

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE
HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİ ALGISI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sanem BAYKAN TÜZÜNER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İZMİR

MAYIS- 2018

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLERİNİN VE AİLE
HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİ ALGISI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sanem BAYKAN TÜZÜNER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İZMİR

MAYIS- 2018

TEZ ONAY SAYFASI



T.C.
Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
TEZ SINAV TUTANAĞI



I-UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı Soyadı : Dr. Sanem TÜZÜNER	Tarih 21/05/2018
Anabilim / Bilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ	

II-TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: "İzmir İli Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetim Algısı"
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1- Sayfa Sayısı : 138
2- Tablo Sayısı : 36
3- Şekil Sayısı : 6
4- İstatistik Sayısı : 4
5- Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 87
6- Yazı Tertibi : Uygun
7- Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : Başarılı
8- İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : Bilimsel
9- Orijinal Olup Olmadığı : Orijinal

III-KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak
 Kabulüne
 Reddine
 Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine
Oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV-AÇIKLAMALAR

Lütfen tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekeçli açıklamalarınızı buraya yazınız

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Jüri Başkanı	Jüri Üyesi	Jüri Üyesi
 Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. Başkanı / Öğrt. Üyesi	 Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi	 Başasistan Özgü TUNCER Sağlık Bilimleri Üniv. Bozyaka Eğt. Arş. Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanı, Başasistan

ONAY
... / ... / 2018
Prof. Dr. Gökhan KÖYLÜOĞLU
Tıp Fakültesi Dekan V.



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalışmam kapsamında Aile Hekimliği'ne daha da çok bağlanmamı sağlayan ve beni güncel bir konuya yönlendirerek ufkumu açan, tez çalışmam sürecinde bilgisini, tecrübesini ve manevi desteğini her daim paylaşan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem Koç'a

Tez çalışmam sürecinde bana yol gösteren ve destek olan hocam Doç. Dr. Melih Kaan Sözmen'e,

Tez çalışmam sürecinde bana destek olan, bu zorlu süreci kolaylaştıran sevgili arkadaşlarım Uzm. Dr. Meryem Aşkın'a, Uzm. Dr. Merve Yekta Ateş'e, Uzm. Dr. Mehmet Arslan'a ve Uzm. Dr. Süleyman Albaş'a,

Yetişmemde ve bu günlere gelmemde sonsuz emekleri olan sevgili annem Hülya Baykan'a ve rahmetli babam Mehmet Baykan'a

Hayatıma girdiği andan itibaren sevgisi ve desteği ile her daim yanımda olan sevgili eşim, Selen ve Yaman'ımızın babası Murat Tüzüner'e

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Sanem BAYKAN TÜZÜNER

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik hastalıklar.....	3
2.1.1. Kronik hastalıkların önemi.....	3
2.1.2. Kronik hastalıkların Tanımı.....	4
2.1.3. Kronik hastalıkların Özellikleri.....	5
2.1.4. Kronik hastalık Yönetimi.....	5
2.1.4.1. Birinci Basamakta kronik hastalık yönetimi.....	7
2.1.4.2. Kronik Bakım Modeli.....	8
2.1.4.3. Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği -PACİC (<i>Patient Assesment Of Chronic İllness Care</i>)	12

2.1.4.4. Rehber Kullanımı.....	13
2.2. Aile Hekimliği	19
2.2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı.....	19
2.2.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri	21
2.2.3. Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Dünyada Aile Hekimliği...	23
2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Çalışmanın Tasarımı.....	32
3.2. Örneklem Büyüklüğü.....	32
3.3. Veri Toplama Araçları.....	33
3.4. İstatiksel Analiz.....	33
4.BULGULAR.....	35
4.1.Genel.....	35
4.1.1.Katılımcıların demografik özellikleri.....	35
4.1.2.Günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan süreler.....	37
4.1.3.Kronik hastalık yönetimindeki güçlükler.....	38
4.1.4.Rehber kullanımı.....	41
4.2.Ünvanlar	42
4.2.1.Ünvanlara göre demografik özelliklerin dağılımı.....	42

4.2.2.Ünvanlara göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin karşılaştırılması.....	43
4.2.3.Ünvanlara göre kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin karşılaştırılması	43
4.2.4.Ünvanlara göre rehber kullanımının karşılaştırılması	48
4.3.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumu.....	50
4.3.1.ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre hekimlerin demografik özellikleri.....	50
4.3.2.ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin karşılaştırılması.....	51
4.3.3.ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin karşılaştırılması.....	53
4.3.4. ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre rehber kullanımının karşılaştırılması.....	55
4.4.Meslek Yılı	56
4.4.1.Meslek yılına göre demografik özelliklerin dağılımı.....	54
4.4.2. Meslek yılına göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin karşılaştırılması.....	58
4.4.3. Meslek yılına göre kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin karşılaştırılması.....	59
4.4.4. Meslek yılına göre rehber kullanımının karşılaştırılması	62

4.5. Pratisyen Hekimlerin ve SAHU Asistanlarının Kıyaslanması.....	63
4.5.1. Pratisyen hekimlerin ve SAHU asistanlarının demografik özelliklerinin dağılımı.....	63
4.5.2. Pratisyen hekimler ile SAHU asistanlarına göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin karşılaştırılması.....	64
4.5.3. Pratisyen hekimler ile SAHU Asistanlarının kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin karşılaştırılması.....	65
4.5.4.SAHU asistanları ile pratisyen hekimlerin rehber kullanımının karşılaştırılması.....	67
4.6. Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
4.6.1.Cinsiyetlere göre veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	69
4.6.2.Ünvanlara göre veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	69
4.6.3.ASM/akademik kurum grupları arasında veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	70
4.6.4.Meslek yılına göre veri formu puanlarının karşılaştırılması	71
4.6.5. Patisyen hekim ve SAHU asistanlarının arasında veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	72
4.6.6.Daha önce ASM’de çalışmış olma durumu göre veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	72
4.6.7.Daha önce TSM de çalışmış olma durumu göre veri formu puanlarının karşılaştırılması.....	73

4.6.8.Hastaya Ayrılan Sürenin Yeterlilik Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	74
4.6.9.Hizmet Sunumunda Güçlük Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
5.TARTIŞMA	76
5.1.Demografik Özellikler.....	76
5.2.Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Süreler.....	77
5.3.Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlükler.....	85
5.4.Meslek Yılı.....	94
5.5. SAHU Asistanları ve Pratisyen Hekimlerin Karşılaştırılması.....	95
5.6.Rehberler.....	95
5.7.Verit Formu Sonuçları.....	103
6.Sonuç Ve Öneriler.....	108
7.Özet	112
8.Abstract.....	114
9.Kaynaklar.....	115
10.Ekler.....	120
Ek 1 Anket Formu.....	120
Ek 2 Google Drive Ekran Alıntısı.....	124

