemiyle saptayarak bu konuya giriş yapmak istedik. Sonraki dönemde gerekli koşul ve şartların sağlanması ile bakımda süreklilik konusuna daha çok eğilim gösterileceği ve ölçümlerinin yapılabileceği inancındayız.

2.3.Birinci Basamakta Bakımda Süreklilik Sağlanabilir mi? Nasıl Sağlanır?

Süreklilik için gerekli olan ön şartlar, erişime hazır olmak, hekimin yeterliliği, iyi iletişim ve bir görüşmeden diğerine köprü kurabilmek, bağlantıyı sağlayabilmektir.^{42,43} Süreklilik hekim ve birey tarafından geliştirilen karşılıklı sorumluluk durumudur.^{35,42}

Sürekliliğin önündeki bazı engeller, bireyin evi ile hekim ofisi arasındaki mesafenin uzak olması ve nüfusun hareketliliği şeklinde olup bunlar modern endüstriyel toplumlarda yaşanan engellerdir. Diğer engeller ise sağlık hizmetinin yönetilmesinde, birinci basamak ve ikinci basamak arasındaki iletişimde, birinci basamak hizmetin yönetilmesinde ve birinci basamak sağlık hizmetleri ekibinin çalışmasında karşımıza çıkmaktadır.⁴²

Doktor ve hasta ilişkisinin sonlanması aslında etik ve profesyonel bir ikilem oluşturmaktadır.¹⁹ Hasta nedenli hasta-hekim ilişkisinin sonlanmasında, kişi bulunduğu yerden başka bir yere taşındığı için hasta-hekim ilişkisi sonlanabilmektedir. Bu durumda hekim, bireye yeni bir hekime erişiminde yardımcı olmalı, bireyin iznini alarak yeni kayıt olduğu hekime tıbbi kayıtlarını ulaştırmalıdır. Bazı durumlarda ise kişinin, mevcut hekiminden memnun olmaması ve yeni bir hekim seçmesi nedeniyle hasta-hekim ilişkisi sonlanabilmektedir. Ayrıca bireyin ve ailesinin sağlığa ve hizmet aldığı sağlık personeline bakış açısı ve kültürel yapıları ve hastalıkla ilgili tecrübeleri nedeniyle sürekli bakım sonlanabilmekte veya kesintiye uğrayabilmektedir. Örneğin birey ile hekim arasında cinsiyet farkının olması, hastalıkla baş etmeyle ilgili tecrübeleri alınan sağlık hizmetinin sürekliliğini kesintiye uğratabilmektedir.

Hekim nedenli hasta-hekim ilişkisinin sonlanması, hekim kaynaklı nedenlerden en sık olarak, kişinin, hekimin veya diğer sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit etmesi veya hekimin bireyle gerektiği gibi ilgilenebileceğini düşünmemesi nedeniyle hasta-hekim ilişkisi sonlanabilmektedir. Ayrıca hekimin, çalışma bölgesinden ayrılması veya yer değiştirmesi de hasta-hekim ilişkisinin sonlanmasına neden olabilmektedir. Aile hekimliği uzmanlarının sürekliliğin sağlanması açısından rolleri çok önemli olup sürekli bakım ve kapsamlı bakım hizmeti sunabilen ve bunun içinde kendine özgü bilgiyi eğitim, öğretim ve uygulama pratik deneyiminden edinen sağlık sistemi içerisindeki tek sağlık uzmanlarıdır.⁶⁹ Hemşire ve hekim arasındaki ilişkinin genişletilmesi ve geliştirilmesi aile hekimliğinin geleceğinde anahtar rol oynamaktadır. Ekip çalışması birinci basamağı geliştirirken aynı zamanda deneyimli bir liderlik, ekip ilişkilerine dikkat etmeyi ve geleneksel uzman değerlerinde değişiklik gerektirmektedir.⁴² Son 20 yıldır ekiplerin gelişimi, hekimlerin ve hemşirelerin psikologlarla, sosyal hizmet uzmanlarıyla, diyetisyenlerle, danışmanlarla, fizyoterapistlerle ve eczacılarla bir araya gelmesiyle giderek artmaktadır. Bu birinci basamak ekibine yüklenen ve sürekli bakımı kesintiye uğratan hatalar arasında koordinasyonun zayıf olması ve sorumluluğun kimde olduğunun belirsiz olması yer almaktadır. İyi çalışan bir ekipte, bu ekip üyeleri düzenli olarak biraraya gelmekte, birbirlerinden bilgi almakta ve hastaları için birbirlerine bakım hizmeti sunmaktadırlar. Hastalarla ilgili yapılan tartışmalar, görüşmeler bir kararla sonuçlandığında, bunun uygulama sorumluluğu açıkça belirlenmiş olmaktadır. Bu ekip uzun süredir bir arada olan veya belli bir hasta için biraraya gelmiş bir ekip de

olsa mutlaka bir lideri bulunmalıdır. Bu liderlik ekip içerisindeki herkese açık olmalıdır ancak ekip üyeleri işçi-işveren pozisyonunda olduklarında zor olmaktadır.⁴²

Daha fazla sürekli bakım oranlarının sağlanmasında etkili olan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, süreklilikle ilgili kişilerin inançları, ailelerin yapısal ve fonksiyonel olarak tutumları, hizmet sunan kişilerin uygun olması ile sürekli bakımın sağlanması arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur.⁷⁰ Aile hekimliği merkezleri, genel yapı itibarıyla, bireylerin evleri yakınında bulunan küçük birimler olarak yer almaktadırlar. Aile hekimliği bu yapısını korumalıdır ve bireyler için erişilebilir olmaya devam etmelidir. Bunu yaparken de tanımsızlık kaygısından ve kendilerini yıldırıcı atmosferi görmezden gelmelidirler. Çalışma pratiğinin toplum içerisinde olması ise çalışan personele toplumla bağlantı ve ilişki kurmasına yardımcı olacaktır ve toplum kaynakları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlayacaktır.⁴²

Sürekli ve kapsamlı bakımın sürdürülmesi giderek daha zorlaşmakta ve bu sorun hastalar, aile hekimleri ve hükümetler tarafından büyük bir sorun olarak kabul edilmektedir. Kanada toplumunda da bunun nedenleri sıralanmıştır, örneğin diğer ülkelerde olduğu gibi toplumsal hareketliliğin, farklılığın olması ve etnik yapı bunlar arasında yer almaktadır. Diğer nedenler arasında ise aile hekimlerini veya hastaları doğrudan ilgilendiren konular yer almaktadır. Bunlar;

- Aile hekimleri için gerekli olan veri tabanının giderek artması
- Aile hekimliği içinde de görülen uzmanlaşmanın büyümesi
- Aile hekimliğinde altyapı desteğinin olmaması
- Hasta bakım hizmetlerinin bölünmesi
- Sürekliliğin ve kapsamlılığın ilerlemesini sağlayacak olan sağlık sistemi kaynaklarının yetersiz fona sahip olması şeklinde belirtilmiştir.⁶⁹

Sağlık sigortalarından kaynaklanan nedenlerden dolayı hasta-hekim ilişkisinin sonlanmasında ise sağlık sigortalarının çalışma ve anlaşma şartlarının sağlanamadığı durumlar hasta-hekim ilişkisinin sonlanmasına neden olabilmektedir. Sağlık sistemi

içerisinde ise birinci, ikinci, ve üçüncü basamak arasındaki koordinasyon zayıf ise hasta ve hekim arasındaki ilişkisi kesintiye uğrayabilmektedir. Böylece pratiğin kendisi sürekliliğe engel olabilmektedir.⁴² Uygun bilgi ve diğer temel alt yapılar sağlanırken, yerel ve bölgesel aile hekimliği uygulamalarının desteklenebilmesinde sürekli ve kapsamlı bakım ayrıca yeterli sağlık insanı kaynaklarına dayanmaktadır. Bunlar olmadan toplumda “bakımda süreklilik bozulması” olabilir ve popülasyonun sağlığı etkilenir. Sürekli bakım, tutarlılığı ve hastalara nasıl bir bakım hizmeti sunulacağına ve başarılı olmanın öngörülmesini, aile hekimleri dışındaki sağlık insanı kaynaklarının uygun olmasını ifade etmektedir. Sağlık insanı kaynağı da hemşireleri, diyetisyenleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık uzmanlarını içermektedir. Bu altyapının ihtiyaçları yerel, bölgesel ve taşra/belirli bir bölgedeki sağlık otoriteleri ve hükümetlerin gündemine getirilmelidir, muhtemelen bu hükümet görevlileri hasta bakımının ve birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminin iyileştirilmesinde aile hekimleri ile birlikte çalışan diğer uzmanların potansiyel faydalarının farkında değillerdir.⁶⁹

Birinci basamak sağlık hizmetleri modelleri geliştirilirken, hükümetler, sağlık otoriteleri ve hekimlerden oluşan gruplar hem sürekliliğin hem de kapsamlı bakımın önemini vurgulamalıdır.⁶⁹ Sağlık otoritelerinde yönetici kişiler longitudinal (belirli süre içerisinde bir hekim tarafından hizmet sunulması) ve kişisel süreklilik (hasta ve hekim arasında devam eden terapötik ilişki, yapılan görüşmenin sayısından çok görüşmenin kalitesi ve yapısı önemlidir) arasındaki ve zorunlu ve serbest longitudinal süreklilik arasındaki ayrımın farkında olmalıdırlar. Hasta memnuniyeti kadar personel memnuniyetine de önem vermelidirler. Başarının ölçümleri arasında hastaların memnun olması, çalışan personelin moralinin yüksek olması, bekleme sürelerinin kısa olması, nispeten yüksek longitudinal süreklilik ve düzenli olarak yapılan denetimlerden elde edilen kanıtlar ve yapılan kalitatif ölçümlerden edinilen geribildirimler yer alacaktır.⁴¹

2.4. Ülkemizdeki Durum Nedir?

Bugün ülkemizde sağlık sisteminin birinci basamağında aile hekimliği ilkelerini uygulanır hale getirmeye çalışmaktadır. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi, sosyalizasyon örgütlenmesiyle oluşturulan birinci basamağın yeniden düzenlenmesini

gerektirmektedir. Sağlık ocakları temelinde gerçekleştirilmiş olan birinci basamak sağlık örgütlenmesini ve burada verilen sağlık hizmetlerini irdelediğimizde ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır:

1-Sağlık ocakları belli bir bölgede yaşayan belli bir nüfusa dayalı olarak kurulmuşlardır. Bu bölge tabanlı yaklaşım hastaların seçme özgürlüğünü ortadan kaldırmaktadır. Süreklilik zorunluluğa dayalıdır ve düzenli bakım kaynağı sağlık birimidir.

2-Sağlık ocağında çalışan hekimlerin kendi hasta listeleri yoktur ve hastalar her gelişlerinde farklı hekimler tarafından görülebilmektedir. Hastanın sağlık ocağını seçme şansı olmadığı gibi, ocağa gelişinde hekim seçme şansı da bulunmamaktadır.

3-Hasta kayıtlarına yönelik oldukça gelişmiş bir sistem bulunmakla birlikte, uygulamada bu kayıtların yeterince tutulamaması, tıbbi kayıtlar aracılığı ile sürekliliği sağlayamamaktadır.

4-Düzenli bakım birimi olarak ele alabileceğimiz sağlık ocaklarında pratisyen hekimlerden ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan birinci basamak ekipleri bulunmakla birlikte özellikle tıbbi bakım hizmetlerinin koordinasyonu oldukça zayıftır. İkinci basamak sağlık hizmetleriyle kordinasyon da yok denecek kadar azdır.

5-Sağlık güvencesi sisteminin parçalanmışlığı, halkın önemli bir bölümünün birinci basamağa girişini zorlaştırmaktadır. Toplam nüfusun neredeyse üçte birini kapsayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) güvencesindeki bireylerin ilk temas yeri ve düzenli bakım birimleri ikinci basamak SSK hastaneleridir. Son iki yıldır bu konu iyileştirilmiş ve SSK ve Bağkur'lular sağlık ocaklarından hizmet alır duruma gelmişlerdir.

6-Yerleşim bölgeleri esasında kurulmuş sağlık ocaklarının oluşturduğu yatay örgütlenmenin yanı sıra, bölgesiz dikey örgütlenmeler varlıklarını hala sürdürmektedir. Bu durum düzenli sağlık birimindeki bakımın kapsayıcılığını azaltmaktadır.

7-Sonuç olarak birinci basamağın birbirleriyle yakından ilişkili dört temel özelliği olan ilk temas, süreklilik ve hasta merkezli yaklaşım, kapsayıcılık ve koordinasyonun

sağlanması önünde ciddi engeller bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının temelini oluşturan klinik ortamın değerlendirilmesi ve hastayla uzun süreli kişisel ilişki kurulması, sağlık ocaklarındaki hekimlik uygulamasının en zayıf yönlerindendir. Pratisyen hekimlerin tüm bu uygulama ilkeleri konusundaki eğitimleri de yetersizdir.

