

# Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi\*

Gülnur İLGÜN\*\*  
Bayram ŞAHİN\*\*\*

## ÖZ

*Bu çalışmada aile hekimliği sisteminde çalışan hekimler ile aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulaması ile ilgili görüşlerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Verilerin elde edilmesinde kalitatif ve kantitatif veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı iki aşamalı bir süreç izlenmiştir. Birinci aşama olan kalitatif veri toplama aşamasında aile hekimliği uygulaması ile ilgili 30 kişiyle derinlemesine görüşmeler yapılarak ikinci aşama olan kantitatif araştırma aşamasında kullanılacak soru kağıdı geliştirilmiştir. İkinci aşamada ise Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içinde hizmet veren aile hekimliği merkezlerinden rastgele tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 175 aile hekimi ile 175 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 350 çalışana anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda uzman aile hekimlerinin aile hekimliği uygulaması ile ilgili görüşlerinin diğer gruplardan daha olumlu olduğu, ayrıca daha önce birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmış olanların aile hekimliği sisteminin hizmet kalitesi üzerindeki etkileri hakkındaki görüşlerinin daha önce birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmamış olanlardan farklı olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulguların, sağlık planlamacıları ve politika belirleyicileri için önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimi, Aile Sağlığı Elemanı, Verimlilik, Hizmet Kalitesi, Hizmete Erişim

## Investigating the Opinions of Employees Working in Family Medicine About Family Medicine Practice

### ABSTRACT

*This study is aimed on present the opinions of family physicians and family health workers regarding family medicine. The collection of data has been performed through two-phase process by using quantitative and qualitative data collection methods. In the first phase, which is the collection of qualitative data, in-depth interviews were carried out with 30 people on family medicine and the questionnaire was developed in the second phase as collection of quantitative data. During second phase, a questionnaire was conducted to 350 workers as 175 family physicians and 175 family health workers that were selected via random stratified sampling method among the family medicine centers giving service within the territories of Ankara Metropolitan Municipality. As a result of study, the opinions of attending family physicians on family medicine has come out as more positive than other groups as well as the opinions of the ones that have worked in first step health institutions regarding the impact of family medicine on service quality are different than the ones that have not. The findings of study are considered to be significant hints for health planners and policy makers.*

**Keywords:** Family Physician, Family Health Members, Productivity, Service Quality, Access to Service

\* Bu çalışma, Gülnur İlgün'ün "Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş ve Önerileri" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

\*\* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, gulnurharmanci@gmail.com

\*\*\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, baysahin@hacettepe.edu.tr

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri sisteminin makro düzeyde iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi, toplumun sağlık statüsünü yükseltmek, hastalıkları kontrol altına almak ve hastalık nedenleri hakkında bilgi sahibi olmaktır. İkincisi ise, sağlık eşitsizliklerini en aza indirmek ve sağlık hizmeti erişimini kolaylaştırmaktır. Söz konusu amaçları en iyi şekilde gerçekleştirebilmek ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak için sağlık hizmetleri kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (McWhinney, Freeman 2009).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hekimlerin bireylere sürekli ve kapsamlı olarak sunmuş oldukları hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; uzman hekimlerin kendi uzmanlık alanlarına göre bireylere sunmuş oldukları hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, ileri düzey ve yan dal uzmanlarının sunduğu bakım hizmetleridir. Söz konusu basamaklardan birinci basamak sağlık hizmetleri bireyin sağlık sistemine giriş kapısını ifade etmektedir (McWhinney, Freeman 2009; Olesan, Fleming 1998). Fakat birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemine giriş kapısı olarak kabul edilmesi erişilebilir olmasına bağlıdır. Kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi arttıkça; hizmetleri ilk başvuru yeri olarak kabul etme olasılığı da artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından ilk başvuru yeri olarak kullanılması maliyetlerin düşürülmesi, kişilerin daha kısa zamanda uygun tedaviye ulaşması, doğru yere sevk edilmesi, acil servislerin, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılması gibi katkılar sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, sağlamış olduğu bu katkılardan ötürü tüm ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz bir parçasıdır (Starfield 1998; Boerma 2003; Çevik 2013).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılına kadar sağlık ocağı sistemi kapsamında sunulurken; 2005 yılında pilot uygulama olarak başlayan ve 2010 yılında tam anlamıyla ülke çapında uygulamaya giren aile hekimliği sistemi kapsamında sunulmaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanan sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçişte birtakım değişikliklere gidilmiştir. Örneğin; sağlık ocağı uygulamasındaki bölge tabanlı ve geniş kapsamlı hizmet anlayışı (iyileştirici, koruyucu, kişiye, topluma ve çevreye yönelik); aile hekimliği uygulamasında değiştirilerek kayıtlı olan hasta uygulamasına geçilmiş ve hizmet kapsamı daraltılarak koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve topluma yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Buna göre aile sağlığı merkezlerinde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunulurken; toplum sağlığı merkezlerinde de topluma yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Çevik 2013). Hizmet anlayışında yaşanan bu değişim ile aile hekimleri sadece kendisine kayıtlı kişilere hizmet sunacağından hastalarını daha iyi tanıma olanağı bulduğu ve bu durumun da hizmet kalitesini ve verimliliğini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasıyla değiştirilen bir diğer husus ise, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişilerin istihdam edilme şekilleri ve çalışanlara yapılan ödemelerdir. Aile hekimliği ile birlikte sağlık ocağı uygulamasında devlet memuru kadrosunda çalışan sağlık personeli sözleşmeli olarak çalışmaya başlamıştır. Ayrıca sağlık ocağı uygulamasında kullanılan maaşa dayalı ödeme yöntemi değiştirilerek çalışılan gün sayısı ve performans dayalı ödeme yöntemine geçilmiştir. Gerçekleştirilen bu değişim ile hekimlerin hastalarını kaybetme korkuları artmış ve dolayısıyla hastalarına daha fazla vakit ayırdıkları ve daha fazla sahiplendikleri görülmüştür (Öcek, Soyer 2007).