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACİC	<i>Assessment of Chronic Illness Care</i>
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması
AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CCI	<i>Chronic Care Commission</i>
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DÖDH	Devlet Özel Dal Hastanesi
DH	Devlet Hastanesi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim Araştırma Hastanesi
EURACT	<i>European Academy of Teachers</i>
HT	Hipertansiyon
ICIC	<i>Improving Chronic Illness Care</i>
İKÇÜ	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
İZAHED	İzmir Aile Hekimleri Derneği
KBM	Kronik Bakım Modeli
KDT	Kanıta Dayalı Tıp
KHY	Kronik Hastalık Yönetimi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalıklar
NCD	<i>Noncommunicable Diseases</i>
NHS	National Health System
NİCE	National Institute For Health And Care Excellence
PACİC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
SAHUA	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı
SO	Sağlık Ocağı

STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SPSS	<i>Statistics Statistical Package for the Social Sciences</i> Sosyal Bilimleri İçin İstatistiksel Analiz Paketi
SVO	Serebro Vasküler Hastalıklar
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMED	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TSM	Toplum Sağlığı Merkezleri
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-
ÜH	Üniversite Hastanesi
VSD	Verem Savaş Dispanseri
WHO	World Health Organization
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies</i> Dünya Aile Hekimleri Birliği
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 2. Hekimlerin Ünvanlara Göre Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Ünvanlara Göre Sıklıkları

Tablo 4. Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Ünvanlara Göre Sıklıklarının Dağılımı

Tablo 5. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların Ünvanlara Göre Sıklıkları

Tablo 6. Hastaların Tedavide En Çok Direnç Gösterdikleri/Tedaviye Uyumlarının En Düşük Olduğu Kronik Hastalıkların Ünvanlara Göre Sıklıkları

Tablo 7. Hekimlerin Ünvanlara Göre Rehber Kullanma Sıklıkları

Tablo 8. Rehber Kullanmama Nedenlerinin Hekimlerin Ünvanlarına Göre Sıklıkları

Tablo 9. ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Demografik Özellikleri

Tablo 10. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 11. Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları

Tablo 12. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların ASM ve Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları

Tablo 13. Hastaların Tedaviye En Çok Direnç Gösterdiği/Tedaviye Uyumun En Zayıf Olduğu Hastalıkların ASM ve Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları

Tablo 14. Rehber Kullanmama Nedenlerinin ASM ve Akademik Kurumlarda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları

Tablo 15. Meslek Yılına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 16. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Meslek Yılına Göre Karşılaştırılması

Tablo 17. Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Meslek Yılına Göre Sıklıkları

Tablo 18. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların Meslek Yılına Göre Sıklıkları

Tablo 19. Hastaların Tedaviye En Çok Direnç Gösterdiği/Tedaviye Uyumun En Zayıf Olduğu Hastalıkların Meslek Yılına Göre Oranları

Tablo 20. Rehber Kullanmama Nedenlerinin Meslek Yılına Göre Sıklıkları

Tablo 21. Pratisyen Hekimlerin ve SAHU Asistanlarının Demografik Özelliklerinin Sıklıkları

Tablo 22. Pratisyen Hekimlerin İle SAHU Asistanlarına Göre Günlük Gelen Hasta Sayısı Ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Sıklıkları

Tablo 23. Pratisyen Hekimler ile SAHU Asistanlarına Göre Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Sıklıkları

Tablo 24. Hekimlerin, Yönetiminde En Çok Sorun Yaşadıkları Kronik Hastalıkların Pratisyen Hekim ve SAHU Asistanlarına Göre Sıklıkları

Tablo 25. Hekimlerin, Tedavide En Çok Direnç Gösterdiği/Tedaviye Uyumunun En Zayıf Olduğu Kronik Hastalıkların Sıklıkları

Tablo 26. SAHUA ve Pratisyen Hekimlerin Rehber Kullanmama Nedenlerinin Sıklıkları

Tablo 27. Katılımcıların Veri Formu Puan ortalamaları

Tablo 28. Cinsiyete Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 29. Ünvanlara Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 30. ASM ve Akademik Kurumlarda Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 31. Meslek Yılına Göre Veri Formu puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 32. Pratisyen Hekim ve SAHU Asistanlarının Arasında Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 33. Daha Önce ASM’de Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 34. Daha Önce TSM’de Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 35. Hastaya Ayrılan Süre Yeterlilik Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 36. Hizmet Sunumunda Güçlük Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

SEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcılara göre hastaların en sık başvuru nedenleri

Şekil 2. Kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri

Şekil 3. Hekimlerin, yönetiminde sorun yaşadıkları kronik hastalıkların sıklıkları

Şekil 4. Hekimlere göre tedaviye en çok direnç gösterilen/ uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıkların sıklıkları

Şekil 5. Hekimlerin rehber kullanmama nedenleri

Şekil 6. Hekimlerin veri formu ve alt ölçek puan ortalamaları

1.GİRİŞ

Çağdaş halk sağlığı yaklaşımına göre öncelikli sorunlarda 3 kriter vardır; sıklık, ciddiyet ve ekonomik kayıp. Bu doğrultuda, bir toplumda en önemli hastalık en sık görülen, en yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan ve ekonomik kayba neden olan hastalıktır.(1) Kronik hastalıklar şu an gerek sıklık, gerek yüksek morbidite ve mortalite oranları ve gerekse neden oldukları ekonomik kayıp ile hem dünyada hem de ülkemizde en önemli hastalıklar durumuna yükselmiştir. (2)

Günümüz tıbbının sağladığı imkanlar sayesinde bulaşıcı hastalıkların etkili tedavisi ve insan ömrünün uzaması ile kronik hastalıklar, tüm dünyada ve ülkemizde bugün morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni haline gelmiştir ve kronik hastalıkların yönetiminde yeni yaklaşımların gerekliliği gündeme gelmiştir. Kronik hastalıklar ‘‘Tam olarak tedavi edilemeyen ve iyileşme göstermeyen uzamış durumlar’’ olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından gerek sağlık hizmeti gerekse bütçe anlamında önemli bir sorundur. (2, 3)

Birinci basamak sağlık sunumunda kronik hastalık bakımının önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar aynı zamanda sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını da belirlemekte ve tüm sağlık sistemini etkilemektedir. Bu nedenle, birinci basamakta kronik hastalıkların yönetimi için farklı modeller geliştirilmeye çalışılmaktadır. Başarılı, devamlı ve etkili bir kronik hastalık bakım modelinin, hastaneye yatış gereksinimini, acil başvurularını ve kronik hastalıklar nedeniyle oluşabilecek psikolojik ve fizyolojik etkileri azalttığı, ilaç uyumunu artırdığı bildirilmektedir.(4-6) Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri için önerilen *Kronik Bakım Modeli* birinci basamakta kronik hastalıkların daha iyi yönetilmesine yönelik olarak hastaların bilgilendirilmelerini, kendi bakımlarına aktif katılımlarını, hastalıkları ile baş etme becerisi edinmelerini destekleyen, hasta memnuniyetini ve verilen bakımın kalitesinin iyileşmesini amaçlayan bir yol haritasıdır (7-9) Model, *sağlık sisteminin organizasyonu, toplumsal kaynaklar ve politikalar, öz-yönetim desteği, hizmet sunum şekli, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleri* olmak üzere altı alanda değişiklik önerileri içermektedir (9).