Son zamanlarda birinci basamak sağlık birimlerinde gözlenen değişiklikleri irdelediğimizde:

*Dikey örgütlenmelerin giderek ortadan kaldırılmasına yönelik bazı girişimler gözlenmektedir. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'ne bölge verilmesi ve görev kapsamlarının sağlık ocaklarıyla eşitlenmesi.

*Sağlık ocakları içinde hekimlere yerleşimsel olarak belirlenen nüfusların bağlanması, hasta listelerinin oluşması açısından olumlu bir gelişme olarak görülebilir. Ancak hastaların seçme özgürlüğünün olmayışı hala önemli bir engeldir ve yukarıda bahsedilen olumsuzluklar hala sürmektedir.

*Birinci basamak kurumlarda “Döner Sermaye” uygulamasına geçilmesi halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin önüne eklenmiş yeni bir ciddi engeldir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi ve Örneklem Seçimi

Çalışma evrenimizi, Düzce il merkezi, Adana ili Seyhan ve Yüreğir merkez ilçelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve pratisyen hekimler oluşturmuştur. Çalışma için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır. Daha sonra konuyla ilgili olarak Düzce ve Adana İl Sağlık Müdürlükleri bilgilendirilmişlerdir. Düzce ilinde çalışan aile hekimlerinin adı, soyadı, çalıştığı yerin adı ve telefon numarası, cep telefonları ve e-posta adresleri İl Sağlık Müdürlüğü'nden; Adana'da çalışan tüm hekimlerin adı, soyadı ve çalıştıkları kurumun adını içeren liste ise Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilmiştir.

Çalışmaya alınan Düzce ilinde Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan 98 hekimden yedisinin çalışmaya katılmaması ve çalışmaya alınan hekim sayısının 91 olması nedeniyle diğer gruptan da bu sayıya yakın örneklem seçerek toplam katılımcı sayısı belirlenmiştir. Adana ilinde çalışan tüm hekimler listelenmiş ve daha sonra bu listeden uzman hekimler ile beldede, köyde ve diğer ilçelerde, 112 acil servis komuta merkezinde, acil serviste ve sağlık müdürlüğünde çalışan pratisyen hekimler çıkarılmıştır. Bu düzenlemeler sonucunda sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi gibi birinci basamak kurumlarında hizmet veren Seyhan ilçesinde çalışan 243 pratisyen hekim ve Yüreğir ilçesinde çalışan 83 pratisyen hekim olduğu belirlenmiştir. Seyhan ve Yüreğir ilçesinde görev yapan birinci basamak hekimleri arasından ağırlıklı rasgele yöntemle 90 kişi örneklem seçilmiştir. Bunun yanında %20 oranında yedek katılımcı belirlenerek toplam 108 hekim tespit edilmiştir. Bu hekimlerin 80'i Seyhan, 28'i Yüreğir ilçesinden örneklem seçilmişlerdir.

Seyhan ilçesinden altı hekim, Yüreğir ilçesinden bir hekim çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Adana bölgesi için çalışmaya katılan ve anket uygulanan toplam hekim sayısı 101 olmuştur.

3.2. Verilerin Toplanması

Çalışmamızda kullanılan yapılandırılmış anket formu, Hollanda'da, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Birleşik Krallık'da birinci basamakta çalışan aile hekimlerine uygulanmak üzere hazırlanmış olan “Bakımda Süreklilik” anketinden modifiye edilerek hazırlanmıştır.¹ Orijinal anketteki altı ana bölüm anketimize dahil edilmiştir. Ancak ülkemizde sağlık sisteminde birinci basamağın güçlendirilmesi ile ilgili çıkarılan “Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun ve ilgili Yönetmelikler” nedeniyle anket sorularından ikisi bu yönde modifiye edilmiştir. Anket en kolay şekilde cevaplanacak biçimde yeniden düzenlenmiştir. (Ek-Anket Formu)

Bireysel olarak cevaplanan anket formu daha önce yapılmış anket çalışmalarından yararlanılarak düzenlenmiştir.^{71,72} Esas olarak üç ana konuyla ilgili maddeleri içermektedir: Farklı süreklilik tiplerinin önemi; hekimlerin günlük çalışmalarında sürekliliğin farklı tiplerini ne kadar uyguladıklarına inandıkları; hekimlerin kişisel sürekliliğin, bilgisel ve yönetsel sürekliliğin yerine geçip geçmeyeceği konusunu da içeren süreklilik konusundaki tutumları şeklindedir. Ankete cevaplayanlar verilen ifadeye ne oranda katıldıklarını 5 puanlık Likert-tipi ölçeği kullanarak; “1-kesinlikle katılmıyorum” ve “5-kesinlikle katılıyorum” doğrultusunda cevaplamışlardır. Tutumsal ifadeler (16a, 16b, 16d, 16e ve 16f) verilen cevap ortalamaları değerlendirilmiş ve hekimin kişisel sürekliliğe ne kadar önem verdiği ile ilişkilendirilmiştir. Tutumsal olarak kişisel süreklilikle ilgili beş ifade Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Kişisel Süreklilik Hakkında Hekimlerin Tutumlarını Gösteren İfadeler

S16a-Birinci basamak hekiminin, en önemli konularından biri, çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görebiliyor olmasıdır.
S16b- Çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görmek, benim mesleki bilgimin artmasını sağlar.
S16d-Eğer hasta dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise, bir çok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez.
S16e- Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışırlarsa, bir çok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez.
S16f- İdeal olanı, hastaların sağlık hizmetlerinin büyük kısmını, aynı Birinci Basamak Hekimi tarafından almalarıdır.

Belirlenen örneklem grubuna giren hekimlerden, Adana ili Yüreğir ve Seyhan merkez ilçelerinde sağlık ocağında çalışan hekimler sırayla aranmış, e-posta adresi olanların elektronik posta adresleri alınmıştır ve katılmayı kabul edenlere e-posta aracılığı ile gönderilen anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Düzce ilindeki aile hekimlerine ise mevcut e-posta adreslerine "bakımda süreklilik" anketi ve Sağlık Bakanlığı izni ekte gönderilmiştir. Bundan iki gün sonra Düzce'deki tüm doktorlar eldeki liste sırasına göre telefonla aranmış ve gönderilen postanın ulaşp ulaşmadığı kontrol edilmiştir. Mevcut e-posta adreslerinden aktif olmayan veya kullanılmayanların yerine yenileri alınmış ve bu kişilere tekrar anket formunu ve bakanlık iznini içeren e-posta gönderilmiştir. Gelen cevaplar bilgisayar ortamında kaydedilmiştir ve cevaplamayanlara bir hafta sonra tekrar telefon açılarak anket doldurmaları istenmiştir. E-posta ulaşan ancak cevap gönderemeyenlere, iki kez e-posta gönderilmesine rağmen ulaşmayanlara, e-posta adresi olmayanlara anket formu, e-posta adresi olmayan hekimlere, Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi (TİSAM) alt yapı kullanılarak telefon aracılığı ile ulaşılmış ve anket formları telefonla doldurulmuştur.

Her görüşmenin başında, görüşülen kişiye öncelikle bireysel olarak kendimi tanıttıktan sonra çalışmanın amacı ve anket hakkında bilgi verilerek onayları alınmıştır. Ankete katılanlardan cevaplarken isimlerini yazmamaları istenmiştir. Telefon aramaları haftanın yedi günü saat 10.00-17.00 saatleri arasında TİSAM'da yapılmıştır.

TİSAM'daki mevcut dört telefon hattından biri sürekli olarak bu çalışmaya tahsis edilmiştir. Telefon görüşmeleri Temmuz 2007'de başlamış ve Aralık 2007'de sonlanmıştır. Telefon görüşmeleri sırasında anket sorularını sorma, eşzamanlı olarak alınan cevapları kaydetme ve verileri uygun veritabanlarına aktarma işlemleri bilgisayar ile "Uysal WebQ" anket yönetim yazılımının "veri toplama modülü" kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sırasında elde edilen veriler TİSAM ana bilgisayarına kaydedilmiştir. Çalışma sonunda toplanan bu verilerin min-max ve tutarlılık hata kontrolleri yapılmış ve istatistiksel paket program yardımı ile analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma sonunda Adana Merkez ilçeleri Seyhan ve Yüreğir ile Düzce geneli için görüşülen toplam hekim sayısı 192 idi. Görüşülen hekimlerin 101'i Adana Merkez ilçelerinden, 92'si ise Düzce genelinden katılan hekimlerdi. Hekimlerin yaş, cinsiyet ve bölgelere göre dağılımına baktığımızda (Tablo 7) Adana bölgesinde 23-29 ile 30-34 yaş grupları arasında hiç erkek hekim bulunmazken erkek hekimlerin çoğunluğu 40-44 yaş grubu aralığında yer almaktaydı. Adana bölgesi için kadın hekimlerin çoğunluğu ise 35-39 ile 40-44 yaş grubu aralığında eşit şekilde yer almaktaydı (% 37,0). Düzce'de çalışan erkek hekimlerin % 42,6'sı 30-34 yaş grubunda yer alırken, kadın hekimlerin % 40'ı 23-29 yaş grunda yer almaktaydı. Adana ve Düzce'deki hekimlerin çoğunluğunu erkek hekimler oluşturmaktaydı (% 54,4 vs % 67,0). Adana bölgesinde 23-29 yaş ve 30-34 yaş aralığında bulunan 11 hekimin tamamı kadındı (% 100). Adana'daki hekimlerin 40-44 yaş ve 45 yaş ve üzerinde olanların ise büyük çoğunluğunu erkek hekimler oluşturmaktaydı. Düzce'deki hekimler ise tüm yaş gruplarında erkek ağırlıklı bir dağılım göstermekteydi. Şöyle ki; 30-34 yaş, 35-39 yaş ve 45 yaş ve üzerindeki hekimlerin çoğunluğu erkek hekimlerden oluşmaktaydı. Adana bölgesinde kadın ve erkek hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0.0001$). Düzce ilinde ise kadın ve erkek hekimlerin yaş gruplarına göre homojen bir dağılım göstermekteydi. Adana ve Düzce ili genelindeki yaş dağılımı anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0.0001$).

Tablo 7: Hekimlerin Yaş, Cinsiyet ve Bölgelere Göre Dağılımı

Yaş grupları	Adana		Düzce		TOPLAM	
	Erkek N (%)	Kadın N (%)	Erkek N (%)	Kadın N (%)	Erkek N (%) ^x	Kadın N (%) ^x
23-29	0 (0,0)	1 (2,2)	13 (21,3)	12 (40,0)	1 (1,0)	25 (27,5)
30-34	0 (0,0)	10 (21,7)	26 (42,6)	10 (33,3)	10 (9,9)	36 (39,6)
35-39	13 (23,6)	17 (37,0)	17 (27,9)	5 (16,7)	30 (29,7)	22 (24,2)
40-44	22 (40,0)	17 (37,0)	2 (3,3)	2 (6,7)	39 (38,6)	4 (4,4)
45 ve üstü	20 (36,4)	1 (2,2)	3 (4,9)	1 (3,3)	21 (20,8)	4 (4,4)
TOPLAM ⁺	55 (54,4)	46 (50,5)	61 (60,3)	30 (32,9)	101 (100,0)	91 (100,0)
P	X ² =28.79, SD=4 P=0.000		X ² =4.67, SD=4, P=0.322		X ² =77,82 SD=4 p=0,000	

(Pearson Ki-Kare testi)

^x Sütun yüzdesi⁺ Satır yüzdesi

Çalışma geneline baktığımızda (Tablo 8) hekimlerin yaş ortalaması 37,1±6,6 idi. Adana’da çalışan erkek ve kadın hekimlerin yaş ortalamasının Düzce’de çalışan erkek ve kadın hekimlere göre daha yüksek olduğu ve Adana’daki hekimlerden oluşan popülasyonun daha yaşlı olduğu görülmektedir. Adana’daki erkek hekimlerin yaş ortalaması 43,3±5,4, kadınların yaş ortalaması 37,7±4,2 idi. Düzce’deki erkek ve kadın hekimlerin yaş ortalamaları birbirine yakındı. Adana ve Düzce bölgelerindeki hekimlerin yaş ortalamaları dağılımında anlamlı farklılık bulundu (p=0.0001).

Tablo8: Hekimlerin yaş ortalamalarının bölgelere ve cinsiyete göre dağılımı tablosu

Bölgeler	Cinsiyet		Toplam Ortalama±SD [†]	P değeri
	Erkek Ortalama±SD [†]	Kadın Ortalama±SD [†]		
Adana	43,3±5,4	37,7±4,2	40,7±5,7	0,000
Düzce	33,4±4,5	32,2±4,5	33,0±4,5	
Toplam	38,1±7,1	35,6±5,2	37,1±6,6	

P değeri ANOVA testi

[†]SD: Standart sapma

Görüşülen hekimlerin hekimlik sürelerine göre dağılımına baktığımızda (Tablo 9); toplamda hekimlerin çoğunluğu 11–15 yıllık hekimlik yapmaktayken, Adana’da çalışan hekimlerin çoğunluğunun hekimlik süresinin 11–15 yıl ile 16–20 yıl (% 35,6) arasında eşit oranda iken Düzce’de çalışan hekimlerin çoğunluğu 1–5 yıllık hekimlik süresine (% 45,1) sahiplerdi. Adana’da çalışan hekimlerin çoğunluğunun daha uzun süredir hekimlik yaptığı, Düzce’de çalışan hekimlerin çoğunluğunun ise daha kısa süredir hekimlik yapmakta oldukları görüldü.