Ülkemizde sağlık ocağı uygulamasında tedavi ağırlıklı olarak yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışı aile hekimliği uygulaması ile değiştirilerek daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bunun neticesinde; aşılama oranları, gebe, bebek, çocuk ve lohusa izlem oranları, aile planlaması hizmetlerinden yararlanma oranları, kronik

hastalıkların takip sıklığı artarken; bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır. Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranları sağlık ocağı uygulamasına göre artmıştır. Sağlık ocağı döneminde Sosyal Sigorta Kurumuna (SSK) bağlı kişilerin her kuruma başvuramaması, teknolojinin eksikliği, aile hekimliği birimlerinin sağlık ocağı dönemindeki özel muayenehanelerin yerini alması bu artışın sebepleri arasında gösterilebilir (Sağlık Bakanlığı 2013; Çevik 2013).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu en önemli kişiler aile hekimleridir (Fredericks 2014). Bu nedenle aile hekimliği sisteminin merkezinde yer alan ve sistemin iyi işleminde aktif rol oynayan aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulaması kapsamında verilen hizmetlere yönelik görüşlerinin alınması sistemin daha başarılı bir şekilde işlemesine katkı sağlayacaktır. Ancak yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye’de aile hekimliği ile ilgili yapılmış olan çalışmaların daha çok hasta-hekim memnuniyeti analizleri ya da bazı hastalıkların önlenmesi, takibi ve tedavisi konusunda aile hekimlerinin katkılarının araştırılması gibi konular üzerinde olduğu; aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamasına yönelik görüşlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışma sayısının sınırlı ölçüde olduğu görülmüştür. Aile hekimliği çalışanlarının sisteme ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik yapılmış olan çalışmaların da bazılarının aile hekimliği uygulamasına geçiş aşamasındayken ya da uygulamaya girmeden önce yapıldığı (İlgar 2006; Algın ve diğerleri 2004), bazılarının ise sadece aile hekimleri üzerinde olduğu aile sağlığı elemanlarının görüşlerine yer vermediği görülmüştür (Ağdemir 2012; Korkmaz ve diğerleri 2012; Şişman 2010; Günvar ve diğerleri 2011).

Sonuç olarak, aile hekimliği ile ilgili yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerini hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi boyutları açısından değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle aile hekimliği uygulamasının hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi üzerine yansımaları ile ilgili çalışanların görüşlerini konu alan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Söz konusu bu eksiklik sebebiyle, Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde hizmet sunan aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik yapılmış olan bu çalışmanın literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmanın diğer güçlü yönleri ise; aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye’de yaygınlaştığı bir zamanda yapılmış olması, örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda ve aile hekimliğinde çalışan hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanlarını kapsamasından ötürü genellebilirliğinin yüksek olmasıdır.

Aşağıda ilk olarak aile hekimliği ile ilgili teorik bilgilere, daha sonra bu araştırmanın yöntemi ile bulgu ve sonuçlara yer verilmiştir.

## II. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde aile hekimliğinin tarihçesi, tanımı, aile hekimlerinin rolleri, görevleri ve yetkinlikleri ile aile hekimliği hizmetlerinin temel bileşenleri hakkında genel bilgiler yer almaktadır.

### 2.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile hekimliği ile ilgili ilk tanım Leeuwenhorst tarafından yapılmış ve Leeuwenhorst’a (1977) göre aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, ailelere ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak ve sürekli bakım sağlayan lisanslı tıp doktorudur. Hastalarına; hasta görüşme odasında, hastaların evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede

hizmet sunmaktadır. Amacı hastalığı erken teşhis etmek, hastalarının sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenlerini göz önüne almaktır. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli bakım yönetimi sorumluluğunu üstlenmektedir. Aile hekimi; tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilen ve topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eden hekimdir (Leeuwenhorst 1977).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (World Organization of Family Doctors, WONCA) (2011) tanımına göre aile hekimliği ise; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (WONCA 2011). Bu uzmanlığın tanımlanmasına yön veren çok sayıda ilke bulunmaktadır. Bunlar; hasta merkezli yaklaşım, aile ve toplum bağlamına yönelim, sağlık bakımında süreklilik, karmaşık sağlık sorunları, bakımın koordinasyonunu sağlama, hastaların erken evrelerde görülmesi, verimlilik, kronik hastalıkların takibi, sağlık bakımına sürekli erişim ve kanıta dayalı uygulamalardır (Sloane et al. 2012; McWhinney, Freeman 2009; Lee 2005; Gonzales et al. 2007; Goh, Ong 2014).