Bu çalışmanın amacı İzmir’de birinci basamakta çalışan uzman veya pratisyen aile hekimleri ile aile hekimliği asistanlarının kronik hastalıkların yönetimi ile tanı ve tedavi rehberleri kullanımını konusundaki tutum ve davranışlarının değeriendirilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıklar

2.1.1.Kronik Hastalıkların Önemi

Çağdaş halk sağlığı yaklaşımına göre öncelikli sorunlarda 3 kriter vardır; sıklık, ciddiyet ve ekonomik kayıp. Bu doğrultuda, bir toplumda en önemli hastalık en sık görülen, en yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan ve ekonomik kayba neden olan hastalıktır. (1)Yirminci yüzyılın başta gelen sağlık problemleri olan bulaşıcı hastalıklar ve anne-bebek ölümleri günümüzde tıp dünyasındaki gelişmeler sayesinde bugün yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Sağlıktaki bu iyileşme insan ömrünün uzamasını sağlamış ve toplumlar yaşlanmaya başlamıştır. Sonuçta hem toplumların yaşlanması hem de bulaşıcı hastalıkların etkili tedavisi hastalık dengesini tüm dünyada kronik hastalıklar lehine kaydırmıştır. (10) Kronik hastalıklar şu an gerek sıklık gerek yüksek morbidite ve mortalite oranları ve gerekse neden oldukları ekonomik kayıp ile hem dünyada hem de ülkemizde en önemli hastalıklar durumuna yükselmiştir.

Kronik hastalıklar dünyada ve ülkemizde tüm ölümlerin en başta gelen nedeni haline gelmiştir. Kronik Hastalıklar Dünya Sağlık Örgütü tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak tanımlanmaktadır (NCD, Noncommuncible Diseases). DSÖ'nün 2017 raporuna göre BOH dünya çapında yıllık 40 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %70'i) neden olmaktadır. Her yıl 15 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölümleri, BOH nedeni olmaktadır ve bu ölümlerin %80'ni düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde görülmektedir. BOH grubu hastalıklardan ölümlerde 1. sırada kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir. (17,7milyon) Bunu 2. sırada kanserler, (8,8 milyon) 3. sırada solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve 4. sırada diyabet (1,6 milyon) takip etmektedir. Yine bu 4 grup hastalık erken ölümlerin %80'lik kısmını oluşturmaktadır.(3)

Kronik hastalıkları günümüzde neden olduğu mortalite nedeniyle iş gücü kaybı yanında, bireye, ailesine, sağlık sistemine ve devletlere ciddi mali yük getirmektedir. Gelecekte de kronik hastalık sıklığındaki artışın sağlık harcamalarını daha da artıracığı

öngörülmektedir. Özellikle KVH, diabetes mellitus (DM) ve serebrovasküler hastalıklar (SVO) ulusal gelir kaybına neden olduğu görülmektedir.(11)

Ülkemizde 2014 DSÖ BOH Ülke Profilleri Raporu'na göre BOH nedenli ölümler tüm ölümlerin %86'sını oluşturmaktadır. Ayrıca ülkemizde de 30-70 yaş arası ölümlerin %18'i bu 4 hastalık nedeni ile olmaktadır.(12) 2013 Türkiye Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması'na göre ülkemizde BOH yıllar içinde öncelikli sağlık sorunu olmuştur. 2000 yılında %68 olan BOH yükü bugün %81'e yükselmiştir. En sık görülen hastalıklar sıralamasında kalp damar hastalıkları başta gelen morbidite ve mortalite nedenidir. BOH sıklığı toplam hastalık yüküne göre 2000-2013 yılları arasında %13'den %14,8'e yükselmiştir.(13)

2.1.2.Kronik Hastalıkların Tanımı

Kronik hastalıkların tanımı 60 yıl kadar önce ABD'de Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI, The Commission on Chronic Illness) tarafından yapılmıştır. Komisyon tarafından kronik hastalık "Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar" olarak tanımlanmaktadır. (10)

Özpancar ve Fesci'ye göre kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir bozulmaya, düzelmeyecek değişikliklere neden olan, hayatın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. (14)

Delaware Sağlık Bakımı Birliği'ne göre kronik hastalık şu iki özellikten bir ya da fazlasını göstermelidir; buna göre: (1)sürekli, kalıcı sakatlık bırakan, (2) geri dönüşümsüz patolojik değişikliklere neden olan, (3) rehabilitasyonu için özel hasta eğitimi gerektiren veya uzun süreli gözetim, kontrol ve bakım gerekliliği olan hastalık.(15)

Wagner'e göre (2004) sağlık sistemi yaklaşımı da dahil olmak üzere hastanın ve kişisel bakım veren sağlık ekibinin sürekli etkileşimini gerektiren her türlü durum kronik hastalık olarak tanımlanmıştır.(16, 17)

2.1.3.Kronik Hastalıkların Özellikleri

Kronik hastalıklar çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkar. Tam tedavi edilemez. Sürekli ve ilerleyicidir. Bu nedenle geri dönüşümsüzdür ve kalıcı sakatlık bırakır. Kronik hastalığın tipine göre hafifleme (remisyon) ve nüks (relaps) dönemleri olabilir. Ancak nüksler hastalığın ilerlemesine neden olur. Bir kronik hastalık başka kronik hastalık veya kronik durumlara neden olabilir.

Hastalığın oluşmasında genetik ve/veya çevresel etkenler sorumludur. Çevresel etkenlere maruziyet süresi ve miktarı, hastalığın oluşumunda etki eder. Etkenle karşılaşma ve hastalığın ortaya çıkışı arasındaki süre uzun olabilir.

Kronik hastalık süresinde hastalığa ait farklı evreler görülebilir ve bu evrelere yönelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak farklı müdahaleler gerekir.

Hem bireyi hem aileyi hem de toplumu etkiler.

Birey: Zaman içinde oluşan sakatlık ve kısıtlılıklar nedeniyle bireysel anlamda kişinin yaşam kalitesini düşürür. Bunun sonucunda kişi biyopsikososyal her anlamda etkilenir. Bu etkiyi azaltmak ve bireyin hastalıklarla başa çıkmasını sağlamak ve yaşama uyumunu artırmak için yaşam tarzı değişiklikleri gereklidir. Tedaviye uyum ve disiplin hastalığın kontrol altında olması için gereklidir.

Aile: Hastalığın kontrolünde ailesine de sorumluluk düşmektedir, uzun dönem bakım ve tedavi gereksiniminin olması hasta kadar ailesinin de yaşam tarzı değişikliği yapmalarını gerektirmektedir.