Tablo 9: Hekimlerin Hekimlik Süresine Göre Dağılımı

Hekimlik süresi	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
1- 5 yıl	2 (2,0)	41 (45,1)	43 (22,4)
6-10 yıl	13 (12,)	25 (27,5)	38 (19,8)
11-15 yıl	36 (35,6)	19 (20,9)	55 (28,6)
16-20 yıl	36 (35,6)	3 (3,3)	39 (20,3)
21 yıl ve üstü	14 (13,9)	3 (3,3)	17 (8,9)
TOPLAM	101 (100,0)	91 (100,0)	192 (100,0)

Çalışmaya alınan hekimlerin hekimlik durumuna baktığımızda, Adana’da çalışan hekimlerin tamamı pratisyen hekimdi, Düzce’de çalışan hekimler ise “birinci aşama uyum eğitimini” tamamlamış olan ve aile hekimi olarak pilot bölgede çalışan hekimlerdi. Yalnız Düzce’deki 91 hekimden ikisi aile hekimliği uzmanı olarak çalışan hekimlerdi. Aile hekimliği uzmanları ise uzmanlıklarını İstanbul Beyoğlu Hastanesi’nden ve Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden almışlardı.

Hekimlerin görev yapmakta oldukları yerlere baktığımızda ise Adana ili merkez ilçeleri, Yüreğir’de ve Seyhan’da çalışan hekimlerin 98’i sağlık ocağında görev yapmaktaydı, üçü ise Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi’nde görev yapmaktaydı. Düzce’de çalışan hekimlerin tamamı ise Aile Sağlığı Merkezleri’nde görev yapan hekimlerdi.

Hekimlerin çalıştıkları kurumda yönetici olup olmadıklarına göre dağılımına baktığımızda, Adana ve Düzce genelinde hekimlerin büyük kısmı yönetici olarak çalışmamaktadır. Bu oran Düzce genelinde 78 hekim (% 85,7) Adana’da 80 hekim (%)

79,2) şeklindedir. Düzce’de 13 hekim (% 14,3) ve Adana’da 21 hekim (% 20,8) kendi kurumlarında yönetici olarak çalışmaktaydılar.

Tablo 10: Hekimlerin Birlikte Çalıştıkları Hekim Sayısına Göre Dağılımı

Birlikte çalışılan hekim sayısı	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
Tek başına çalışanlar	0 (0,0)	9 (9,9)	9 (4,7)
1-5 hekim çalışanlar	62 (61,4)	54 (59,3)	116 (60,4)
6 veya daha fazla hekim çalışanlar	39 (38,6)	28 (30,8)	67 (34,9)
TOPLAM	101 (100,0)	91 (100,0)	192 (100,0)

Hekimlerin birlikte çalıştıkları hekim sayısına göre dağılımına baktığımızda (Tablo 10); Hekimlerin çoğunluğu Adana 62 sağlık ocağında ve Düzce’de 54 aile sağlığı merkezinde 1-5 hekimle (% 61,4 vs % 59,3) birlikte çalışmaktaydılar. Adana’da tek başına çalışan hekim bulunmamaktaydı (% 0), Düzce’de ise hekimlerin %9,9’u tek başına çalışmaktaydı. Bunun nedeni Adana’dan sadece il merkezindeki sağlık ocakları alınmıştır ve birden fazla hekimle birlikte çalışmaktadırlar. Düzce ilinin geneli alındığından tek çalışan hekimler bulunmaktadır. Tek başına çalışanlar daha çok Düzce’de çevre bölgede görev yapan hekimlerdi.

4.2. Sağlık Hizmet Sunumunun Özellikleri

Hekimlerin kendisine kayıtlı kişi sayısına göre dağılımına baktığımızda (Tablo 11); Adana bölgesinde 0–4000 arasında kayıtlı nüfus bulunmazken, Düzce ilinde ise 10001 ve üzerinde kayıtlı nüfus bulunmamaktaydı. Adana’daki 91 sağlık ocağında kayıtlı nüfusun 10001 ve üzerinde idi (% 91,1); Düzce’de ise 78 aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlere düşen kayıtlı nüfus 0–4000 arasında idi (% 85,7). Düzce’de 13 aile sağlığı merkezinde (% 14,3) kayıtlı nüfus 4001–10000 arasında idi, bazı bölgelerde kayıtlı nüfus belirlenirken bazı bölgelerde birleştirme yapılmış olmasıdır. Düzce ili Aile Hekimliği Pilot Uygulama Bölgesi olduğundan, buradaki hekimler kendilerine kayıtlı kişi sayısını belirtmişlerdir; Adana’daki hekimler ise kendi sağlık ocaklarına bağlı genel popülasyon olarak kayıtlı kişi sayısını belirtmişlerdir.

Tablo 11: Hekimlerin Kendisine Kayıtlı Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Kendisine kayıtlı kişi sayısı	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
0-4000	0 (0,0)	78 (85,7)	78 (40,6)
4001-10000	9 (8,9)	13 (14,3)	22 (11,5)
10001 ve üstü	92 (91,1)	0 (0,0)	92 (47,9)
TOPLAM	101 (100,0)	91 (100,0)	192 (100,0)

Hekimlerin çalıştıkları kurumda eğitici birinci basamak hekimi olup olmadığına göre dağılımına baktığımızda (Tablo 12) Adana’da (% 58,4) ve Düzce’de (% 83,5) hekimlerin çoğunluğu kurumda eğitici birinci basamak hekimi olmadığı yönünde cevap vermişlerdir. Adana’daki sağlık ocaklarında Düzce iline göre daha çok kurumda çalışan eğitici birinci basamak hekimi bulunmaktadır (% 41,6 vs % 16,5). Bunun nedeni de Adana’daki hekimlerin hekimlik süresi Düzce’deki hekimlere göre daha uzun olduğundan Adana’daki hekimlerin kişisel mesleki gelişim açısından daha tecrübeli olmalarından olabilir.

Tablo 12: Hekimlerin Çalıştıkları Kurumda Eğitici Birinci Basamak Hekimi Olup Olmadığına Göre Dağılımı

Çalıştığı kurumda eğitici birinci basamak hekimi var mı	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
Evet	42 (41,6)	15 (16,5)	57 (29,7)
Hayır	59 (58,4)	76 (83,5)	135 (70,3)
TOPLAM	101 (100,0)	91 (100,0)	192 (100,0)

Anketimizde hekimlere “Kişisel kayıt sisteminiz var mı?” sorusuna (Tablo 13) Adana ve Düzce’deki hekimler farklı düşüncelerle cevap verdiler. Düzce’deki hekimlerin %24.2’si kişisel kayıt sistemine sahip olmadıklarını ve Adana’daki hekimlerin ise %53.5’i kişisel kayıt sistemine sahip olduklarını ifade ettiler. Bu cevaplar, güvenilirlik açısından il yöneticileriyle görüşülerek kontrol edildi. Düzce ilindeki tüm hekimlerin aile hekimliği uygulaması yaptıkları ve aile hekimliği bilgi sistemine sahip oldukları ve bununla ilgili alt yapıyı kullandıkları öğrenildi. Düzce ilinde hekimler kendilerine kayıtlı tüm kişilerin (Aile Sağlığı Merkezi’ne başvurmamış olsa bile) kayıtlarını tutmaktadırlar fakat bu kayıt sistemindeki teknik bazı sorunlar nedeniyle bazı hekimler kişisel kayıt sistemini elle tutmaktadırlar ve bu nedenle kişisel kayıt sistemine sahip olmadıklarını (%24.2) ifade etmişlerdir. Adana’daki merkez ilçelerde Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği bilgisayar destekli kayıt sistemi vardır ancak sağlık ocağı bölgesinde yaşayan tüm nüfusu kapsamamaktadır. Sadece sağlık ocağına başvuranların kayıtları yapılmaktadır. Bu durumu sağlık ocağında çalışan hekimler kişisel kayıt sistemi vardır şeklinde cevaplamışlardır.

Tablo 13: Hekimlerin Kişisel Kayıt Sistemi Kullanımlarına Göre Dağılımı

Hekimin kişisel kayıt sistemi mevcut mu	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
Evet	54 (53,5)	69 (75,8)	123 (64,1)
Hayır	47 (46,5)	22 (24,2)	69 (35,9)

Hekimlerin “Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelikler” hakkındaki bilgi düzeyi konusunda, Düzce ilinde “Hiç bilmiyorum” diye cevaplayan bulunmamıştır (%0). Adana’da ise “Hiç bilmiyorum” diye cevaplayanlar %3.0 idi. Adana’da 59 hekim (%58,4) ve Düzce’de ise 59 hekim (%64,8) “Biliyorum” diye cevapladılar ve görüldüğü gibi her iki bölgede hekimlerin çoğunluğu “biliyorum” cevabını vermişlerdir (Tablo 14).

Tablo 14: Hekimlerin 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelikler' Hakkında Bilgi Düzeyine Göre Dağılımı

Bilgi düzeyi	Adana	Düzce	TOPLAM
	N (%)	N (%)	N (%)
Hiç bilmiyorum	3 (3,0)	0 (0,0)	3 (1,6)
Bilmiyorum	10 (9,9)	4 (4,4)	14 (7,3)
Emin değilim	20 (19,8)	11 (12,1)	31 (16,1)
Biliyorum	59 (58,4)	59 (64,8)	118 (61,5)
Çok iyi biliyorum	9 (8,9)	17 (18,7)	26 (13,5)
TOPLAM	101 (100,0)	91 (100,0)	192 (100,0)

4.3. Hekimlerin Sürekli Hizmet Kavramı ve Uygulamaları Üzerine Görüşleri

Tablo 15’de görüldüğü gibi Adana ve Düzce bölgelerindeki hekimlerin “Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna her iki bölgede verilen cevapların ortalamaları birbirine benzerdi. Bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Her iki bölgedeki hekimler bu konulara eş değerde önem vermektedirler.

Tablo 15: Hekimlerin ”Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna Düzce ve Adana bölgesindeki hekimlerin verdikleri cevapların ortalamaları tablosu

	Adana	Düzce	TOPLAM	P değeri*
	Ortalama $\pm$ SD [†]	Ortalama $\pm$ SD [†]	Ortalama $\pm$ SD [†]	
Hastalarım ile iyi ilişki kurmak	4,6 $\pm$ 0,8	4,6 $\pm$ 0,6	4,6 $\pm$ 0,7	0,893
Hasta kayıtlarını iyi tutmak ve bu kayıtların uygun transferini yapmak	4,5 $\pm$ 0,7	4,3 $\pm$ 0,7	4,4 $\pm$ 0,7	0,283
Hekim ve hekim dışı diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak	4,2 $\pm$ 0,8	4,0 $\pm$ 1,0	4,1 $\pm$ 1,0	0,116
Birçok sağlık sorununun yönetimi ve bakımını sağlamak	4,00 $\pm$ 0,9	4,0 $\pm$ 1,0	4,0 $\pm$ 0,9	0,932

*($p>0,05$, ANOVA testi)

[†]SD=standart sapma

Tablo 16: Hekimlerin "Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu

	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	TOPLAM	P*
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Hastalarımıla iyi ilişki kurmak	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,8	4,6 ± 0,6	4,6 ± 0,9	4,4 ± 1,0	4,6 ± 0,7	0,889
Hasta kayıtlarını iyi tutmak ve bu kayıtların uygun transferini yapmak	4,4 ± 0,7	4,2 ± 0,9	4,5 ± 0,6	4,4 ± 0,8	4,4 ± 0,7	4,4 ± 0,7	0,472
Hekim ve hekim dışı diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak	3,7 ± 1,1	4,1 ± 0,9	4,2 ± 0,8	4,2 ± 0,9	4,0 ± 1,0	4,1 ± 0,9	0,040
Birçok sağlık sorununun yönetimi ve bakımını sağlamak	3,9 ± 0,9	3,9 ± 1,0	4,1 ± 0,8	4,00 ± 0,9	3,9 ± 0,9	4,0 ± 0,9	0,618

*(p<0,05, ANOVA testi)

†SD=standart sapma

Tablo 16’da görüldüğü gibi Adana ve Düzce bölgelerindeki hekimlerin “Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların hekimlik sürelerine göre dağılımı görülmektedir. “Hekim ve hekim dışı, diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken, sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak” konusunda hekimlik süresi 11–15 yıl arasında olanların (4,2±0,8) verdikleri cevap ortalamaları en yüksekti. 1–5 yıldır hekimlik yapanlarda ise verdikleri cevap ortalaması 3,7±1,1 olup aradaki fark anlamlı idi (p=0,040).