## 2.2. Aile Hekimliği Hizmetlerinin Temel Bileşenleri

Aile hekimliği kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin sahip olması gereken bileşenler şunlardır:

- **Ekip yaklaşımı:** Aile hekimleri kendilerine tanımlanmış nüfusun sağlık ihtiyaçlarını en iyi ve kaliteli bir şekilde karşılamaları birlikte çalışabilecekleri ve fikir alışverişinde bulunabilecekleri ekiplerle çalışmalarıyla doğru orantılıdır (Sloane et al. 2012). Ekip yaklaşımında hekimler hasta bakımında sorumluluğu üstlenmekle birlikte risk paylaşımını da yapmaktadır (Rosser et al. 2011).
- **Elektronik tıbbi kayıtlar:** Sağlık hizmeti sunucularının, hasta bakım kalitesini iyileştirebilmeleri için izlenebilecek yollardan bir tanesinde hasta kayıtlarının sürekli ve düzenli tutulmasıdır (Terry et al. 2008; Linder et al. 2007; Chaudhry et al. 2006). Aile hekimleri de hastanın temel bilgilerine kolayca ulaşabilmek, hastaların başvuru sıklıklarının takip edebilmek, toplumdaki koruyucu hekimlik hedeflerine ulaşmadaki başarıyı izleyebilmek ve hasta güvenliğini sağlamak gibi amaçlarla elektronik tıbbi kayıt tutmaktadır (McWhinney, Freeman 2009)
- **Sevk ve Konsültasyon:** Tıp biliminin ilerlemesi neticesinde, hastanede çalışan hekimler ile birinci basamakta çalışan hekimler arasında; hastaların tanı, tedavi ve bulgularının değerlendirilmesi, acil sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve kaliteli sağlık bakımının sunulabilmesi için sevk ve konsültasyon önemli bir olgudur (Wachter, Goldman, 2002; Kripalani et al. 2007).
- **Aile sağlığı birimi yönetimi:** İyi bir aile hekimi olmak klinik becerilere sahip olmanın yanı sıra yönetsel becerilere de sahip olmayı gerektirmektedir. Aile hekimliği biriminin kötü yönetilmesi, hasta bakım kalitesinin azalmasına, hastaların memnuniyetlerinin düşmesine ve çalışanların motivasyonlarının azalmasına sebep olmaktadır (McWhinney, Freeman 2009).
- **Kronik hasta yönetimi:** Çoğu ülkenin hastalık yükünün büyük bir kısmını kronik hastalıkların oluşturması, kronik hastalıkların diğer hastalıklara ve ölüme sebebiyet vermesi, bu hastalıklara sahip birey sayısının gün geçtikçe artması kronik hasta yönetimine verilen önemi daha çok arttırmıştır (Dent et al. 2010; Bruin et al. 2012) bu noktada da aile hekimlerinden; kronik rahatsızlığı olan bireylere, hastalıklarıyla baş etme yollarını öğretmeleri ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini planlamaları konusunda gerekli bilgileri sağlamaları beklenmektedir. (Russell et al. 2009; Starfield et al. 2003).

### III. YÖNTEM

#### 3.1. Amaç ve Hipotezler

Bu çalışma ile aile hekimliği sisteminde çalışan sağlık personelinin (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı) aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu amaca yönelik olarak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamasının hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmeleri istenmiş ve aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

**Hipotez 1.** Aile hekimliği sistemi çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının hizmet erişimi üzerine yansımaları ile ilgili değerlendirmeleri; a)mesleki ünvanlarına b)aile hekimliği sisteminden önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

**Hipotez 2.** Aile hekimliği sistemi çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının verimlilik üzerine yansımaları ile ilgili değerlendirmeleri; a)mesleki ünvanlarına b)aile hekimliği sisteminden önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

**Hipotez 3.** Aile hekimliği sistemi çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının hizmet kalitesi üzerine yansımaları ile ilgili değerlendirmeleri; a)mesleki ünvanlarına b)aile hekimliği sisteminden önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama olan kalitatif araştırmada, aile hekimliği çalışanlarının uygulama hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde hizmet veren ve araştırma kapsamındaki tüm ilçelerden en az bir çalışan olacak şekilde belirlenen 15 aile hekimi ve 15 aile sağlığı elemanı ile görüşülmüştür.