Toplum: Kronik hastalıklar toplumu iki şekilde etkiler; bir tarafta iş gücü kaybına neden olur, diğer tarafta devlet bütçesi ve sağlık sistemi açısından yük oluşturur. Kronik hastalıklar, devamlı bakım gereksinimi nedeni ile yüksek maliyetlidir, İnsidansı bulaşıcı hastalıklara göre daha düşük olsa da zaman içinde birikerek hasta sayısında artışa neden olmaktadır bunun sonucu olarak topluma ve sağlık sistemine ciddi maddi yük getirmektedir. (10, 18-20)

2.1.4.Kronik Hastalık Yönetimi

Geleneksel sağlık sistemleri akut sorunların yönetimine göre yapılandırılmıştır: Yakınması olan hastanın hekime başvurusu, hekimin ise hastanın

şikayetini gidermek adına müdahalesi. Günümüz şartlarında artan kronik hastalık sıklığı sonucunda artık bu yapılanmanın kronik hastalık bakımına ve dolayısı ile kronik hastalık yönetimine(KHY) yönelik değişimi gerekmektedir. (16)

KHY’de, kronik hastalıkların doğası gereği farklı ihtiyaçlar ve sonuç olarak farklı hizmet yapılanması gerekliliği vardır. İyi bir KHY, acil servis başvurularını ve hastane yatış sayılarını azaltmalı, hastanın zihinsel ve fiziksel işlevselliğini artırmalıdır.(16)

Haskett’e göre kanıta dayalı tıp temelli KHY yapılanması ile ihtiyacı olan herkese etkili sağlık hizmeti verilebilir. Bunun sonucunda toplumun sağlık seviyesi yükselecek ve sağlık giderleri azalacaktır. Bu doğrultuda ihtiyaç duyulan araçlar; sağlık ekibi için *kanıta dayalı karar verme desteği* sağlanması ve her an ulaşılabilir elektronik hasta veri tabanı oluşturulması, hastanın kendi bakımını sağlayabilmesi için gereken eğitim ve desteğin verilmesi ve bu oluşumun devamı için iyi yapılandırılmış ödeme ve sağlık sistemlerinin yapılandırılmasıdır.(16)

KHY’de iki temel hedef bulunmaktadır: Birincil koruma kronik hastalık başlangıcının engellenmesi, ikincil koruma ise mevcut hastalığın kontrol altına alınarak komplikasyonların gelişiminin önüne geçmektir. KHY’de en önemli hedef hastalığın gelişiminin engellenmesidir.(15) KHY’de tedavinin amacı hastayı şifalandırmak değil bireyin hastalığı konusunda işbirliği ve tedavi uyumu sağlamasıdır.(14) Ataklar ve remisyonlarla gitmeye meyilli kronik hastalıkların düzenli kontrolü ile hastaların remisyonunda tutulmasıyla hastaların yaşam kalitesini artırmak kronik hastalık gelişen bireylerde asıl hedeftir.

KHY’de çeşitli görüşlere göre vurgulanan noktalar hasta, hizmet sağlayıcılar (sağlık çalışanları) ve yöneticiler açısından gruplandırılabilir:

- ✓ Hasta açısından; hasta eğitimi, sağlık okur yazarlığı oluşturulması, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, hastaların öz-yönetim desteği
- ✓ Hizmet sağlayıcılar açısından; yazılı tedavi planı oluşturulması, kanıta dayalı klinik yönetim, veri ağı oluşturulması, takiplerin devamlılığı
- ✓ Yöneticiler açısından; hükümetlerin kronik hastalık yönetim programları geliştirmesi ve yürürlüğe koymaları, hedef nüfusun

belirlenmesi, kaynakların belirlenmesi, kronik hastalık yönetim politikalarının geliştirilmesi olarak özetlenebilir. (15, 16, 18)

Wagner'e göre etkili KHY bir ekip işi olarak değerlendirilmektedir. Özellikle hekimlerin yoğun iş yükü değerlendirildiğinde hemşirelerin gereken eğitimi aldıktan sonra bu takımların önemli bir parçası hatta ekip lideri olması üzerinde durulmaktadır. Hekimin daha çok sorunlu zamanlarda araya girdiği, hemşirelerin ise hastanın eğitimi, düzenli takip muayenelerini ve gereken testlerin planlanmasından sorumlu bir rol paylaşımı modelinde hastaların daha etkili yönetilebileceği üzerinde durulmaktadır. (7)

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller geliştirilmiştir. Üzerinde en çok çalışılan ve etkinliği gösterilen model Kronik Bakım Modeli'dir. (Chronic Care model-CCM) Modelin temelde savunduğu noktaya göre sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanması için asıl hedef alınması gereken nokta kronik hastalık sahibi bireyin ihtiyaç ve endişelerini hedef alacak şekilde bir sistem değişikliği yapılandırılması gerekliliğidir.(21)

2.1.4.1. Birinci Basamakta Kronik Hastalık Yönetimi

Tıp enstitüsüne göre birinci basamak sağlık hizmetleri hastalara içinde buldukları aile ve toplum kapsamında, geniş çapta sağlık hizmeti vermekten sorumlu klinisyenler ile sağlanan entegre ve ulaşılabilir sağlık hizmetidir. Birinci basamak uygulamasının önemli özellikleri olan devamlı, kapsamlı ve işbirlikçi yaklaşım kronik hastaların bakımı için esastır. Gelişmiş ülkelerde yapılan kontrollü çalışmalar ve derlemelere göre birinci basamak temelli kronik hastalık yönetim modellerinin bir çok kronik hastalık için, sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği yönünde sonuçlar elde edilmiştir..(22) KHY'de klinisyenlerin eğitimi, hemşirelerin artan rolleri ve birinci basamak ve ikinci basamak bakımı arasında daha iyi bir koordinasyon ile etkili sonuçlar alındığı görülmüştür.(23)

Klinik epidemiyoloji bazında kronik hastalıklar açısından birinci basamağın merkezi bir rolü vardır. Toplumda görülen kronik hastalıkların az bir kısmı çoklu ilaç tedavisi ve ileri bakım gerektirmektedir. Toplumda sıklıkla görülen kronik hastalıklar gerek evreleri gerekse tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar açısından birinci basamakta

yönetilebilecek seviyededir, bu hastaların az bir kısmının hastane ve yoğun bakım ihtiyaçları vardır. Ayrıca bu hastaların yarıdan fazlası birden fazla kronik hastalığa sahiptir ve birinci basamağın kapsamlı ve bütüncül yaklaşımından fayda görürler. Ek olarak, son dönem tıp eğitimleri kapsamında birinci basamak hekimlerinin yaşam tarzı değişikliği üzerine daha bilgili ve eğitilmiş olması da bir avantajdır.(22)

Günümüzde kronik hastaların muayenelerinde planlanmamış hasta hekim görüşmesi temeline dayanan akut bakım modelinde hastaların kronik hastalıklarının değerlendirilmesi, gereken müdahalelerin yapılması ve sonraki adımın planlanması aksamaktadır. Hastalar kendi hastalıkları konusunda yeterince bilgili değildirler. Hekim ise hastasına ayırdığı kısa süre içerisinde gereken düzenlemeleri yapamamaktadır. (9)

Kronik Bakım Modeli özünde birinci basamağa yönelik oluşturulmuş multidisipliner bir yaklaşımdır. Çünkü kronik hastalar sıklıkla birinci basamak şartlarında hizmet almakta ve birinci basamak hekimleri kronik hastalar ile sık karşılaşmaktadırlar. Birinci basamakta, koruyucu hekimlik için her görüşme bir fırsattır. Ayrıca eğitilmiş yardımcı sağlık personeli ile hastalar hastalıkları ile ilgili bilgilendirilebilir. (9)