Tablo 17: Hekimlerin “Birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmanızda, aşağıdaki maddelere ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna Düzce ve Adana bölgelerindeki hekimlerin verdikleri cevapların ortalamaları tablosu

	Adana	Düzce	TOPLAM	P değeri*
	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	
Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma imkanı buluyorum	3,7 ± 1,0	4,0 ± 1,0	3,9 ± 1,0	0,071
Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda	2,8 ± 1,1	3,3 ± 1,0	3,0 ± 1,0	0,000
Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi durumda	2,6 ± 1,0	3,0 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0,014
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için; hekimler ve diğer sağlık elemanlarıyla birlikte çalışıyoruz	3,7 ± 1,1	3,7 ± 1,0	3,7 ± 1,0	0,818
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışıyoruz	2,5 ± 1,0	2,6 ± 1,2	2,6 ± 1,1	0,538
Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabilirim	3,8 ± 0,9	4,0 ± 0,8	3,9 ± 0,8	0,175

*(p<0,05, ANOVA testi)

[†]SD=standart sapma

Hekimlerin, birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmalarıyla ilgili verdikleri cevapların bölgelere göre dağılımı Tablo 17’de görülmektedir. Düzce’deki hekimlerin “Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda” seçeneğine verdikleri cevap puan ortalaması $3,3 \pm 1,0$ idi. Bu puan Adana bölgesiyle karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.0001$). Aynı şekilde Düzce’deki hekimlerin “Diğer sağlık çalışanlarından hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi durumda” seçeneğine verdikleri cevap puan ortalaması $3,0 \pm 1,0$ idi. Adana bölgesiyle karşılaştırıldığında bu sonuç da anlamlıdır ($p=0,014$). Diğer seçeneklerdeki cevap ortalamaları Düzce bölgesinde Adana bölgesine göre daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). “Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna Düzce bölgesinde çalışan hekimler, birinci aşama uyum eğitimini tamamlamış olup aile hekimliği uygulaması yapmakta olduklarından kendi kayıt sistemleri, bilgilerin transferi ve diğer sağlık çalışanlarıyla bilgi paylaşımları daha iyi durumdadır. “Birçok hastayla iyi bir doktor hasta ilişkisi kurma imkânı buluyorum” sorusuna verilen cevap ortalaması Düzce’de daha yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,005$).

Tablo 18: Hekimlerin “Birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmanızda, aşağıdaki maddelere ne oranda katılıyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu

	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	TOPLAM	P
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma imkanı buluyorum	3,9 ± 1,1	3,8 ± 0,9	4,1 ± 0,8	3,5 ± 1,1	4,2 ± 0,9	3,9 ± 1,0	0,021
Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda	3,4 ± 1,0	3,0 ± 1,0	3,00 ± 1,0	2,7 ± 1,1	3,3 ± 1,2	3,0 ± 1,0	0,038
Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi durumda	3,1 ± 1,0	2,9 ± 1,0	2,5 ± 0,8	2,6 ± 1,1	2,8 ± 1,1	2,8 ± 1,0	0,022
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için; hekimler ve diğer sağlık elemanlarıyla birlikte çalışıyoruz	3,7 ± 1,0	3,3 ± 1,0	3,8 ± 1,2	3,7 ± 1,0	3,8 ± 1,0	3,7 ± 1,0	0,317
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışıyoruz	2,4 ± 1,1	2,6 ± 1,2	2,6 ± 1,1	2,5 ± 1,1	3,0 ± 1,2	2,6 ± 1,1	0,468
Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabilirim	3,9 ± 0,8	3,9 ± 0,8	3,8 ± 0,9	3,7 ± 0,9	4,4 ± 0,7	3,9 ± 0,8	0,113

*(p<0,05, ANOVA testi)

[†]SD=standart sapma

Hekimlerin birinci basamak hekimi olarak günlük çalışmalarıyla ilgili verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılımına baktığımızda (Tablo 18); “Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma imkânı buluyorum” sorusuna 21 yıl ve üzerinde hekimlik yapanların verdikleri cevap puanı ortalaması $4,2 \pm 0,9$ idi ve diğer hekimlik süreleriyle anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0.021$). Hekimin tecrübesi ve hastayı uzun süre takip etmesi, iyi bir doktor-hasta ilişkisinin kurulmasında etkili olabilir. “Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda” sorusuna ve “Diğer sağlık çalışanlarından hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi durumda” sorusuna 1–5 yıl arasında çalışan hekimlerin verdikleri cevaplar sırasıyla $3,4 \pm 1,0$ ve $3,1 \pm 1,0$ idi. Diğer hekimlik süreleriyle karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur ($p=0,038$ ve $p=0,022$). Bu hekimler Düzce’de aile hekimliği uygulaması yapan hekimlerdi. Düzce’deki hekimler aile hekimliği uygulamasıyla kişisel kayıt sistemine sahip olduklarından, hasta kayıtlarının iyi tutulması ve diğer sağlık çalışanlarından dosya bilgilerinin transferinin ve kaydının tutulması sağlanmaktadır. Tüm seçeneklere verilen cevap ortalamaları, 16–20 yıldır hekimlik yapanlarda düşüş göstermektedir.

Tablo 19: Hekimlerin “Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna Düzce ve Adana bölgelerindeki hekimlerin verdikleri cevap ortalamaları tablosu

	Adana	Düzce	TOPLAM	P değeri*
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatı bulacağım	3,8 ± 1,0	3,7 ± 1,0	3,5 ± 1,1	0,018
Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi olacak	3,5 ± 1,0	3,5 ± 1,0	3,5 ± 1,0	0,671
Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi olacak	3,4 ± 1,0	3,2 ± 1,0	3,3 ± 1,0	0,156
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için hekimler, hemşireler ve diğer sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	3,3 ± 1,1	3,5 ± 1,1	3,4 ± 1,1	0,145
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	3,1 ± 0,9	3,0 ± 1,1	3,0 ± 1,0	0,797
Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabileceğim	3,5 ± 1,0	3,8 ± 1,0	3,7 ± 1,0	0,085

*(p<0,05, ANOVA testi)

†SD=standart sapma

Hekimlerin Birinci Basamak Hekimi olarak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili mevzuatı ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların Adana ve Düzce bölgelerine göre dağılımı Tablo-19’da görülmektedir. Hekimlerin “Birçok hastayla daha iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatı bulacağım.” ifadesine verdikleri cevap ortalaması Düzce İli’ndeki sertifikalı Aile hekimlerinde daha yüksekti (3,7 ± 1,0) ve istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,018). Diğer ifadelerle verilen cevaplarda bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 20: Hekimlerin “Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılım tablosu

	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	TOPLAM	P
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatı bulacağım	3,6 ± 1,1	3,5 ± 1,2	3,6 ± 0,9	3,4 ± 1,2	3,7 ± 0,9	3,5 ± 1,1	0,791
Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi olacak	3,5 ± 0,9	3,3 ± 1,0	3,7 ± 0,9	3,4 ± 1,1	3,7 ± 1,2	3,5 ± 1,0	0,490
Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi olacak	3,3 ± 0,9	3,2 ± 1,0	3,5 ± 0,9	3,2 ± 1,1	3,5 ± 1,1	3,3 ± 1,0	0,481
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için hekimler, hemşireler ve diğer sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	3,6 ± 1,0	3,4 ± 1,2	3,4 ± 0,9	3,2 ± 1,1	3,2 ± 1,2	3,4 ± 1,1	0,635
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	2,9 ± 1,1	2,8 ± 1,1	3,3 ± 0,9	3,0 ± 1,0	3,1 ± 1,1	3,0 ± 1,0	0,192
Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabileceğim	3,67 ± 0,944	3,61 ± 1,152	3,71 ± 0,854	3,51 ± 0,970	3,82 ± 1,185	3,65 ± 0,986	0,815

*(p>0,05, ANOVA testi)

[†]SD=standart sapma

Hekimlerin birinci basamak hekimi olarak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili mevzuatı ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların hekimlik süresine göre dağılımına baktığımızda (Tablo 20); ifadelere verilen cevaplarla hekimlik süresi arasında belirli bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 21: Hekimlerin “Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların "Aile hekimliği pilot uygulama hakkında kanun ve yönetmelik hakkındaki bilgi düzeylerine" göre dağılımı

	Hiç bilmiyorum N:3	Bilmiyorum N:14	Emin değilim N:31	Biliyorum N:118	Çok iyi biliyorum N:26	TOPLAM N:192	P
	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	Ortalama±SD[†]	
Birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatı bulacağım	3,7± 1,2	3,2 ± 0,8	3,5 ± 1,1	3,6 ± 1,1	3,6 ± 1,1	3,5 ± 1,1	0,771
Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi olacak	3,3 ± 1,5	3,1 ± 0,6	3,3 ± 0,9	3,6 ± 1,0	3,6 ± 1,2	3,5 ± 1,0	0,258
Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi olacak	3,3 ± 1,5	2,6 ± 0,8	3,3 ± 0,9	3,4 ± 1,0	3,4 ± 1,1	3,3 ± 1,0	0,060
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için hekimler, hemşireler ve diğer sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	3,7 ± 1,2	3,1 ± 1,0	3,3 ± 1,1	3,4 ± 1,1	3,5 ± 1,2	3,4 ± 1,1	0,710
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz	3,3 ± 1,5	2,6 ± 1,0	2,9 ± 1,0	3,1 ± 1,0	3,2 ± 1,1	3,0 ± 1,0	0,479
Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabileceğim	4,0 ± 1,0	3,0 ± 0,8	3,4 ± 0,9	3,8 ± 1,0	3,6 ± 1,0	3,7 ± 1,0	0,031

*(p<0,05, ANOVA testi)

†SD=standart sapma

Hekimlerin birinci basamak hekimi olarak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili mevzuatı ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların, “Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelikler” hakkında bilgi düzeyi ile karşılaştırılması Tablo 21’de görülmektedir. “Hastalarımın birçok sağlık problemine yardımcı olabileceğim” sorusuna, ilgili kanun ve yönetmelikle ilgili hiç bilgi sahibi olmayanların verdikleri cevap ortalaması en yüksekti ($4,0 \pm 1,0$) ve anlamlı bulundu ($p=0,031$). Bilgi düzeyi “bilmiyorum” olanların verilen cevap ortalamalarında bir düşüş görülmektedir. Sonrasında ise cevap ortalamalarında, bilgi düzeyi arttıkça bir artış vardır fakat anlamlı değildir ($p>0,05$).

Hekimlerin birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerini sorduğumuzda verdikleri cevapların Adana ve Düzce bölgelere göre dağılımı Tablo 22’de görülmektedir. “ Her bir hastanın basit ve ciddi tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek büyük bir sorumluluktur” ifadesine Düzce’deki hekimlerin verdikleri cevap ortalaması daha yüksekti ($4,5 \pm 0,6$) ve anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). “Sağlık sistemi, hastalara seçtikleri birinci basamak hekimini görmeleri olanağını sağlamalıdır” ifadelerine Düzce’deki hekimler verdikleri cevap ortalaması $4,3 \pm 0,7$ olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Düzce’deki hekimler tutumsal olarak kişisel sürekliliğe Adana’daki hekimlere göre daha çok önem vermektedirler. “Eğer dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez” ifadesine ise Adana’da çalışan hekimler Düzce’dekilere göre daha yüksek cevap vermişlerdir ($3,3 \pm 1,1$ vs. $2,9 \pm 1,2$) ($p=0,006$).