İkinci aşama olan kantitatif araştırma aşamasında ise, araştırmanın evrenini temsil eden bir örnek üzerinde çalışmak için Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde hizmet veren aile sağlığı merkezleri belirlenmiştir. Buna göre belediye sınırları içinde toplam 272 aile sağlığı merkezi bulunduğu ve aile sağlığı merkezlerinde 1126 aile hekimi, 1126 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 2252 kişinin çalıştığı tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü ise, %95'lik güven düzeyi için, 348 kişi olarak hesaplanmış ve bu sayı yuvarlanarak örneklem sayısının 350'ye tamamlanmasına karar verilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasının ardından ilçelere göre rastgele tabakalı örnekleme yöntemine dayalı olarak Tablo 1'deki gibi aile sağlığı merkezleri belirlenmiştir. Rastgele tabakalı örnekleme yöntemine dayalı olarak belirlenen aile sağlığı merkezlerinden de sistematik örnekleme yöntemiyle aile sağlığı birimleri seçilmiştir. Soru formunun uygulanması aşamasında seçilmiş olan aile sağlığı birimlerine ulaşılamaması durumunda, ilgili birim yerine aynı aile sağlığı merkezinde bulunan diğer aile sağlığı birimleri ikame olarak kullanılmıştır. Araştırma 01 Nisan- 02 Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

**Tablo 1. Evren ve Örnekleme Yer Alan Aile Sağlığı Merkezi ve Personel Sayılarının Dağılımı**

Ankara Büyükşehir Sınırları İçindeki İlçeler	Evrendeki ASM Sayısı	Evrendeki Personel Sayısı	Örnekleme Giren ASM Sayısı	Örneklemedeki Personel Sayısı
Altındağ	26	206	5	32
Çankaya	52	412	9	64
Etimesgut	24	204	6	32
Gölbaşı	14	58	3	8
Keçiören	60	464	11	72
Mamak	35	294	8	46
Sincan	24	264	6	40
Yenimahalle	37	350	8	54
Toplam	272	2252	56	348

### 3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma ilk aşama kalitatif ikinci aşama kantitatif olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, aile hekimliği çalışanları (15 aile hekimi ve 15 aile sağlığı elemanı) ile yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler neticesinde elde edilen veriler ışığında bir soru formu oluşturulmuştur. Kantitatif araştırma aşaması için hazırlanmış olan bu soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam on soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise, aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi üzerindeki sonuçları hakkında görüşlerini belirlemek için on beş maddeye yer verilmiştir. “Hizmete erişim”, aile hekimliği uygulamasının hizmete erişimi nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik beş madde içermektedir. Verimlilik boyutu ise, uygulamanın verimliliğini üç madde ile değerlendirmektedir. Son boyut olan hizmet kalitesi ise aile hekimliği kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini yedi madde ile değerlendirmektedir.

Tüm maddeler beşli Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Ölçeğe göre; 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.

### 3.4. Verilerin Analizi

Çalışmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS programı (18.0) ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki aile hekimliğinde çalışan aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının özellikleri; frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Bağımsız iki grup arasında fark olup olmadığını sınamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student's-t test) kullanılırken, ikiden çok grup arasında fark olup olmadığını karşılaştırırken parametrik test varsayımlarının yerine gelmemesi durumunda Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunması durumunda ise, farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

#### IV. BULGULAR

Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içinde hizmet sunan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde yapılan bu çalışmaya toplam 350 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dağılımı (n=350)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	96	27,4
Kadın	254	72,6
<b>Yaş</b>		
18-35	95	27,1
36-40	98	28,0
41-45	79	22,6
46-62	78	22,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	290	82,9
Evli Değil	60	17,1
<b>Mesleki Ünvan</b>		
Pratisyen Hekim	157	44,9
Uzman Hekim	18	5,1
Aile Sağlığı Elemanı	175	50,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	34	9,7
Önlisans	87	24,9
Lisans	191	54,6
Yüksek Lisans & Doktora	20	5,7
Tıpta Uzmanlık	18	5,1
<b>Toplam Çalışma Süresi (ay)</b>		
4-144	89	25,4
145-216	92	26,3
217-264	80	22,9
265-432	89	25,4
<b>ASM'deki Çalışma Süresi (ay)</b>		
2-46	158	45,1
47-84	192	54,9
<b>Önceki Çalıştığı Kurum</b>		
Daha Önce Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışanlar	199	56,8
Daha Önce Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışmayanlar	136	38,9
Cevap yok	15	4,3

**Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dağılımı (n=350) - Devamı**

Değişkenler	n	%
<b>Kayıtlı Kişi Sayısı</b>		
2.950-3.728	87	24,9
3.729-3.950	88	25,1
3.951-4.000	89	25,4
4.001-4.445	85	24,3
Cevap yok	1	0,3
<b>ASM Bölgesi</b>		
Altındağ	32	9,1
Çankaya	66	18,9
Etimesgut	32	9,1
Gölbaşı	8	2,3
Keçiören	72	20,6
Mamak	46	13,1
Sincan	40	11,4
Yenimahalle	54	15,4

Örneklemdaki aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, kadınların oranının örneklemin 2/3'ünü oluşturduğu görülmektedir. Kadınların (%72,6) payının örneklemin yarısından fazla olması, aile sağlığı elemanlarının hemen hemen hepsinin kadın olması ile açıklanmaktadır.

Araştırmaya katılanların yaşa göre dağılımlarına bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-35 (%27,1) ve 36-40 (%28) yaş gruplarında olduğu, bunu 41-45 (%22,6) ve 46-62 (%22,3) yaş gruplarının takip ettiği görülmektedir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların 4/5'inin evlilerden (%82,9) oluştuğu tespit edilmiştir.