Avrupa başta olmak üzere günümüzde kronik hastalıkların yönetiminde birinci basamak bakımından faydalanılmaktadır.(18) Birinci basamak imkanlarında kronik hastalıkların yönetimi yapılabilir ancak başarı için sistemin desteklenmesi ve geliştirilmesi şarttır.(22)

2.1.4.2. Kronik Bakım Modeli

Kronik hastalıkların prevalansındaki artış ile Amerika Birleşik Devletleri'nde de tüm dünyada olduğu gibi sağlık sisteminin ihtiyaçlara yeterince cevap veremediği fark edilmiştir. Günlük iş yükü altında hekimlerin güncel rehberleri takip edememesi, planlı ve koordine bakım eksikliği, hastaların iyilik durumunu sağlamaya yönelik düzenli hasta takibinin olmayışı ve hastaların hastalıkları konusunda yetersiz eğitilmesi sistemdeki başlıca eksiklikler olarak fark edilmiştir. Bu eksikliklerin üstesinden gelinmesi için sağlık bakımında dönüşümün gerektiği görülmüştür. (17)

Sağlık bakımındaki dönüşümde hedef; akut problemlere, hastalık durumuna yönelik bir yaklaşımdan çok, her daim hazırlıklı, hastalıkların tedavisinden çok hastaların iyilik halinin sürdürülmesine yönelik bir sistem geliştirilmesidir. Bu amaçla 1990'lı yılların başında MacColl Sağlıkta Yenilik Enstitüsü'nün (The MacColl Institute for Healthcare Innovation) literatür çalışmaları ile Kronik Bakım Modeli oluşturulmuştur. Sonraki aşamalarda model üzerinde 9 aylık yoğun bir çalışma ile etkinliği uzmanlar tarafından irdelenmiştir. 1998'de son hali verilerek Kronik Bakım Modeli yayınlanmıştır. Modelin uygulanması ve dönüşümün hızlanması amacı ile "ICIC" (İmproving Chronic İllness Care-Kronik Hastalık Bakımını Geliştirme) adı verilen ulusal bir program oluşturulmuştur. ICIC'in hedefi kalite geliştirme, araştırma ve yaygınlaştırma yolu ile koordine sağlık bakım programlarının oluşturulmasıyla kronik hastalıkları olan bireylere yardım etmektir. (17)

Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin temelinde; iyi yapılandırılmış sağlık sistemi içerisinde, proaktif (önceden hazırlıklı ve donanımlı) sağlık ekibi ile iyi eğitilmiş ve motive hastanın pozitif etkileşimi vardır. Bu şekilde sağlık durumu iyi bir hasta, memnun sağlık hizmet ekibi ve azalmış sağlık maliyetleri hedeflenmektedir.

Kronik Bakım Modeli proaktif, hasta merkezli ve kanıta dayalı yaklaşım sağlar. Model birçok kronik hastalık için ve farklı nüfuslar için uygulanabilir. Model; Yüksek kalitede kronik hastalık bakımını desteklemek için sağlık sisteminin sahip olması gereken 6 ögeyi tanımlar; bunlar: Toplumsal kaynaklar ve politikalar, sağlık sisteminin organizasyonu, öz-yönetim desteği, hizmet sunum şekli, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleridir.

1.Toplum kaynakları ve politikalar: Hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için toplum kaynaklarının harekete geçirilmesidir. Bu aşamada hastaların etkili toplum programlarına katılımı teşvik edilir. Sağlık sisteminin hizmet sunamadığı ya da destek veremediği alanlarda yardımcı olunur. (9) Hasta yararına politikaların çıkarılması için savunuculuk görevi yapılır. Toplum kuruluşları ile birlikte, hastaları destekleyen programların tanımlanması ve hastaların katılımını artırmak hedeflenir. ICIC

2.Sağlık sistemi/ağlık bakım organizasyonu: Güvenli ve kaliteli bir bakımı destekleyen bir kültür, organizasyon ve mekanizmanın oluşturulmasıdır. Kronik bakımın iyileştirilmesine yönelik programların planlanmasını kapsar. Bu yolda

liderlerin öncelikli ödevleri tanımlaması, bu ödevlerin gelişim hedeflerine dönüştürülmesi ve uygun politikalarla yürürlüğe konulması gereklidir. Bu amaçla sistemin her seviyesinde liderler tarafından destek sağlanmalıdır. Etkili gelişim stratejilerinin desteklenmesiyle kapsamlı bir değişimi ve gelişmeyi hedeflenir.(17) Bu öge diğer 4 ögenin temelini oluşturur. Ancak sistem liderleri tarafından kronik hastalıklar konusunda gerekli bakış açısı geliştirilmez, müdahaleler ve yatırımlar yapılmaz ise beklenen gelişim sağlanamayacaktır.(9)

3.Hizmet sunum şekli: Amaç öz-bakım desteği ile etkili ve yeterli klinik bakımın sağlanmasıdır. Bu amaçla sağlık ekibinin rolleri açık ve net şekilde tanımlanır. Hekim hastanın akut problemleri ile ilgilenir, zor vakalarda hastanın mevcut durumunun yönetimi için araya girer ve ekibinin eğitimini sağlar. Yardımcı sağlık personeli, hastaları öz-bakımı için destekler, rutin kontrollerini planlar ve kanıta dayalı uygulamalar kapsamında takiplerini ayarlar. Planlanmış vizitler uygulamada önemlidir.(9) Ekibin düzenli takipleri yerine getirmesi sağlanır, hastaların anlayacağı seviyede ve kültürlerine uygun bakım sunulur. Hastalara göre hizmet sunum şekli ve sıklığı ayarlanır.

4.Öz-bakım desteği: Hastaların, kendi sağlıklarını koruması ve bakımlarını yönetmesi yönünde hazırlanmasını ve güçlendirilmesini kapsar. Etkili öz-yönetimde durum değerlendirmesi, hedefler koyma, eylem planı, problem çözme ve hastalık takibi vardır. Hastanın kendi bakımı konusundaki merkezi rolünün önemi vurgulanır çünkü hasta kendi bakımında en başta gelen kişidir. Bu doğrultuda hastalara diyet, yaşam tarzı değişiklikleri, basit takipler (Kan şekeri takibi vs.) öğretilir.(9) Ayrıca, kaynakların hastaya öz-yönetim desteği verecek şekilde organizasyonunu içerir. Program bu noktada temel bilgi, duygusal destek ve hastalığı ile yaşama stratejileri konusunda kanıtlanmış programları destekler. Hastaya ne yapacağını söylemekten fazlasıdır. Bu noktada hastanın, kendi bakımı ve hastalığı konusunda sorumluluğu hakkında bilgi verilerek, farkındalığını artırılmak hedeflenmektedir. (17)

5. Karar verme desteği: Hastanın isteklerine ve tercihlerine duyarlı, bilimsel kanıtlarla tutarlı klinik bakımı teşvik eder. Bu amaçla kanıta dayalı rehberlerin günlük klinik pratiğe entegrasyonu sağlanır, hastaların katılımını artırmak için kanıta dayalı bilgiler hastalar ile paylaşılır, bilgilerin güncellenmesi için kanıtlanmış eğitim

metotları kullanılır ve komplike hastaların yönetimi için birinci basamak sistemine konsültanların entegrasyonu sağlanır. (17)