Tablo 22: Hekimlerin “Birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerinin” Adana ve Düzce İllerine Göre Dağılımı

	Adana	Düzce	TOPLAM	P değeri
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Birinci basamak hekiminin en önemli konularından biri, çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görebiliyor olmasıdır	2,7 ± 1,2	2,7 ± 1,3	2,7 ± 1,2	0,763
Çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görmek, benim mesleki bilgimin artmasını sağlar	2,5 ± 1,1	2,4 ± 1,3	2,4 ± 1,2	0,683
Herbir hastanın basit ve ciddi tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek büyük bir sorumluluktur	4,2 ± 0,9	4,5 ± 0,6	4,3 ± 0,8	0,004
Eğer hasta dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez	3,3 ± 1,1	2,9 ± 1,2	3,1 ± 1,2	0,006
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışılırsa birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez	3,3 ± 1,1	3,0 ± 1,2	3,2 ± 1,1	0,107
İdeal olanı, hastaların sağlık hizmetlerinin büyük kısmını aynı birinci basamak hekiminden almalarıdır	4,0 ± 1,0	4,2 ± 0,9	4,1 ± 0,9	0,082
Ulaşılabilirlik en üst düzeyde olursa, hastaların sürekli aynı hekimi görme ihtiyacı da azalacaktır	3,3 ± 1,1	3,2 ± 1,3	3,3 ± 1,2	0,343
Hastalar için, seçtikleri birinci basamak hekimini görmek yerine, hızlı hizmet almaları daha önemlidir	2,8 ± 1,1	2,9 ± 1,3	2,9 ± 1,2	0,741
Sağlık sistemi, hastalara, seçtikleri birinci basamak hekimini görmeleri olanağını sağlamalıdır	3,9 ± 0,8	4,3 ± 0,7	4,1 ± 0,8	0,000

*(p<0,05, ANOVA testi)

†SD=standart sapma

Hekimlerin birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerini sorduğumuzda verdikleri cevapların hekimlik sürelerine göre dağılımı Tablo 23’de görülmektedir. “ Her bir hastanın basit ve ciddi tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek büyük bir sorumluluktur” ifadesine 21 yıl ve üstünde hekimlik yapanların verdikleri cevap ortalaması daha yüksekti ($4,6\pm0,5$) ve anlamlıydı ($p=0,029$). “Hastalar için seçtikleri birinci basamak hekimini görmek yerine, hızlı hizmet almaları daha önemlidir” ifadesine 1–5 yıldır hekimlik yapanların verdikleri cevap ortalaması yüksekti ($3,2\pm1,3$) ve anlamlılık göstermekteydi ($p=0,005$). Burada tüm seçeneklere verilen cevapların ortalamasında 16–20 yıldır hekimlik yapanlarda bir düşüş görülmektedir. Ayrıca tutumsal olarak “Kişisel sürekliliğe” verilen önem açısından hekimlik süreleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 23: Hekimlerin “Birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerinin” hekimlik süresine göre dağılımı

	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	TOPLAM	P
	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	Ortalama±SD [†]	
Birinci basamak hekiminin en önemli konularından biri, çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görebiliyor olmasıdır	2,6 ± 1,3	2,6 ± 1,2	2,7 ± 1,2	2,7 ± 1,0	3,2 ± 1,4	2,7 ± 1,2	0,504
Çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görmek, benim mesleki bilgimin artmasını sağlar	2,5 ± 1,2	2,2 ± 1,1	2,3 ± 1,2	2,5 ± 1,1	2,9 ± 1,3	2,4 ± 1,2	0,202
Her bir hastanın basit ve ciddi tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek büyük bir sorumluluktur	4,6 ± 0,5	4,1 ± 0,9	4,4 ± 0,7	4,1 ± 1,0	4,6 ± 0,5	4,3 ± 0,8	0,029
Eğer hasta dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez	2,9 ± 1,3	2,8 ± 1,2	3,4 ± 1,0	3,2 ± 1,2	3,5 ± 1,2	3,1 ± 1,2	0,062
Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışılırsa birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez	3,1 ± 1,2	2,9 ± 1,1	3,2 ± 1,1	3,2 ± 1,1	3,8 ± 1,1	3,2 ± 1,1	0,124
İdeal olanı, hastaların sağlık hizmetlerinin büyük kısmını aynı birinci basamak hekiminden almalarıdır	4,1 ± 0,9	4,2 ± 1,0	4,0 ± 0,9	3,9 ± 1,0	4,4 ± 0,7	4,1 ± 0,9	0,347
Ulaşılabilirlik en üst düzeyde olursa, hastaların sürekli aynı hekimi görme ihtiyacı da azalacaktır	3,1 ± 1,3	3,0 ± 1,2	3,4 ± 1,0	3,2 ± 1,1	3,8 ± 1,2	3,3 ± 1,2	0,074
Hastalar için, seçtikleri birinci basamak hekimini görmek yerine, hızlı hizmet almaları daha önemlidir	3,2 ± 1,3	2,3 ± 1,1	3,1 ± 1,0	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,5	2,9 ± 1,2	0,005
Sağlık sistemi, hastalara, seçtikleri birinci basamak hekimini görmeleri olanağını sağlamalıdır (17.i)	4,3 ± 0,7	4,0 ± 1,1	4,1 ± 0,6	3,9 ± 0,9	4,4 ± 0,6	4,1 ± 0,8	0,105

*(p<0,05, ANOVA testi)

†SD=standart sapma

Tablo-24’de Düzce’deki ve Adana bölgesindeki hekimlere “Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?” açık uçlu soruda hekimlerin konuyla ilgili yorumları görülmektedir. Bu yorum ilgili başlıklar altında gruplandırılarak aşağıda verilmiştir.

Tablo-24: Düzce ve Adana illerindeki hekimlerin “Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar

A. Kişisel Süreklilik ve Koordinasyonla ilgili yorumlar;

- 1.“Hastaların ilk başvurularında aynı hekimi görmeleri büyük avantajdır, kayıt sistemleri ve sevklerden sonra geri dönüşün olmaması ve bilgi transferinin olmaması dez avantajken, Düzce’de pilot uygulama sonrasında bu konuda değişiklikler olmuştur.”
- 2.“Uygulamada hasta muayene sayıları yüksek olduğunda bakımda sürekliliği sağlamak kolay olmuyor. Kayıtlı kişi sayılarının ortalama 2500 civarında olması uygun olurdu.”
- 3.“Koordinasyonun çok önemli olduğunu düşünüyorum. Ayrıca konsültasyonlardan sonra geri dönüşün sağlanması ile de hastanedeki yoğunluğun azaltılacağına inanıyorum.”
- 4.“Hekimlerle birlikte diğer ekip üyelerinin de sürekliliği şarttır. Ayrıca ikinci basamakla koordinasyonda çok önemlidir.”
- 5.“Normalde bir aile hekimine bağlı hasta hekim tarafından iyi tanınır ve karşılıklı güven oluşur. Böylece de iletişim daha kolay ve doğru bir şekilde kurulur. Hekim veya diğer sağlık personeli değişirse güvenin sarsılacağını düşünüyorum.”
- 6.“Yardımcı sağlık elemanlarının kaliteli ve sayısının yeterli olması ile hekimin daha kolay ve kaliteli şekilde bakımın sürekliliğini sağlayacağını düşünüyorum.”
- 7.“Bakımda süreklilik olabilmesi için hekim sayısı yeterli olmalıdır ve her hekim sadece

kendi bölgesiyle ilgilenmelidir.”

Tablo-24: Düzce ve Adana illerindeki hekimlerin “Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar-devamı

8.“Hastaların bakımda sürekliliğinin sağlanmasının hasta ve hekim için önemli bir değeri vardır. Hastaların belli bir takip çizelgesinin olması, hastanın güvenmesi ve sağlıkla ilgili diğer hizmetlere kolay erişebilmesi için bakımda süreklilik önemlidir.”

9.“Bakımda süreklilik sağlık hizmetinde vazgeçilmezdir. Hastaların sürekli farklı hekimlere başvurmaları ile tanı, tedavi ve takipte zorluklara, hatta fazladan gereksiz tedaviye neden olduğunu düşünüyorum.”

10.“Süreklilikten kastedilenin 7 gün 24 saat olduğunu düşünmüyorum, telefonla danışmanlık verilebilir.”

11.“Sağlık hizmeti sunumunda bakımda süreklilik esas olmalıdır. Tek elden sunulan hizmetin sonuçlarının takibi, geri dönüşü daha kolay ve anlamlı olacaktır. Olası yeni sorunların saptanması için yapılan uygulamaların iyi takip edilmesi gerekmektedir.”

12.“Hastanın güven duyması açısından önemli olduğu kanısındayım.”

13.“Birinci basamak hizmeti bir standarta bağlı, sürekli, kolay erişilebilir ve ücretsiz olmalıdır.”

14.“Bu sistemde hekimlerin tanıdıkları nüfusa hizmet vermeleri sağlanmalıdır.”

15.“Sevk zinciri oluşturulabilirse daha iyi bir hizmet verilebileceğini düşünüyorum.”

16.“Bir kişi 24 saat hekimlik yapamaz. Çünkü o da bir insan, eş, anne vs. kendi ilgi alanları var, okuması, düşünmesi, dinlenmesi gerek. Mesai saatleri dışında da hasta bakma konusu yeniden gözden geçirilmelidir.”

Tablo-24: Düzce ve Adana illerindeki hekimlerin “Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar-devamı

B. Kayıtların sürekliliği ile ilgili yorumlar şöyledi;

- 1.“Kayıtlar çok önemlidir ve bakımda sürekliliğin esasını oluşturmaktadır.”
- 2.“Verileri kaydedebilmek için oluşturulan programın kesinlikle düzgün şekilde çalışması gerekmektedir.”

C. Süreklilik Hakkındaki Olumsuz Görüşler

- 1.“Seçenekteki ifadeler teorik bilgi düzeyindedir. Pratikte bunların hiç biri mümkün görünmemektedir.”
2. “Bu yeni uygulamaya hiç inanmıyorum. Her şeyde olduğu gibi sağlıkta özelleşmeyi insanlara dayatarak, sorgusuzca uygulatıyorlar. Amaçlarını herkes biliyor.”
3. “Birinci basamağın felsefesinin çalışanlara doğru anlatılması, doğru sağlık sistemi, sürekli eğitim, sevk zinciri bu işin esasını oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının benimsemediği bir sistem başarılı olamaz.”
4. “Aile hekimliği sistemine de bu şartlara da inanmıyorum. Aile hekimliği uzmanlarının gerekliliğine de inanmıyorum.”
5. “Bakımda sürekliliği, hastanın her zaman aynı hekimi görmesi şeklinde algılıyorum. Önceden uygulanan 224 sayılı kanuna göre kişisel sağlık fişleri sistemi vardı, bu sistemin yaşatılmaya çalışılırdı daha güzel olurdu.”
6. “Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmada koruyucu hekimliğe yönelik kriterlerin çok daha önemli olduğunu düşünüyorum. Aile hekimliği ile sağlık ocaklarının kapatılmaya çalışıldığı için bu vurgudan sonra sürekli bakımda iyi gelişmeler olacağını düşünmüyorum.”

Tablo-24: Düzce ve Adana illerindeki hekimlerin “Birinci basamak sağlık hizmetinde eklemek istedikleriniz var mıdır?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar-devamı

7. “Aile hekimliği bakımında süreklilik anlamında çözüm olamaz.”

8. “Sevk zinciri olmayan bir sistemde bakımında süreklilik söz konusu bile olamaz.”

9. “Başlangıcı doğru olmayan bir işin sonu da doğru olmaz diye düşünüyorum.”

D. Diğer görüşler

1. “Sağlık hizmetleri devlete bağlı olmalı ve ihtiyaçlar uygun olarak sağlanmalıdır. Hekimlerin güvenliği gereğince sözleşmeyi sakıncalı buluyorum.”

2. “Topluma yönelik eğitici konular, sağlıkla ilgili bilgilendirme arttığında hekimlerin de işleri kolaylaşacaktır.”

3. “Aile hekimliği hakkında daha detaylı bilgi verilir, seminerler düzenlenirse hekimler için daha faydalı olacağını düşünüyorum.”

4. “Sürekli sağlık hizmeti sunulurken hekimlerin de hakları korunmalıdır.”

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları yapan, farklı bölge ve kurumda çalışan hekimlerin (Adana ili Yüreğir ve Seyhan merkez ilçelerindeki sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler ile Düzce aile hekimliği pilot uygulama bölgesindeki aile sağlığı merkezinde çalışan 1. aşama uyum eğitimine katılmış olan sertifikalı aile hekimleri) bakımda süreklilik konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamayı amaçladık. Adana bölgesinde ulaşmayı hedeflediğimiz hekim sayısı 108, Düzce bölgesinde ise 98 idi. Adana'dan 101 kişiye yani % 93,5'ine, Düzce'den is 91 kişiye yani %92,8'ine ulaşabildik.

Adana ve Düzce genelinde görüşülen hekimlerin yaş ortalamasına baktığımızda, Adana'daki hekimlerin yaş ortalaması, Düzce'dekilere göre daha yüksekti. Adana ve Düzce bölgeleri arasında yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı ve yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,0001$). Düzce'deki hekimlerin daha genç ve hekimlik tecrübesi az olan, Adana'daki hekimlerin ise daha yaşlı ve hekimlik tecrübesi daha fazla olan hekimlerden oluşmasının olası nedenleri, Adana'nın büyük iller ve daha çok kalıcı yerleşim yerleri arasında olması, genel olarak hekimler tarafından tercih edilmesi, kadroların dolu olması, hekim hareketliliğinin az olması, hekimlerin daha uzun yıllar aynı yerde çalışması olabilir. Düzce ilindeki hekimler ise mecburi hizmetle atanmış hekimler olduğundan genç hekimler yani hekimlik süresi daha kısa olan hekimlerdir. Stokes ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada,¹ hekimlerin yaş dağılımları Adana'dakine benzer bir dağılım göstermektedir. Türkiye'de çalışmakta olan hekimlerin yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren herhangi bir veriye ulaşamadık.

Hekimlerin 158'i (% 82,3) çalıştıkları kurumda yönetici olmadıklarını ifade etmişlerdir. Stokes ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer bir çalışmada,¹ sadece Birleşik Krallık'da çalışmaya katılan hekimlerin % 93,7'si yönetici olduğunu ifade ederken, Hollanda'da ve ABD'de böyle bir uygulama yapılmaması bizim bulgularımızla farklılık göstermektedir.