Anketi cevaplayanların mesleki ünvanlarına bakıldığında, %44,9'unun pratisyen aile hekimi, %5,1'inin uzman hekim ve %50'sinin aile sağlığı elemanı grubunda olduğu bulunmuştur. Toplam örnekleme uzman hekim oranının bu kadar düşük olması, fiilen aile hekimliği sisteminde çalışan uzman hekim sayısının azlığı ile açıklanmaktadır.

Eğitim durumu açısından bakıldığında, çalışanların 1/2'sinin lisans mezunu (%54,9) olduğu görülmektedir. Diğer katılımcıların ise, %24,9'unun önlisans, %9,7'sinin lise, %5,7'sinin yüksek lisans ve doktora, %5,1'inin de tıpta uzmanlık derecelerine sahip olduğu bulgulanmıştır.

Ankete katılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sağlık çalışanı olarak toplam görev sürelerine bakıldığında %25,4'ünün görev süresinin 4-144 ay arasında, %26,3'ünün 145-216 ay arasında, %22,9'unun 217-264 ay arasında ve son olarak %25,4'ünün 265-432 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği sisteminde çalışma süreleri açısından değerlendirildiğinde, %45,1'inin 2-46 ay aralığında, %54,9'unun 47-84 ay aralığında çalıştığı bulgulanmıştır.

Araştırmaya katılan çalışanların aile hekimliği sisteminden önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışıp çalışmadığına bakıldığında, daha önce birinci basamak sağlık kurumunda (sağlık ocağı, AÇSAP) çalışanların payının örneklemin 1/2'sine tekabül ettiği görülmektedir. Ayrıca ankete katılanların %4,3'nün daha önce herhangi bir sağlık kurumunda çalışmadığı



saptanmıştır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayıları açısından değerlendirildiğinde ise, kayıtlı kişi sayısı aralığının 2950 ile 4445 arasında değiştiği gözlemlenmiştir.

Son olarak, araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının hizmet sunduğu aile sağlığı merkezinin bulunduğu ilçeye göre dağılımına bakıldığında ise, katılımcıların; Keçiören (%20,6), Çankaya (%18,9), Yenimahalle (%15,4), Mamak (%13,1), Sincan (%11,4), Altındağ - Etimesgut (%9,1) ve Gölbaşı (%2,3) ilçelerinde çalıştığı görülmektedir. En fazla katılımcı oranının Keçiören ilçesinde olması aile sağlığı merkezi sayısının (60) çok olmasıyla açıklanırken, Gölbaşı ilçesinde en az katılımcının olması ise, aile sağlığı merkezi sayısının (14) düşük olmasıyla açıklanmaktadır.

**Tablo 3. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Mesleki Ünvana Göre Karşılaştırması**

Değişkenler	Pratisyen Aile Hekimi (1)	Uzman Hekim (2)	Aile Sağlığı Elemanı (3)	Ki Kare	p	Farklılığı Yaratılan Grup / Gruplar
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.			
<b>Hizmete Erişim</b>	173,49	215,53	173,19	2,998	0,223	-
Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunulmaktadır.	168,03	168,64	182,91			
Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaşmıştır.	172,80	230,94	172,22			
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetleri uygulamaları artmıştır.	176,64	181,00	173,91			
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları artmıştır.	173,28	204,64	174,50			
Aile hekimliği uygulaması ile kronik hastaların takip sıklığı artmıştır.	173,28	173,28	232,06			
<b>Verimlilik</b>	175,57	221,92	170,66	4,244	0,120	-
Aile hekimliği uygulamasından sonra hastaların 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranları düşmüştür.	169,29	214,14	177,10			
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulmaktadır.	170,93	208,22	176,24			
Aile hekimliği uygulaması birinci basamakta sunulan hizmetin maliyetini düşürmüştür.	183,91	214,94	163,9			

**Tablo 3. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Mesleki Ünvana Göre Karşılaştırması - Devamı**

Değişkenler	Pratisyen Aile Hekimi (1)	Uzman Hekim (2)	Aile Sağlığı Elemanı (3)	Ki Kare	p	Farklılığı Yaratan Grup / Gruplar
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.			
<b>Hizmet Kalitesi</b>	160,74	250,64	181,02	13,843	<b>0,001</b>	1-2 p=0,000 2-3 p=0,007
Aile hekimliği uygulaması ile hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.	173,30	216,78	173,23			
Aile hekimliği uygulaması hasta odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışını getirmiştir.	165,89	197,67	181,85			
Aile hekimliği uygulaması ile hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim sağlık ocağı uygulamasına göre daha da güçlenmiştir.	169,23	204,25	178,17			
Aile hekimliği uygulaması sağlık personelinin hastalarına daha fazla vakit ayırabilmesini sağlamıştır.	171,09	200,56	176,88			
Aile hekimliği uygulaması sadece aile hekimi uzmanları ile etkili olabilecek bir sistemdir.	129,11	293,28	205,00			
Toplumun birinci basamak hizmetlere ilişkin memnuniyeti artmıştır.	171,16	221,08	174,70			
Aile hekimliği uygulaması ile toplumun sağlığı daha çok kontrol altına alınmıştır.	170,87	207,31	176,38			