6.Klinik bilgi sistemleri: Modelin en önemli bileşenlerindedir. Etkili bir bilgi sistemi olmadan etkili bir kronik bakım takibi yapmak mümkün değildir. Özellikle günümüz teknolojilerinde elektronik kayıt sistemleri çok kullanışlıdır. Hastanın geçmiş kayıtlarının ve geleceğe yönelik tedavi planı ve hedeflerine yönelik kayıtların tutulduğu, hastaya ait tüm kayıtlara kapsamlı şekilde erişim sağlayan ve her daim ulaşılabilen tercihen elektronik ortamda olan bilgi sistemleri hastaya ihtiyacı olan her an hizmet verilmesini sağlayacaktır. Bilgisayar tabanlı sistemlerin 3 önemli faydası vardır: (17)

1.Önceden hazırlıklı bir görüşme için alt yapı sağlar. Takip ve tedavi planlama için özetler ve grafikler görüşmelerin verimliliğini artırır ve odaklanılmasını sağlar. Rehberlerle uyumlu şekilde birinci basamak ekibine hatırlatmalar yapar. Bilgilere daha kolay ve hızlı erişimini sağlayarak ekibin asıl enerjisini ve zamanını hastaya yönlendirmesini sağlayacaktır. (16)

2.Hasta ve hizmet sağlayıcılar arasında bilgi paylaşımı yapılmasını sağlar. Hastalar ile ilgili geri dönüşler ve durum değerlendirmeleri sağlar.

3.Hasta ve toplum genelinde kayıt sistemi ve veri tabanı oluşturulur. Ekili ve yeterli bakımın daha kolay verilebilmesi için hasta ve toplum verileri organize edilir. Bakım sistemi ve sağlık ekibinin verimliliğini monitörize eder. (18)

KBM'nin etkinliği ile ilgili son 20 yılda yapılan birçok çalışmada hastaların sağlık durumlarında iyileşme olduğu görülmüştür. Çalışmalar özellikle kalp ve diyabet hastalarının kan şekeri, kan lipit seviyelerinde iyileşme olduğunu göstermektedir.(9) Bunun yanında modelin uygulanması ile kalp hastalıkları, diyabet ve astım için maliyet düşürücü sonuçlar alınmıştır.(8)

Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalara göre KBM'nin kronik hastalık yönetiminde etkinliği görülmektedir. Geçen süre zarfında müdahaleler daha çok öz-yönetim desteği, hizmet sunum şekli, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Yeni sağlık felsefesi kapsamında kaliteli yaşam ve iyilik halinin devamı da göz önüne alındığında, özellikle gelişmiş ülkelerde, artık kronik hastalıklara karşı koruyucu müdahalelerin de geliştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Modelin sadece kronik hastalıkların yönetimini değil kronik hastalıklardan korunmayı

da hedeflemesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda maddeler üzerinde tekrar çalışılmış ve daha az üzerinde durulan toplum kaynakları ve politikalar ile sağlık sisteminin kapsamı genişletilmiştir. Sonuçta sağlık hizmetlerinin sadece hastalara hizmet vermekten öte fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin korunması da gerekmektedir. Bu iyilik halinin sürdürülmesi için model 2003'te güncellenerek Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli geliştirilmiştir. Bu modelde ilk modele ek olarak *Toplum Sağlığının Desteklenmesi* maddesi eklenmiştir. Bu madde kapsamında beslenme, fiziksel aktivite, sosyal yaşam desteği ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi yönünde sağlık politikaları belirlenmesi ve eğitim, hukuk, barınma, çalışma gibi sağlık alanı dışındaki kuruluş ve bakanlıkların da daha iyi bir fiziksel, sosyal ve ekonomik çevre sağlanması ve böylece sağlığın sürekliliğinin her alanda sağlanması yönünde çalışmaların gerekliliğine dikkat çekilmektedir.(24)

2.1.4.3. Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği -PACİC (Patient Assesment of Chronic İllness Care)

KHM'nin yapılandırılması ve uygulamaya geçirilmesinden sonra gelişmelerin değerlendirilmesine yönelik ACİC ölçeği tanımlanmış ve hekimler üzerinde iki aşamalı olacak şekilde uygulanmış ve Kronik Bakım Modelinin sağlık sonuçlarında iyileşmeyi vadeden bir model olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir.(5) Ancak hasta merkezli bakımın değerlendirilmesi yönünde bir araç olmayışı ve mevcut hasta tabanlı ölçeklerin KBM'yi doğrudan değerlendirememesi nedeni ile Glasgow ve arkadaşları 2005 yılında PACİC ölçeğini geliştirmişlerdir.(25) Ayrıca KBM'nin hasta merkezli tedaviye odaklanmış olması nedeni ile hasta gözünden değerlendirilmesi gerekliliği görülmüştür.(26)

PACİC hasta perspektifinden, kronik hastalıkları olan bireylere sunulan bakımın kalitesini değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. Kısa sürede uygulanabilir ve anlaşılması kolaydır. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Hastaların demografik özelliklerinden çok kronik hastalıklarını değerlendirecek şekilde yapılandırılmıştır. Birinci basamak ve hasta katılımı ile ilişkilidir. (25)

Ölçek kronik bakım modelinin alt bileşenleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Buna göre 5 alt başlık belirlenmiştir. Amaç sağlık ekibinin hizmet sunumu açısından tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Hasta Katılımı (1-3) Karar verme aşamasında hastanın tedaviye katılımının desteklenmesi

Karar Verme Desteği (4-6) Hastanın tedaviyi anlamasını sağlayacak şekilde bilgi verilmesi ve hastanın bakımının düzenlenmesi

Amaç Belirleme/Rehberlik (7-11) Hastaya özel ve hasta ile işbirlikçi hedeflerin belirlenmesi için bilgi edinilmesi

Problem Çözme:(12-15) Tedavi planı oluşturulurken hastanın sosyokültürel çevresinin ve muhtemel engellerin dikkate alınması

İzlem Koordinasyon. (16-20) Ofis temelli tedaviyi pekiştirmek ve devamlılığını sağlayan bakımın verilmesi, bakımın organizasyonu için hastalar ile önceden görüşmelerin planlanması

Hastalar tarafından net değerlendirilemeyeceği için ölçekte sağlık sistemi organizasyonu ve sağlık bilgi sistemleri değerlendirilmesine yönelik sorular sorulmamıştır. Sağlık hizmetleri sunumu ve karar verme desteği ise hasta katılımı başlığında birleştirilmiştir. Amaç belirleme ve problem çözme öz-yönetim desteğini göstermektedir. İzlem koordinasyon ise tüm model birleşenleri için bir alt boyuttur.(20)

Ölçek şu an Almanca, Felemenkçe, İspanyolca ve Danca dillerine çevrilmiş ve aktif olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde de İncirkuş tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmaları sonucu Türkçe’de de kullanılmaya başlanmış ve bu doğrultuda farklı araştırmacılar tarafından çalışmalar da kullanılmaya başlanmıştır.(20) Ayrıca DM, HT, KKH, KOAH, Astım ve artirit başta olmak üzere bir çok hastalık için kullanılmaya başlanmıştır.(27)