Adana'daki hekimler tek olarak hekimlik yapmadıklarını, Düzce'deki hekimlerin ise %9,9'u tek çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Adana'da hekimlerin % 61,4'ü, Düzce'de ise hekimlerin % 59,3'ü 1-5 hekimle birlikte çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni, Adana ilinde sadece il merkezindeki sağlık ocaklarının çalışmaya alınması ve buradaki hekimlerin birden fazla hekim ile birlikte çalışmalarıdır. Düzce ili geneli alındığından tek çalışan hekimler bulunmaktadır. Adana ilinin geneli düşünüldüğünde tek başına çalışan hekimler bulunmaktadır. Adana ilinde Sağlık Müdürlüğü tarafından aile hekimliği ile ilgili planlanan uygulamalara göre 590 aile hekiminden 32'sinin (% 5,4) tek çalışması planlanmaktadır.⁷³ Günümüz sağlık hizmetlerinin sunumunda günümüzde, birinci basamakta hekimlerin grup halinde çalışmaları teşvik edilmektedir. Grup halinde çalışmanın getirdiği avantajlar, tek başına çalışanlara göre daha fazladır ve bu sağlanan yararlar bağlamında grup çalışması özendirilmelidir. Bununla beraber, bölgelerin coğrafik özellikleri ve iç dinamikleri nedeniyle tek başına çalışan hekimlerin sayısını da sıfırlamak mümkün olmamaktadır. Stokes ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer bir çalışmada,¹ Birleşik Krallık'da hekimlerin % 6,7'si tek çalıştığı, grup çalışması yapanların ortalama 5,3 hekimle çalıştığı; Hollanda'da hekimlerin % 23,2'sinin tek çalıştığı, grup çalışması yapanların ortalama 2,54 hekimle çalıştığı; ABD'de hekimlerin % 24,5'inin tek çalıştığı, grup çalışması yapanların ise ortalama 5,94 hekimle çalıştığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bütün dünyada birinci basamak uygulamalarında coğrafik özellikler ve diğer faktörlerin etkisiyle uygulamada grup çalışması yapanlar olduğu gibi tek çalışan hekimlerde bulunmaktadır ve tek çalışan hekimleri sıfırlamak mümkün değildir.

Adana'daki hekimler kendilerine kayıtlı kişi sayısının 0-4000 arasında olduğunu belirtmezken, buradaki hekimlerin %91,1'i kendilerine kayıtlı kişi sayısını 10001 ve üzerinde olduğunu ifade etmişlerdir. Düzce'deki hekimlerin % 85,7'si kendilerine kayıtlı kişi sayısının 0-4000 arasında olduğunu ve 10001 ve üzerinde kendilerine kayıtlı kişi bulunmadığını ifade etmişlerdir. Adana ilindeki sağlık ocaklarında bir kayıt sistemi mevcuttur ancak bu hekime göre değil tüm sağlık ocağı popülasyonuna aittir. Dolayısıyla birlikte çalışan beş hekim varsa bu hekimlerin tamamı sağlık ocağı popülasyonundan sorumludurlar. Düzce ilinin aile hekimliği pilot uygulama bölgesi olması nedeniyle, buradaki hekimler, bir tek hekime kayıtlı olan kişi sayısını 1-4000 arasında

belirtmişlerdir. Bu nedenle Adana'daki kayıtlı kişi sayısı Düzce ilindekinden daha fazla olarak belirlenmiştir. Stokes ve arkadaşlarının çalışmasında,¹ grup çalışması yapan aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı; Hollanda'da % 77,7'sinde <6000 kişi, ABD'de % 49,7'sinde <6000 kişi Birleşik Krallık'da 6000 üzerinde olanlar % 65'ini oluşturmaktadır. Ancak bu hekime bağlı olan kişi sayısını değil, bir merkeze bağlı kayıtlı kişi sayısını ifade ettiğinden bulgularımızla farklılık göstermektedir. Bu ülkeler için Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı verilerine göre hekim başına düşen kişi sayısı, İngiltere'de 434, Hollanda'da 317, ABD'de 391, ülkemizde ise 740 kişidir.^{74,75}

Adana'daki hekimlerin % 58,4'ü ve Düzce'deki hekimlerin % 83,5'i çalıştıkları kurumda eğitici birinci basamak hekim olmadığını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni, Adana'daki hekimlerin hekimlik süresinin Düzce'dekilere göre daha uzun olması, Adana'daki hekimlerin kişisel mesleki gelişim açısından daha tecrübeli ve eğitime daha çok önem vermeleri olabilir. Birleşik Krallık'da hekimlerin % 56,2'si, Hollanda'da % 63,9'u ve ABD'de % 83,4'ü eğitici ile çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Bu da bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Adana'daki hekimlerin % 53,5'i kişisel kayıt sistemine sahip olduklarını, % 46,5'i ise sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Düzce'de ise hekimlerin % 75,8'i kişisel kayıt sistemine sahip olduklarını, % 24,2'si ise sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Burada kişisel kayıt sisteminden kastedilen, her bir hekime bağlı nüfusun, aile hekimleri tarafından tüm bilgilerinin kaydedilmesidir. Düzce'deki hekimler, aile hekimliği uygulaması yaptıklarından kendilerine kayıtlı olan kişi sayısı bellidir ve bu kişilerin kayıtlarını bilgisayar ortamında veya elle tutmaktadırlar. Ancak Düzce'deki hekimler kayıt sistemiyle ilgili teknik sorunlar ve iyi çalışmamasıyla ilgili sıkıntılar yaşadıklarından, hekimlerin bir kısmı kişisel kayıt sistemine sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Adana'da ise sağlık ocaklarında bilgisayar destekli kayıt sistemi mevcuttur. Ancak Adana'da bir hekime bağlı bulunan kişi sayısı değil tüm sağlık ocağına bağlı bulunan kişi sayısı kaydedilmekle birlikte sadece polikliniğe başvuranların kaydı yapılmaktadır. Bu nedenle Adana'daki hekimler kişisel kayıt sistemine sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer ülkelerde, Birleşik Krallık'da hekimlerin % 68,5'i kişisel kayıt sistemlerinin olmadığını ifade ederken, Hollanda'da % 61,6'sı olduğunu söylemiştir.¹

“Hastalarım ile iyi ilişki kurmak (kişisel süreklilik), hasta kayıtlarını iyi tutmak ve bu kayıtların uygun transferini yapmak (bilgisel süreklilik), hekim ve hekim dışı diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak (yönetimsel süreklilik) ve birçok sağlık sorununun yönetimi ve bakımını sağlamak (yönetimsel süreklilik)” ifadelerine Adana bölgesinde çalışan hekimlerin, Düzce bölgesindeki hekimlere göre daha fazla önem verdikleri saptanmıştır. Ayrıca 11–15 yıldır hekimlik tecrübesi bulunan hekimler daha çok önem vermektedirler. Bu parametrelerden “Hekim ve hekim dışı, diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken, sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak” ifadesine hekimlik süresi 11–15 yıl olanların verdikleri önem anlamlı bulunmuştur. 16–20 yıllık hekimlik tecrübesi olanlarda verdikleri önemde bir düşme olmaktadır. Hekimler tecrübe kazandıkça, yönetimsel sürekliliğin önemini fark etmekte ve eksikliğini yaşamaktadırlar. Ancak 16–20 yıldır hekimlik yapanlarda mesleki yorgunluk, verdikleri cevapta etkili olmuş olabilir. Stokes ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer bir çalışmada,¹ Birleşik Krallık, Hollanda ve ABD’de aile hekimlerinin kişisel sürekliliği bakım kalitesinin önemli bir konusu olarak kabul ettikleri görülmüştür.

Günlük pratiklerinde “Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda, diğer sağlık çalışanlarından hasta dosya kaydı ve transferi çok iyi durumda, koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için hekimler ve diğer sağlık elemanlarıyla birlikte çalışıyoruz, koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki (farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları/hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışıyoruz, hastalarımın bir çok sağlık problemine yardımcı olabiliyorum” ifadelerini Düzce’deki hekimler daha çok uygulayabildiklerini ifade etmişlerdir ve bunlarda kişisel kayıtla ilgili bilgisel süreklilik farkı anlamlı bulunmuştur. 21 yıl ve üzerinde hekimlik tecrübesi olanlar birçok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurduklarını ifade etmişlerdir. Hekim, tecrübesinin artmasıyla birlikte hastayı uzun süre takip etme imkanı bulmaktadır. Böylece günlük çalışmalarında iyi bir doktor-hasta ilişkisini daha kolay kurabilmektedir. 1-5 yıldır hekimlik yapanlar ise kişisel kayıt tuttuklarını ve transferini yaptıklarını ifade etmişlerdir. Düzce’deki hekimler aile hekimliği pilot uygulama bölgesinde hizmet sunduklarından günlük çalışmalarında kendilerine kayıtlı kişilerin kayıtlarını tutmaktadırlar ve bununla ilgili altyapıya sahiptirler. Adana’daki hekimlerin ise kendilerine kayıtlı nüfusları

bulunmamaktadır ve bilgisayar destekli teknik altyapıya sahip olsalar bile bilgi paylaşımında sorunlar yaşamaktadırlar. Ayrıca 16-20 yıldır hekimlik tecrübesine sahip olanların verdikleri cevaplarda her seçenekte düşme görülmüştür, bu da hekimlerin çalışma hayatlarının ortasından itibaren mesleki yorgunluk hissetmelerine bağlanabilir. Bunu yanısıra daha tecrübeli hekimlerin Adana’da bulunmasıyla birlikte Adana’daki hekimlerin günlük çalışmalarında sürekli bakımı sağlayamadıklarını destekler şeklindedir. Aynı şekilde Birleşik Krallık, Hollanda ve ABD’deki hekimler her üç tip sürekliliği uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu ise bizim bulgularımızla farklılık göstermektedir. Özellikle bilgisel ve yönetsel sürekliliğin birinci-ikinci basamak ayrımında sağlanmasına en düşük cevabı Birleşik Krallık’daki hekimler vermişlerdir.¹ Birleşik Krallık, Hollanda ve ABD’de hekimler günlük çalışmalarında iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurduklarını ifade etmişlerdir ve bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.¹

“Aile hekimliği pilot uygulaması hakkındaki kanun ve ilgili mevzuatla önerilen değişiklikler ile günlük çalışmalarında sürekliliğin nasıl etkileneceği” ifadesine Düzce’deki hekimlerin, Adana’daki hekimlere göre daha az inandıklarını ifade etmelerine karşın Düzce’deki hekimler, Adana’daki hekimlere göre, birçok hasta ile iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatını bulacağını ifade etmişlerdir. Düzce’de hekimlerin cevapları, aile hekimliği pilot bölgesindeki kayıt sistemine, hastane ve toplum merkezi koordinasyonunda yaşanan sorunlara, hekimlerin beklentilerinden farklı bir işleyiş içinde olmalarına ve umut kırıcı sonuçlar yaşamış olmalarına bağlı olabilir. Ayrıca henüz Adana ilinde aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmediğinden, buradaki hekimlerin gelecek olan birinci basamağın güçlendirilmesiyle ilgili sistemden umutlu olduklarını yansıtmaktadır. Hekimlik tecrübesinin artmasıyla, özellikle en tecrübeli hekimler, aile hekimliği pilot uygulama kanunu ve ilgili mevzuattaki değişikliklerle günlük pratiklerinde sürekli bakım hizmeti sunabileceklerini ifade etmişlerdir. Ancak 11–15 yıllık hekimlik tecrübesine sahip olanlardaki artış, 16–20 yıllık hekimlik tecrübesine sahip olan hekimlerde düşüşe dönüşmektedir. Böylece hekimlik tecrübesine göre parabolik bir seyir göstermektedir. Hekimlik tecrübesi 21 yıl ve üzerinde ve 11–15 yıl arasında olanlar Adana’da bulunduklarından, pilot uygulama kanunu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılacak değişikliklerden umutludur. 16–20 yıllık hekimlik tecrübesi bulunanlardaki düşüş, mesleki yorgunluğa bağlı olabilir.