Tablo 3’de aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliğine ilişkin görüşleri mesleki ünvana göre karşılaştırılmış ve sadece hizmet kalitesi boyutuna ilişkin değerlendirmelerin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p=0,001). Buna göre, söz konusu boyut ile ilgili ifadeler uzman hekimler; aile hekimleri ve aile sağlığı elamanlarına göre daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir. Hizmete erişim ve verimlilik boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanamamasına rağmen uzman hekimlerin her iki boyuta ilişkin görüşlerinin diğer gruplardaki çalışanlara göre daha olumlu olduğu saptanmıştır (p≥ 0,05).

Sonuç olarak Hipotez 3.a kabul edilirken, 1.a ve 2.a reddedilmiştir.

**Tablo 4. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Daha Önce Birinci Basamak Sağlık Kurumunda (BBSK) Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırması**

Değişkenler	Daha Önce BBSK Çalışanlar		Daha Önce BBSK Çalışmamış Olanlar		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
<b>Hizmete Erişim</b>	3,64	0,86	3,79	0,86	-1,560	0,120
Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunulmaktadır.	3,68	1,14	3,71	1,12		
Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaşmıştır.	3,74	1,06	3,99	0,99		
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetleri uygulamaları artmıştır.	3,35	1,12	3,47	1,26		
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları artmıştır.	3,77	1,18	3,90	1,09		
Aile hekimliği uygulaması ile kronik hastaların takip sıklığı artmıştır.	3,64	1,12	3,85	1,06		
<b>Verimlilik</b>	3,29	0,94	3,47	0,97	-1,639	0,102
Aile hekimliği uygulamasından sonra hastaların 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranları düşmüştür.	3,17	1,21	3,38	1,21		
Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulmaktadır.	3,49	1,11	3,61	1,20		
Aile hekimliği uygulaması birinci basamakta sunulan hizmetin maliyetini düşürmüştür.	3,23	1,16	3,41	1,21		
<b>Hizmet Kalitesi</b>	3,45	0,82	3,66	1,09	-1,975	0,049
Aile hekimliği uygulaması ile hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.	3,58	1,19	3,68	1,19		
Aile hekimliği uygulaması hasta odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışını getirmiştir.	3,82	1,03	3,81	1,04		
Aile hekimliği uygulaması ile hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim sağlık ocağı uygulamasına göre daha da güçlenmiştir.	3,66	1,21	3,88	1,15		
Aile hekimliği uygulaması sağlık personelinin hastalarına daha fazla vakit ayırabilmesini sağlamıştır.	3,36	1,28	3,65	1,26		
Aile hekimliği uygulaması sadece aile hekimi uzmanları ile etkili olabilecek bir sistemdir.	2,58	1,34	2,96	4,74		
Toplumun birinci basamak hizmetlere ilişkin memnuniyeti artmıştır.	3,71	1,06	3,95	1,04		
Aile hekimliği uygulaması ile toplumun sağlığı daha çok kontrol altına alınmıştır.	3,44	1,17	3,67	1,15		

Tablo 4’de de görüldüğü gibi aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamasının hizmet kalitesine olan yansımaları ile ilgili görüşleri daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,049$ ). Buna göre bu boyuttaki maddelere, daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmayan hekim ve aile sağlığı elemanları 3,66 ( $\pm 1,09$ ) ortalama değer ile daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışan hekim ve aile sağlığı elemanına göre daha fazla katılmışlardır.

Hizmete erişim ve verimlilik boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamasına rağmen daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmamış olan kişilerin her iki boyuta ilişkin görüşlerinin daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmış olan kişilere oranla daha olumlu olduğu saptanmıştır ( $p \geq 0,05$ ).

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda Hipotez 3.b kabul edilirken; 1.b, 2.b reddedilmiştir.

## V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetleri tüm ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli bir yere sahiptir ve kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlayan en temel basamaktır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan ve bu sistemin daha iyi işleminde aktif rol oynayan aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği hakkındaki görüşlerini konu alan çalışmalar literatürde oldukça önemli bir yere sahiptir. Mevcut literatürdeki eksikliği gidermek için yapılan bu çalışmada, aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerini hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi boyutları açısından değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanmış olan anket formu ile “Örneklemdaki sağlık çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki değerlendirmeleri arasında fark var mıdır?” sorusuna cevap arayan bu çalışmada yapılan analizler çerçevesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışma kapsamında, aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşleri mesleki ünvanları açısından değerlendirilmiş ve sadece hizmet kalitesi boyutuna verilen cevapların mesleki ünvana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuca göre uzman hekimlerin aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetin kalitesine ilişkin değerlendirmeleri pratisyen aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına göre daha olumludur. Bu durumu uzmanlık eğitimi almış hekimlerin kendi vermiş oldukları sağlık hizmetlerini daha kaliteli bulmaları ile açıklamak mümkündür. Şişman (2010) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesine ilişkin görüşleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunurken; Ilgar (2006) tarafından yapılan çalışmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmanın bulgularına göre hizmet kalitesi boyutuyla ilgili göze çarpan önemli noktalardan biri de, bu boyutta yer alan “Aile hekimliği uygulaması sadece aile hekimi uzmanları ile etkili olabilecek bir sistemdir” maddesine neredeyse uzman aile hekimlerin hepsi katılırken, pratisyen aile hekimlerinin büyük bir çoğunluğunun katılmamasıdır. Hizmet kalitesi ile ilgili bir diğer sonuç ise pratisyen hekimlerin aile sağlığı uygulamasının hizmet kalitesi üzerine etkileri ile ilgili görüşlerinin ise hizmete erişim ve verimlilik boyutlarına göre daha az olumlu olmasıdır.