2.1.4.4.Rehber Kullanımı

Kronik hastalıklar gerek dünyada gerekse ülkemizde giderek artan bir yük oluşturmaktadır.(2, 11) Birinci basamak yapılanmasının kronik hastalıkların yönetiminde daha fazla sorumluluk alması hedeflenmektedir.(13) Günümüz tıbbında giderek artan bilgi birikimi ve kanıtların bulunuşu ile bu birikimin güncel pratiğe

aktarılması için ilgili çalışmalar söz konusudur. Modern tıp dünyası bu amaçla *Kanıt Dayalı Tıp* (KDT) yaklaşımını benimsemeye başlamıştır. KDT yaklaşımı; hastaların bireysel bakımı için karar verirken güncel en iyi kanıtların akla uygun, açık ve dürüst şekilde kullanımınıdır.(18) KDT uygulamasını pratiğe geçirmek için yapılan uygulamalardan biri klinik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanılmasıdır . Tıp enstitüsünün (İOM-The İnstitute Of Medicine) tanımına göre rehberler; belirli klinik durumlarda hekimin, hasta için uygun sağlık bakımı konusunda karar vermesine yardımcı olmak üzere geliştirilmiş sistematik yapıda bildiri/raporlardır.(28) Rehberlerin geliştirilmesi aşamasında ihtiyaç doğrultusunda konunun seçilmesi aşamasından sonra rehber geliştirilir. Sonrasında uygulamaya konulur. Bunun ardından kalite kontrol çalışmaları ve bu çalışmaların sonucuna göre rehberin modifikasyonu yapılır.(18)

Rehberlerin çıkış noktası KDT uygulamaları ile başlamıştır. 1990'lı yılların başından itibaren rehberlerin geliştirilmesi giderek artmış ve artık günümüz tıp uygulamalarında giderek artan oranda günlük pratiğin bir parçası olmaya başlamıştır. Rehberlerin çıkış noktasında bir diğer etmen de rehberin kaynak aldığı ülkenin sağlık sistemi problemlerine dayanarak oluşturulmasıdır. Artan sağlık maliyetleri, artan sağlık hizmeti talebi, pahalı teknolojilerin tıp alanında kullanımı ve yaşlanan toplum ve beraberinde artan kronik hastalık yükü esas nedenlerdir. Bunun yanında aynı durumlar için verilen hizmetlerin farklılığı/çeşitliliği yine rehberlerin oluşumunda diğer bir çıkış noktasıdır. Özellikle bu çeşitliliğin uygunsuz kullanımı şüphesi (tahlil, görüntüleme vs. aşırı ya da gerekenin altında kullanımı hasta ya da hekimin en iyi bakıma ulaşmaya yönelik yönelimleri) rehberlerin oluşturulmaya başlanmasında bir neden olmuştur. Bu bağlamda rehberler sağlık bakımının etkinliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik olarak klinisyenler, sağlık politikası geliştiren- finansmanı sağlayan kuruluşlar açısından bir araç olarak görülmektedirler. Ayrıca rehber kullanımı ile klinik uygulamalar ile bilimsel kanıtlar arasında bağ kurulmaya çalışılmaktadır.(28)

Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi amacı ile dünyada somut adımlar atılmaya başlanmıştır. Legido-Quigley ve arkadaşlarının çalışmasına göre Avrupa birliği ülkelerinin çoğunda gerek rehberlerin geliştirilmesi ve güncellenmesi gerekse günlük pratiğe aktarılması yönünde mevcut müdahaleler vardır. Pek çok ülkenin klinik rehber

programları mevcuttur ve bu programlar çerçevesinde bu ülkelerin büyük kısmında günümüz sağlık sistemlerinin en önde gelen sorunu haline gelen kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için rehberler geliştirilmiştir. Ancak bu rehberlerin nasıl uygulandığı konusunda ülkeler arasında çeşitlilik mevcuttur. (18, 29)

Avrupa birliğinin raporuna göre rehberler açısından mevcut durumda ülkeler 3 grupta sınıflandırılabilir. Rehberler konusunda iyi yapılanmış ülkeler (İngiltere, Fransa, Almanya, Belçika, Hollanda, İspanya, Çek Cumhuriyeti, İsveç, Norveç ve Finlandiya), rehberleri geliştirme aşamasında olan ülkeler (Macaristan, Malta) ve henüz planlama/başlangıç aşamasında olan (Yunanistan vb.) ülkelerdir.(18) İngiltere’de 10 yıllardır rehberler kullanılmaktadır. Ancak son 20 yılda bu ilgi artmıştır. Özellikle Ulusal Sağlık Sistemi’nin de (NHS, National Health System) desteği ile uzmanlar rehberler hazırlamaktadır. Sağlık ve Bakımın Mükemmeliği için Ulusal Enstitüsü (NICE, National Institute for Health and Care Excellence) bu konuda özellikle çalışmaktadır. İngiliz rehberlerinin uzun süredir uzmanlar tarafından fikir birliği ile oluşturulmasına rağmen kanıta dayalı rehberler oluşturulması yönünde bir çaba görülmektedir. İskoçya Üniversiteler Arası Rehber Ağı, (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) kanıta dayalı rehberlerin kullanımı için multidisipliner bir yaklaşım getirmektedir. Ayrıca ulusal rehberlerin, günlük uygulamada kullanımlarını artırmak için bölgesel ihtiyaçlara göre uyarlanmıştır. (18)

Hollanda’da 1987 yılından beri Hollanda Aile Hekimliği Koleji (Dutch Collage of General Practitioner) tarafından oluşturulan rehberleri kullanılmaktadır ve rehberlerin düzenli olarak güncellemeleri yapılmaktadır. Finlandiya ve İsviçre kanıta dayalı ulusal ve yerel rehberler hazırlamaktadır.

Fransa’da, diğer ülkelerin klinik rehberleri ile görüş birliği oluşturularak hazırlanmış yüzün üzerinde klinik rehber yayınlanmıştır. Bu rehberlerin ‘‘Genel Pratisyenler Ağı’’ ile aile hekimlerinin erişimi sağlanmıştır.(18)

Almanya’da AWMF (Association of The Scientific Medical Societies) kapsamında rehber veri tabanı oluşturulmuştur ve özellikle kronik hastalıkların yönetimi konusundaki rehberlere yoğunlaşmıştır. İspanya da 2006’dan beri ulusal sağlık sistemi (GuiaSalud) kapsamındaki *Klinik Uygulamalar Rehber Programı* çerçevesinde rehberler yayınlanmaktadır.(18, 28) ABD’de ise işin uzmanları tarafından hazırlanmış kanıta dayalı rehberler özellikle kalite geliştirme ve maliyet kontrolü için kullanılmaktadır. Ancak