Ülkemizde aile hekimliği ile ilgili birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesiyle ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Bu bağlamda, kişilerin yasayla ilgili bilgi düzeylerini ve ilgili kanundaki değişikliklerle günlük çalışmalarında sürekli bakımın nasıl etkileneceğini öğrenmek istedik. Hekimlerin % 61,5'i "Aile hekimliği pilot uygulama hakkındaki kanun ve ilgili yönetmelikler" hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Adana için bu oran % 58,4 iken Düzce için % 64,8 idi. Hiç bilgi sahibi olmayan üç hekim Adana'da çalışmaktaydı. Bu üç hekim, hastalarına birçok sağlık sorununda yardımcı olabileceklerine inandıklarını ifade ettiler fakat bu grup sadece üç kişiden oluştuğundan geneli yansıtmamaktadır ve dikkate alınmamalıdır. Adana'da çalışan hekimlerden kanunla ilgili bilgi düzeyini "Biliyorum" ve "Çok iyi biliyorum" şeklinde ifade edenlerin, hasta dosya kaydı ve bu kayıtların transferinin çok iyi olacağına inançları da daha fazlaydı. Düzce'deki hekimler muhtemelen kişisel kayıt sistemiyle ilgili teknik sorunlar yaşamakta ve bu sorunların düzeltilmesiyle ilgili beklentileri bulunmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda "Her bir hastanın basit ve ciddi tüm sorunlarıyla ilgilenmek büyük sorumluluktur, ideal olan, hastaların sağlık hizmetlerinin büyük kısmını aynı birinci basamak hekiminden almaları ve sağlık sisteminin hastalara seçtikleri birinci basamak hekimini görme olanağını sağlamasıdır" ifadesini Düzce'deki hekimlerin daha fazla oranda olumlu cevaplamaları ve "eğer hasta dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez ve koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışılırsa birçok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez" ifadesine düşük oranda olumlu cevap vermeleri, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda kişisel sürekliliğe verdikleri önemi göstermektedir. Düzce'deki hekimlerin günlük çalışmalarında aile hekimliği uygulaması yaptıklarından, hastaların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedirler ve kendilerine kayıtlı kişiler ile sürekli iletişim içinde olmalarıyla da kişisel sürekliliğe verdikleri önemdendir. 1-5 yıllık hekimlik tecrübesine sahip olanlar, hastaları için seçtikleri birinci basamak hekimini görmek yerine, hızlı hizmet almanın daha önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Düzce'deki hekimlerin, mevcut birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yaşadıkları yoğunluk ve sorunlar nedeniyle hızlı hizmet sunumuna öncelik verdikleri söylenebilir. Bununla birlikte 21 yıl ve üzerinde hekimlik tecrübesi bulunanlar her bir hastanın kendi hekimini görmesiyle ilgili kişisel

sürekliliğin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlik süresinin artması ile bilgi paylaşımının artması ve güven duygusunun karşılıklı gelişmesi, en iyi hasta hekim ilişkisinde görülmektedir. Burada da benzer şekilde 16–20 yıllık hekimlik yapanlar, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda süreklilikle ilgili ölçeklere düşük cevap vermişlerdir; hekimlerin mesleki yorgunluk hissetmeleri sundukları sağlık hizmetini de etkilemektedir. ABD’deki aile hekimliği uzmanları, süreklilikle ilgili zorluklardan bahsetmelerine ve sağlık sigortalarının her yıl hastanın hekimini değiştirmesine karşın kişisel sürekliliğe ciddi şekilde önem verdikleri görülmüştür.^{1,76} Aksine kişisel kayıt sistemi olanlar, bilgisel ve yönetsel sürekliliğin sağlanması ile kişisel sürekliliğin gerekli olmadığını ifade etmişlerdir. Bu ise kayıtların düzenlenmesi ve iyi tutulması ile sağlık hizmetinin aksamayacağını düşüncelerinden olabilir. Hastalar da kişisel sürekliliğe önem verirler. ABD’de hastaların daha fazla zaman veya para harcamaları gerektiğinden kronik hastalığı olanlar kişisel sürekliliğe en az önem veren grubu oluşturmaktadır.^{1,77} Ek olarak, sağlıkla ilgili yasa koyucular, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer özelliklerden sağlık hizmetine erişime, kişisel süreklilikten daha çok öncelik vermektedirler.^{1,78} Yasa koyucular, birinci basamak sağlık hizmetlerini yeniden düzenlerken, hasta ve hekimler arasındaki önceliklere önem vermedikleri takdirde kişisel süreklilikle ilgili ciddi riskler bizleri beklemektedir.^{1,79} Bu da ülkemiz dışındaki ülkelerde de, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda halen sağlık hizmetleriyle ilgili yasalarda, düzenlemelerde bazı eksiklikler bulunduğunu ve sıkıntılar yaşandığını göstermektedir.

Farklı hasta beklentilerinin ve kültürel etkilerin söz konusu olduğu ve birbirinden keskin şekilde farklılık gösterdiği sağlık sistemlerinde bile hekimler, kişisel süreklilik aracılığıyla hasta-hekim ilişkisinin sağlanmasına değer vermektedirler.¹

Yapılan yorumlarda hekimlerin kişisel sürekliliğe güçlü şekilde inandıkları görülmeye karşın 7 gün 24 saat çalışmakla ilgili olumsuz ifadeleri bulunmaktaydı. Stokes ve arkadaşlarının çalışmasında da,¹ hekimler, kişisel sürekliliğin sağlanmasının önemini, memnuniyetin kaynağı olduğunu ve hastalar ve hekimler tarafından istendiğini vurgulamışlardır. Bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Aile hekimliği disiplinin esaslarından olan “süreklilik” kavramı Düzce’deki hekimler tarafından, hasta bilgilerinin kaydının tutulması ve transferinin yapılması, diğer sağlık çalışanlarıyla bu bilgilerin paylaşılması, kendi merkezlerinde ve diğer

merkezlerle koordine ve tutarlı bir hizmet verilmesi ile hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenilmesi başlıkları açısından daha iyi anlaşılmıştır. Aile hekimliğinin uygulanması ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sürekli liğin günlük çalışmaya yansıtılması ve uygulanması mümkün olacaktır. Sürekli bakımın, sağlık hizmetinin kalitesine, maliyetine, hasta ve hekim memnuniyetine olan etkilerini görmek için, bunun değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemlerinden faydalanılmalı ve “sürekli bakımla” ilgili sağlık politikalarına yer verilmelidir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Elde ettiğimiz bulgulara ve bu bulguların yorumuna dayanarak çalışmamızdan şu sonuçları çıkarmak olasıdır;

1. Adana’da yaşça daha büyük ve hekimlik tecrübesi daha fazla olan hekimler bulunmaktaydı, Düzce ise daha genç ve hekimlik tecrübesi daha az olan hekimlerden oluşmaktaydı.
2. Hekimlerin grup halinde çalışmasının avantajları dikkate alınarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda grup çalışmasına ağırlık verilmelidir.
3. Düzce’deki hekimler pilot uygulama bölgesinde çalıştıklarından bilgisel, kişisel ve yönetsel süreklilik kavramları daha iyi anlaşılmıştır ve günlük pratikte daha iyi bir şekilde uygulanabilmektedir.
4. Düzce ili aile hekimliği pilot uygulama bölgesinde bir hekime kayıtlı kişiler belirlenmiş ve bu kişilerin kayıtlarının sürekliliği sağlanabilmektedir. Adana ilinde de bu tür uygulamanın temelleri sağlam şekilde atılmalıdır.
5. Düzce ilindeki hekimlerin bilgisayar kayıt sistemiyle ilgili sorunlar yaşadıkları ve bilgisel sürekliliğin önemli olduğu dikkate alınarak daha fazla bilgilendirme ve uygulama yapılmalıdır.
6. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda 16–20 yıllık hekimlerde, süreklilik ölçeklerinde düşüş olduğu gözönünde bulundurularak bu dönemde hekimlerin mesleki gelişimlerine destek olmak amacıyla bilgilendirme ve uygulamalara yer verilmelidir.
7. En fazla hekimlik tecrübesine sahip olanların iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurabildiği dikkate alınarak bu hekimlerin tecrübelerinden diğer hekimlerin faydalanması sağlanabilir.

8. Düzce ili aile hekimliği pilot uygulama bölgesinde kayıt sistemi, hastane ve toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda sorunlar yaşandığı dikkate alınarak bu sorunlar düzeltilmeli ve sistemin iyileştirilmesi için yeni düzenlemeler yapılmalıdır.
9. Aile hekimliği pilot uygulama hakkındaki kanun ve ilgili mevzuat ile önerilen değişiklikler hakkında hekimlerin doğru bilgilere sahip olmadığı gözönünde bulundurularak kanun ve yönetmeliklerle ilgili bilgilendirmeler yapılmalıdır.
10. Düzce'deki hekimlerin, tutumsal olarak kişisel sürekliliğe, Adana'daki hekimlere göre daha fazla önem vermeleri ve süreklilik kavramını daha iyi algılamış oldukları gözönünde bulundurulmalı ve aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmalıdır.
11. Kaliteli ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumunda bakımda süreklilik özellikle uygulanması gereken bir yaklaşımdır. Bu yüzden kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgili her zaman başvurabilecekleri belirli bir sağlık hizmet sunucularının olmasına yönelik sağlık hizmeti sistemi geliştirilmelidir.
12. Mevcut birinci aşama uyum eğitimine katılmış olan sertifikalı hekimlerin aile hekimliği esasında eğitimlerinin tamamlanması bağlamında, tüm sağlık merkezlerine aile hekimliği uzman kadroları verilmeli ve aile hekimliği uzmanlarının bu kadrolara atanması sağlanmalıdır.
13. Dünyadaki genel eğilim de dikkate alındığında, ülkemiz koşullarında aile sağlığı merkezleri, düzenli bakım kaynağı olabilir. Bu bağlamda tüm dikey örgütlenmeler kaldırılmalı, aile sağlığı merkezleri, sağlık güvencesi tipi ne olursa olsun tüm halkın sağlık sistemine giriş yerini oluşturmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R.** Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med.* **2005**;3:353-359.
2. **Molla S.D., Karl D.Y., Kathleen N.L, Neal A. V.** Primary Care: America's Health in a New Era. Erişim:<http://books.nap.edu/Pcatalog/5152.html>
Erişim tarihi:15.02.2008
3. **Starfield B.** Is primary care essential? The Lancet **1994**; 344:1129-33.
4. **Çağlayaner H.** Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İstanbul: İletisim Yayınları; **1995**:17-20.
5. **Rakel RE.** The Family Physician. **Grimm KJ, Diebold MM.** The periodic health examination. **Kelly RB, Falvo DR.** Patient Education. **Rakel RE.** The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th Ed. Philadelphia: WB Saunders; **2002**:3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
6. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; **2002**:4-6, 7-43.
7. **McWhinney IR.** The origins and principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine. 2nd Ed. New York: Oxford University Pres; **1997**:3-28.
8. **Sturmberg JP.** Continuity of care: towards a definition based on experiences of practicing GPs . Fam. Prac.**2000**;17:16-20.
9. **Sturmberg JP.** Continuity of care: A system-based approach. Blackwell Publishing Asia and Wonca.**2003**.
10. **Fleming DM.** Continuity of care. A concept revisited. Eur J Gen Pract **2000**;6:140-5.
11. **Starfield B.** Continuous confusion? Am J Public Health **1980**;70:117-9
12. **Starfield B.** Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Tecnology. New York, Oxford. Oxford University Press, **1998**.
13. **Geyman J.** Continuity of care in family pracrice. Part 4: implementing continuity in a family practice residency program.J. Fam. Pract. **1975**; 2:445-7.

14. **Hansen M.** Continuity of care in family practice. Part 3: measurement and evaluation of continuity of care. *J. Fam Pract.* **1975**;2:439-44.
15. **Hennen BK.** Continuity of care in family practice: Implications of continuity. *J Fam Pract* **1997**; 3:371-2.
16. **Hennen B.** Continuity of care in family practice. part 1: dimensions of continuity. *J Fam. Prac.* **1975**; 2: 371-2.
17. **Rogers J, Curtis P.** The concept and measurement of continuity in primary care. *BMJ* **1980**;70: 122-129.
18. **Saultz JW.** Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* **2003**:134-143.
19. **Saultz JW.** Continuity of care. In: Saultz JW, ed. *Textbook of family medicine*. 1st ed. New York, NY: McGraw-Hill; **2000**:52-77.
20. **Stumberg JP.** Continuity of care revisited, *Family Practice* **2001**; 18:461-462.
21. **Stange KC.** Continuity of care:"it is about connecting". *Ann Fam Med.***2003**;1:242-243.
22. **Reid R, Haggerty J,McKendry R.** Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; **2002**:3.
23. **Singer J, Ludwig S.** American Academy of Pediatrics Ad Hoc Task Force on Definition of the Medical Home. (in) *Emergency Medical Services for children*, Village EG (eds). AAP;1192.
24. **Murata PJ.** A visit-based quantitative measure of family care. *J Fam Pract* **1993**;36:39-44.
25. **Mc Whinney IR.** Continuity of care in family practice. Part 2: Implications of continuity. *J Fam. Pract* **2000**;17: 16-20.
26. **Loxterkamp D.** Being there: on the place of family physician. *J Am Board Fam Pract* **1991**;4: 354-360.
27. **Haggerty JL.** Continuity of care: Multidisciplinary review, *BMJ* **2003**;327:1219-1221.
28. **Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P.** Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract.* **2003**;20:623-627.
29. National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation.**2000**. Erişim:<http://www.sdo.lshtm.ac.uk/continuityofcare.htm>