Aile hekimliği sisteminin hizmete erişim boyutu üzerindeki etkileri çalışanların mesleki ünvanları açısından incelendiğinde; uzman hekimlerinin en az katıldıkları hususun “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunulmaktadır”

maddesi olduğu görülürken, en fazla katıldıkları hususun “Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaşmıştır” maddesi olduğu görülmüştür. Diğer yandan “Aile hekimliği uygulaması ile kronik hastaların takip sıklığı artmıştır” maddesine ise aile sağlığı elemanları pratisyen ve uzman aile hekimlerine oranla daha fazla katılmışlardır.

Çalışmadan elde edilen diğer bir bulgu, aile hekimliğinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulamasının hizmet kalitesine olan yansımaları ile ilgili görüşlerinin daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesidir. Bu bulguya göre daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmayan hekim ve aile sağlığı elemanlarının söz konusu boyuta ilişkin değerlendirmeleri daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışanlara oranla daha olumludur. Daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmamış kişilerin hizmet kalitesi ile ilgili cevaplarının daha olumlu olmasının nedeni, bu kişilerin aile sağlığı uygulamalarını daha önce çalışmış oldukları kurumların (hastane, Sağlık Bakanlığı vb.) uygulamalarına oranla hizmete erişim, verimlilik ve kalite göstergeleri açısından daha somut bir şekilde değerlendirebilmeleri olarak düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasından önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmamış olan personelin hizmete erişim boyutunda bulunan “Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaşmıştır” ifadesine katılım düzeyinin daha önce birinci basamak sağlık kurumlarında çalışanlara oranla daha olumlu olduğu görülmüştür. Çalışmanın bulgularına göre, daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışan kişilerin kalite boyutunun altında yer alan “Aile hekimliği uygulaması sağlık personelinin hastalarına daha fazla vakit ayırabilmesini sağlamıştır” maddesine düşük düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Yine kalite boyutunda yer alan “Aile hekimliği uygulaması sadece aile hekimi uzmanları ile etkili olabilecek bir sistemdir” görüşüne ise, daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışan ve çalışmayan tüm grupların en az düzeyde katıldıkları bulunmuştur.

Araştırmaya göre, daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalışmamış olan aile hekimliği çalışanlarının hizmet kalitesinin altında yer alan maddeler içerisinde en fazla “Toplumun birinci basamak hizmetlere ilişkin memnuniyeti artmıştır” maddesine katıldıkları tespit edilmiştir. Daha önce birinci basamak sağlık kuruluşlarında (sağlık ocağı ve AÇSAP) çalışmış olanların aile sağlığı sisteminin hizmet verimliliğine ilişkin etkileri konusundaki görüşlerinin ise hizmete erişim ve hizmet kalitesi boyutlarına göre daha az olumlu olduğu görülmüştür.

Mevcut aile hekimliği sisteminin etkililiğinin daha da arttırılması için çalışma sonuçlarına dayalı olarak aşağıdakiler önerilebilir:

- Aile hekimlerinin performanslarının değerlendirilmesinde, sadece hasta sayısı gibi sayısal göstergeler değil, aynı zamanda kalite göstergelerini de göz önünde bulunduran bir sistem geliştirilmelidir.
- Gebe ve bebek takiplerinin en iyi şekilde yapılmasını sağlamak için kişilerin 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurularını kısıtlayacak ve böylece kişileri aile hekimlerine başvurmaya yönlendirecek bireysel bildirim zorunluluğunu getiren düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile hekimliği sisteminde sunulan hizmetlerin kapsamı fizik tedavi uzmanı, diş hekimi, sosyal çalışmacı ve diyetisyen gibi sağlık personeli tarafından sunulacak şekilde genişletilmelidir.

Bu çalışma sadece Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içerisindeki 56 aile sağlığı merkezinde çalışan 175 aile hekimi ve 175 aile sağlığı elemanı üzerinde yapıldığından çalışma sonuçlarının tüm aile hekimliği sistemine ve tüm sağlık çalışanlarına genellenmesine ihtiyatla yaklaşmak gerekir. Ancak, Türkiye’de daha önce aile hekimliği sisteminin hizmete erişim, verimlilik ve hizmet kalitesi üzerine yansımaları ile ilgili yapılmış bir çalışmanın bulunmaması, araştırmaya katılım sayısının yüksek olması ve araştırmada hem kalitatif hem de kantitatif araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılması bu çalışmanın güçlü yönleridir.

Ayrıca bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların aile hekimliği uygulamasının erişilebilirliğinin, verimliliğinin ve kalitesinin artırılmasında politika belirleyicilere önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ağdemir H. (2012) Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. **Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Mersin.
2. Algın K., Şahin İ. ve Top M. (2004) Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 7(3): 249-275.
3. Boerma W. (2003) **Profiles of General Practice in Europe: An International Study of Variation in The Tasks of General Practitioners**. Nivel, The Netherlands.
4. Bruin S. R., Versnel N., Lemmens L. C., Molema C., Schellevis F. G., Nijpels G. and Baan C. A. (2012) Comprehensive Care Programs for Patients With Multiple Chronic Conditions: a Systematic Literature Review. **Health Policy** 107(2): 108-145.
5. Chaudhry B., Wang J., Wu S., Maglione M., Mojica W. and Roth E. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. **Annals of Internal Medicine** 144(10): 742-752.
6. Çevik C. (2013) Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012). **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**, İzmir.
7. Dent M. M., Mathis M. W., Outland M., Thomas M. and Industrious D. (2010) Chronic Disease Management: Teaching Medical Students to Incorporate Community. **Fam Med** 42(10): 736-40.
8. Fredericks E. (2014) Short Report: How Family Physicians Can Support Discussions About Menstrual Issues. **Canadian Family Physician** 60(3): 194-196.
9. Günvar T., Kartal M., Toksun A., Yemez B. and Güldal D. (2010) The Influence of Health Care Reforms on Work-Related Attitudes and Anxieties of Primary Care Physicians. **Medicina (Kaunas, Lithuania)** 47(11): 623-628.
10. Goh L. G. and Ong C. P. (2014) Education and Training in Family Medicine: Progress and a Proposed National Vision For 2030. **Singapore Medical Journal** 55(3): 117-123.
11. Gonzales A. O. B., Chessman A. W. and Sheets K. J. (2007) Family Medicine Clerkship Curriculum: Competencies and Resources. **Family Medicine-Kansas City** 39(1): 43.

12. Ilgar M. (2006) Düzce İli Aile Hekimliği Pre-Pilot Uygulamasının Sahada Görevli Hekimlerce Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
13. Korkmaz M., Yahyaoğlu G. ve Çalışkan D. (2012) Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi ve İş Performansının Uygulamaları Olarak İncelenmesi. **Akademik Bakış Dergisi** 29: 1-18.
14. Kripalani S., LeFevre F., Phillips C. O., Williams M. V., Basaviah P. and Baker D. W. (2007) Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. **JAMA** 297(8): 831-841.
15. Lee A. (2005) What are Core Competencies The Family Physicians Should Possess in Delivering Quality Primary Health Care?. **Journal of Primary Care and Health Promotion** 2(1): 42-48.
16. Leeuwenhorst W. P. (1977) Statement by a Working Party of The Second European Conference (1974). **Journal of the Royal College of General Practitioners** 27: 117.
17. Linder J. A., Ma J., Bates D. W., Middleton B. and Stafford R. S. (2007) Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care In the United States. **Archives of Internal Medicine** 167(13): 1400-1405.
18. McWhinney I. R. and Freeman T. (2009) **Textbook of Family Medicine**. Oxford University Press, United Kingdom.
19. Olesen F. and Fleming D. (1998) Patient Registration and Controlled Access to Secondary Care Prerequisites for Integrated Care. **European Journal of General Practice** 4(2): 81-83.
20. Öcek Z. ve Soyer A. (2007) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi**. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
21. Rosser W. W., Colwill J. M., Kasperski J. and Wilson L. (2011) Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home. **The Annals of Family Medicine** 9(2):165-171.
22. Russell G. M., Dahrouge S., Hogg W., Geneau R., Muldoon L. and Tuna M. (2009) Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. **The Annals of Family Medicine** 7(4): 309-318.
23. Sağlık Bakanlığı (2013) **Sağlık İstatistikleri Yılığ 2013**. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
24. Sloane P. D., Slatt L. M., Ebell M. H., Smith M. A., Power D. V. and Viera A. J. (2012) **Essentials of Family Medicine**. Wolters Kluwer Business, China.
25. Starfield B. (1998) **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. Oxford University Press, New York.

26. Starfield B., Lemke K. W., Bernhardt T., Foldes S. S., Forrest C. B. and Weiner J. P. (2003) Comorbidity: Implications for The Importance of Primary Care in ‘Case’ Management. **The Annals of Family Medicine** 1(1): 8-14.
27. Şişman S. (2010) Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
28. Terry A. L., Thorpe C. F., Giles G., Brown J. B., Harris S. B. and Reid G. J. (2008) Implementing Electronic Health Records Key Factors in Primary Care. **Canadian Family Physician** 54(5): 730-736.
29. Wachter R. M. and Goldman L. (2002) The Hospitalist Movement 5 Years Later. **JAMA** 287(4): 487-494.
30. WONCA (World Organization of Family Doctors) (2011) **The European Definition of General Practice / Family Medicine**. WHO Europe Office, Spain.