Erişim tarihi:11.10.2008

30. **Freeman GK, Hjortdahl P.** General practice-time for a new definition. *Br Med J* **2000**; 320:354-357.
31. **Kearly KE, Freeman GK, Health A.** An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* **2001**; 51:712-718.
32. **Starfield, B.** Primary Care: Concept, Evaluation and policy. New York:Oxford University Press,**1992**.
33. **Starfield B.** Primary Care in the United States . *International Journal of Health Services* **1986**;16:179-198.
34. **Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al.** Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* **1984**;252:2413-7.
35. **Hjortdahl P.** Continuity of care: general practitioners' knowledge about and sense of responsibility towards their patients. *Fam Pract* **1992**;9:3-8.
36. **Gorlin R, Zucker HD.** Physicians' reactions to patients *N Engl J Med* **1983**;308:1059-63.
37. **Grol R, Mookink H, Smiths A, Eyck JV, Beek M, Mesker P, et al.** Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* **1985**;2:128-35.
38. **Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP.** A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *Am J Public Health* **1974**;64:1062-70.
39. **Hjortdahl P., Borchgrevink CF.** Continuity of care:influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* **1991**;303:1181-4.
40. **van Dulmen AM, Fennis JFM, Mookink HGA, van der Velden HGM, Bleijenberg G.** Doctor-dependent changes in compliant related cognitions and anxiety during medical consultations in functional abdominal complaints. *Psychological Med* **1995**;25:1011-8.
41. **Freeman G., Hjortdahl P.**What future for continuity of care in general practice? *NMJ* **1997**;314:1870-79.
42. **McWhinney IR.**Primary care:core values Core values in a changing world. *BMJ* **1998**;316:1807-1809.
43. **Veale BM.** Continuity of care and general practice utilisation in Australia. Canberra.Australian National University,**1996**

44. **Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J.** Factors contributing to the longterm attendance of patients at a family practice teaching unit. *Can Fam Physician* **1997**;43:901-906.
45. **Mansour, A. And al-Osimy, M.H.** A Study of Satisfaction among Primary Health Care Patients in Saudi Arabia. *J Comm Health* **1995**;18:163-173.
46. **Rees Lewis J.** Patients views on quality care in general practice:literature review. *Soc Sci Med* **1994**;39:655-70.
47. **Haigh-smith C., Armstrong D.** Comprasion of criteria derived by goverments and patients for evaluating general practitioner services. *BMJ* 1989;299:494-6.
48. **Williams SJ, Calnan M.** Key determinants of consumer satisfaction with genera practice. *Fam Pract* **1991**;8:237-42
49. **Hjortdahl P, Laerum E.** Continuity of care in general practice:effect on patient satisfaction. *BMJ*1992;304:1287-90.
50. **Blankfield RP,Kelly RB, Alemango SA,King CM:** Continuity of care in a family practice residency program. *J Fam Pract* **1990**;31:69-73.
51. **Petersen LA, Brennan TA, O'neil AC, et al:** Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events ? *Ann Intern Med* **1994**;121: 866-872.
52. **Hjortdahl P.** The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care* **1992**;10:290-294.
53. **Saultz JW,Locher J.**Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* **2005**;3:159-16.
54. **Smith CS:** The impact of an ambulatory firm system on quality and continuity of care. *Med Care* **1995**;33: 221-226.
55. **Ghristakis DA.** Continuity of care:Process or outcome?. *Ann Fam Med.***2003**;1:131-133.
56. **Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC.** Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* **2003**;1:149-155.
57. **Wall EM.** Continuity of care and family medicine:definition,determinants and relationship to outcome: *J Fam. Pract* **1981**;13:655-664.
58. **Eriksson EA,Mattsson L.** Quantitative measurement of continuity of care. *Med Care* **1983**;21:858-875.

59. **Patent RC, Friberg R.** Measuring continuity of care in a family practice residency program. *J Fam Pract* **1980**;11:67-71.
60. **Steinwachs DM.** Measuring provider continuity in ambulatory care. *Med Care* **1979**;17:551-565.
61. **Smedby O, Eklund G, Eriksson EA, Smedby B.** Measures of continuity of care. *Med Care* **1986**;24:511-518.
62. **Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, Yourtee SA.** Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. *Med Care* **1976**;14:625-636.
63. **Susman J, Zervanos NJ, Byerly B.** Continuity of care and outcome in nursing home patients transferred to a community hospital. *Fam Med* **1989**;21:118-121.
64. **Meredith LS, Sturm R, Camp P, Wells sKB.** Effects of cost-containment strategies within managed care on continuity of the relationship between patients with depression and their primary care providers. *Med Care* **2001**;39:1075-1085.
65. **Mainous AG III, Baker R, Love MM, Pereira Gray DJ, Gill JM.** Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and United Kingdom. *Fam Med* **2001**;33:22-27.
66. **Overland J, Yue DK, Mira M.** Continuity of care in diabetes: to whom does it matter? *Diabetes Res Clin Pract* **2001**;52:S55-S61.
67. **Love MM, Mainous AG III.** Commitment to a regular physician: How long will patients wait to see their own physician for acute illness? *J Fam Pract* **1999**;48:202-207.
68. **Weiss LJ, Bleustein J.** Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationship on the cost and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* **1996**;86:1742-1747.
69. Continuity and Comprehensive care. Primary care toolkit family physicians. The college of family physicians of Canada
Erişim: <http://www.toolkit.cfpc.ca/en/continuity-of-care/index.php>
Erişim tarihi: **10.09.2007**
70. **Chiristakis DA., Kazak AE., Wright JA., Zimmerman FJ, Bassett AL., Connell FA.** What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med.* **2004**;36(1):55-60.
71. **Freeman G.** Priority given by doctors to continuity of care. *J R Coll Gen Pract.* **1985**;35:423-426.
72. **Hjortdahl P.** Ideology and reality of continuity of care. *Fam Med.* **1990**;22:361-364.
73. Adana İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ Aile hekimliği uygulamaları. **2008.**

74. WHO World Health Organisation Europe
Eriřim:http://www.euro.who.int/hfa-db
Erişim tarihi:12.02.2008
75. WHO World Health Report 2006,
Dünya Sağlık Örgütü 2006 bildirgesi
Eriřim:http://www.who.int
Erişim tarihi:12.02.2008
76. **Flocke SA, stange KC, Zyzanski SJ.** The impact of insurance type and forced discontinuity on the delivery of primary care. J Fam Pract.1997;45:129-135.
77. **Pereira AG, Pearson SD.** Patient attitudes toward continuity of care. Arch Intern Med. 2003;163:909-912.
78. **Salisbury C.** Does advanced Access work for patients and practices?. Br J Gen Pract. 2004;54:330-331.
79. **Hjortdahl P.** Continuity of care-going out of style?. Br J Gen pract. 2001;51:699-700.

EKLER

Bakımda Süreklilik Anketi

Sayın meslektaşlarım,
Bu çalışmanın amacı, Birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları yapan, farklı bölge ve kurumda çalışan hekimlerin bakımda süreklilik konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanmasıdır.

Lütfen ankete adınızı yazmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Dr. Tülin Sezer/ÇÜTF Aile Hekimliği AD

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir/ ÇÜTF Aile Hekimliği AD

BAKIMDA SÜREKLİLİK ANKETİ

1)Yaşınız:

2)Cinsiyetiniz?

a)kadın b)erkek

3) Mezun olduğunuz tıp fakültesinin adı ve yılı: _____

4)Hekimlik durumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

a)Pratisyen hekim b)Aile hekimliği uzmanı c)Aile hekimi (Birinci

Basamak Hekimi)

5)Uzman iseniz, uzmanlık eğitimi aldığınız kurum ve yılı: _____

6)Çalışmakta olduğunuz kurumun adı: _____

7)Çalıştığınız kurumda yönetici misiniz?

a) evet b) hayır

8)Kaç hekimle beraber çalışıyorsunuz? _____

9)Size kayıtlı nüfus ortalama ne kadardır? _____

10)Çalıştığınız kurumda eğitici niteliği kazanmış Birinci Basamak Hekimi var mı?

a) evet b) hayır

11)Kişisel bir kayıt sisteminiz mevcut mu?

a) evet b) hayır

12) “Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun” ve ilgili yönetmelikler hakkında bilginiz var mı?

a) Hiç bilmiyorum b) Bilmiyorum c)Emin değilim d)Biliyorum e) Çok iyi biliyorum

Aşağıdaki soruları,

- (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum seçeneklerine göre işaretleyiniz.**

13-Hastalarınıza sürekli hizmet sunarken, aşağıdaki seçeneklerin önemine ne oranda katılıyorsunuz.

a-Hastalarım ile iyi ilişki kurmak	1	2	3	4	5
b-Hasta kayıtlarını iyi tutmak ve bu kayıtların uygun transferini yapmak	1	2	3	4	5
c- Hekim ve hekim dışı, diğer meslek gruplarındaki uzmanlarla birlikte çalışırken, sürekli ve koordineli bir hizmet sunmak	1	2	3	4	5
d-Bir çok sağlık sorununun yönetimi ve bakımını sağlamak	1	2	3	4	5

14-Birinci Basamak Hekimi olarak günlük çalışmanızda, aşağıdaki maddelere ne oranda katıldığınızı işaretleyiniz.

a-Bir çok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma imkanı buluyorum.	1	2	3	4	5
b-Hasta dosya kaydım ve bu kayıtların transferi çok iyi durumda.	1	2	3	4	5
c-Diğer sağlık çalışanlarından, hasta dosya bilgileri transferi ve kaydı çok iyi durumda.	1	2	3	4	5
d-Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için; hekimler, hemşireler ve diğer sağlık elemanlarıyla birlikte çalışıyoruz.	1	2	3	4	5
e-Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları- hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışıyoruz.	1	2	3	4	5
f-Hastalarımın, bir çok sağlık problemine yardımcı olabiliyorum.	1	2	3	4	5

15-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili mevzuatı ile önerilen değişikliklerin, günlük çalışmanızda sürekliliği nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

a-Bir çok hastayla iyi bir doktor-hasta ilişkisi kurma fırsatı bulacağım.	1	2	3	4	5
b-Hasta dosya kaydım ve transferim çok iyi olacak.	1	2	3	4	5
c-Diğer sağlık çalışanları ile hasta dosya bilgileri transferim ve kaydım çok iyi olacak.	1	2	3	4	5
d-Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için hekimler, hemşireler ve diğer sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz.	1	2	3	4	5
e-Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için farklı birimlerdeki(farklı meslek grupları/farklı hizmet sunucuları- hastane) sağlık elemanları ile birlikte çalışabileceğiz.	1	2	3	4	5
f-Hastalarımın, bir çok sağlık problemine yardımcı olabileceğim.	1	2	3	4	5

16-Birinci basamak hizmeti sunma hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz.

a-Birinci basamak hekiminin, en önemli konularından biri, çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görebiliyor olmasıdır.	1	2	3	4	5
b- Çalışma saatleri dışında da aynı hastaları görmek, benim mesleki bilgimin artmasını sağlar.	1	2	3	4	5
c-Her bir hastanın, basit ve ciddi tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek büyük bir sorumluluktur.	1	2	3	4	5
d-Eğer hasta dosya bilgilerinin kaydı ve transferi iyi ise, bir çok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez.	1	2	3	4	5
e- Koordine ve tutarlı bir hizmet vermek için diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışırlarsa, bir çok hastanın sürekli aynı hekimi görmesi gerekmez.	1	2	3	4	5
f- İdeal olanı, hastaların sağlık hizmetlerinin büyük kısmını, aynı Birinci Basamak Hekimi tarafından almalarıdır.	1	2	3	4	5
g-Ulaşılabilirlik en üst düzeyde olursa, hastaların sürekli aynı hekimi görme ihtiyacı da azalacaktır.	1	2	3	4	5
h-Hastalar için, seçtikleri Birinci Basamak Hekimini görmek yerine, hızlı hizmet almaları daha önemlidir.	1	2	3	4	5
i-Sağlık sistemi, hastalara seçtikleri Birinci Basamak Hekimini görme olanağını sağlamalıdır.	1	2	3	4	5

17) Birinci basamak sağlık hizmetinde, “Bakımda Süreklilik” hakkında eklemek istedikleriniz var mıdır?

Katılımınız için teşekkürler.

ETİK KURUL KARARI



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
8	13.09.2006

KARAR No 3- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Nafiz Bozdemir yönetiminde Arş. Gör. Dr. Tülin Sezer tarafından tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen "Birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamalarında bakımda sürekliliğin durumu" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Yurdağur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Ersin Akpınar
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Öğrenci Temsilcisi Cem Başpınar
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Şehmus Ölmez
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Behnan Alper
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

*İlter Uzel
3.10.06*

*2.10.2006
[Signature]*

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tülin Sezer

Doğum yeri/tarihi: Adana, 1975

Medeni durumu: Bekar

Adres: Ziyapaşa Mah. 5. Sok. Komşular Apt. K:3 D:5
Seyhan/ADANA

Telefon: 322-4561991

E-mail: tsezer@cu.edu.tr

Mezun olduğu tıp fakültesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev yerleri: 2001-2003: T.C. Sağlık Bakanlığı Niğde Altınhisar İlçe
Devlet Hastanesi
2003-2008: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı

Yabancı diller: İngilizce