sağlık organizasyonları ve hükümetin hazırladığı rehberler daha çok maliyet etkinliği üzerine odaklanmaktadır bu nedenlerle hekimlerin rehberlere olan eğilimi azalmaktadır. ABD’de büyük rehber endüstrisi nedeni ile aşırı bilgi yükü gibi problemleri de ortaya çıkarmaktadır. Avustralya ve Yeni Zelanda’da da rehberlerin kullanımı oldukça yaygındır. (28)Ülkemizdeki durumu incelediğimizde; Türkiye’de sağlık alanındaki sivil toplum kuruluşlarının (STK) web sitelerinde erişime açık rehberler bulunmaktadır (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türk Toraks Derneği, Türk Kardiyoloji Derneği vb.). Bu rehberlerin tamamına yakını aile hekimlerinin erişimine açıktır.(30) Ancak STK rehberleri daha çok ilgili branşın uzmanlarına yöneliktir ve birinci basamak için kullanımları çok pratik değildir. Diğer tarafta da T.C. Sağlık Bakanlığı da dünyada giderek yayılan ulusal rehberlere paralel olarak klinik rehber çalışmalarını başlatmıştır. Özellikle birinci basamak hekimlerinin kullanımına yönelik Akılcı İlaç Kullanım Rehberi, Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi-2003 yayınlanmıştır. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2012 taslak olarak yayınlanmıştır Amaç kısıtlı zamanda kanıta dayalı bilgilerin erişimine ulaşımı kolaylaştırmak, güncel bilgilerin birinci basamak hekimlerine ulaşımını artırmak ve bu şekilde sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. (31) Sağlık Bakanlığı en son 2014 yılına kadar yayınlanmış olan tüm sağlık çalışanlarına yönelik farklı yayınları E-kütüphane kapsamında erişime sunmaktadır.(32)Sağlık Bakanlığı’nın 2014 yılı itibariyle Finlandiya Tıp Birliği Duodecim ile yaptığı anlaşma kapsamında Kanıta Dayalı Tıp Rehberinin (EBMG-Evidence Based Medicine Guidelines) elektronik versiyonunun kullanımı başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin erişimine açılmıştır.(33)

Klinik rehberlerin etkileri değerlendirildiğinde bu rehberlerin kullanımının hem yararları hem zararları vardır. Titizlik ile geliştirilen kanıta dayalı rehberler potansiyel zararları en aza indirmektedir. Rehberlerin hasta, hekim ve sağlık sistemi açısından yararları ele alındığında; rehberlerin en başta gelen yararı hasta bakım kalitesinin artırılmasıdır ve bunun sonucunda da dolaylı olarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesidir. Hastalar açısından bakıldığında rehber kullanımı ile hastalara faydalı olan müdahaleler teşvik edilecek, hastaya zararı olanlar terk edilecektir ve bu sayede morbidite ve mortalite oranlarında azalma olacaktır. Diğer bir fayda ise tedavi ve bakımın tutarlılığını artıracaktır çünkü hastanın başvurduğu hekim, merkez ya da coğrafik duruma bağlı olarak aynı şikâyet için farklı tedavi yaklaşımları

olabilmektedir. Ayrıca hastalara yönelik rehberler (broşür, afiş, reklam vb.) hastaların dikkatlerini çekerek erken dönemde sağlık hizmetine başvurularının artırılmasını sağlayabilir bu da hastalıklar başlamadan önce ya da hastalığın başında müdahale şansını artıracaktır. Son olarak rehberler sayesinde etkili ve doğru sağlık politikalarının uygulanması ile hastaya fayda sağlar; hastalıkları önleyici önlemlerin geliştirilmesi, fark edilmemiş rahatsızlıkların tedavisi, sağlık bakım ve harcamalarının adaletli ve öncelikli şekilde organize olmasını sağlar.

Rehber kullanımının hekimler açısından yararları ise klinisyenin karar verme kalitesini artırması; ne yapacağı konusunda kararsız kalan ya da ilerleyemeyen klinisyene tedavi açısından önerilerde bulunması; hekimin müdahalesinin uygunluğu konusunda yol göstermesi ve bilgilerinin güncellenmesini sağlamasıdır. Özellikle kanıta dayalı hazırlanan rehberler hangi müdahalelerin doğru ya da yanlış olduğu konusuna durumu açıklığa kavuşturur. Bazı sağlık sistemlerinde ise hekimler kendilerini yasal olarak korumak için rehberlere başvurmaktadır. (28)

Rehber kullanımının yararları sağlık sistemleri açısından bakıldığında ise sonuç tanı ve tedavide standardizasyonun sağlanarak gereksiz iş yükünün ve endikasyon dışı tahlil istemi/ilaç reçeteleme oranlarını azaltılması ve sonuçta sağlık harcamalarını azaltması olacaktır. (28)

Klinik rehberlerin kullanımının neden olduğu kısıtlılıklar da vardır: En önemli problem rehberin önerilerinin yanlış olabilmesidir. İnsani olarak yapılan hataların ötesinde rehber hazırlayanların hasta için en iyi olanı değerlendirirken yanılmasıdır. Şöyle ki; neyin önerileceği hakkında bilimsel kanıtların çoğu eksik yanıtıcı ve yanlış yorumlanmış bilgilerdir ve sadece az bir grup çalışma iyi planlanmış ve uygunluğu kontrol edilmiştir. Genellikle çalışma tasarımının yan tutma ya da genellenebilirliğine ait kusurlar nedeni ile bulgular yanıtıcı olabilmektedir. Rehber hazırlayanlar ilgili kanıtları ayrıntılı ve incelikli şekilde kontrol edebilecek zaman, kaynak ve beceriden yoksun olabilirler. Yapılan çalışma tamamen doğru olsa bile rehber geliştirilenlerin öznel değer yorumları rehberi okuyanları yanlış yönlendirebilir. Yapılan bu yorumlar bireysel anlamda hasta için uygun olmayabilir. Bunun yanında öneriler, rehber hazırlayanların kendi tecrübelerine göre şekillenebilmektedir ancak bu durum pratikte herkes için aynı derecede etkili olmayabilir. Üçüncü olarak da rehberlerin hastanın

ihtiyaçlarından önce, sağlık çalışanları ve sağlık sistemi ihtiyaçlarına göre hazırlanması da onun sınırlılıklarını oluşturur (28)

Klinik rehberlerinin kullanımının hasta açısından zararları ise, kusurlu rehberlerin hastanın düzenlenen tedavisinin yetersiz ve etkisiz, olmasına neden olabilir. Ayrıca aşırı katı hazırlanmış, kalıp önerilerde bulunan rehberler hastanın ihtiyaçlarını ihmal edecek, hekimin hastaya uygun olan tedaviyi düzenlemesini engelleyerek hastanın kendisi için uygun tedaviyi almasını engelleyecek ve hasta hekim ilişkisine zarar verecektir. (28)

Hekimlerin rehberleri kullanım durumlarına bakıldığında, rehberler hekimler tarafından çok fazla sahiplenilmiş değildir. Hekimlerin bir kısmı, rehberler doğru bile olsa onları uygunsuz ve zaman alıcı bulmaktadır. Farklı uzmanların aynı konu üzerinde kafa karıştıran önerileri ise hekimlerin tepkisini çekmektedir. Ayrıca güncelliğini kaybetmiş öneriler demode uygulamaların devamlılığına neden olabilmektedir. (28) Woolf'un ve James'in çalışmalarında belirtildiği üzere rehberler hangi kişi ya da kurumların hazırladığına yönelik olarak iyi ya da kötü olarak değerlendirilmektedir. Hükümet ya da ödeme kurumlarının hazırladığı rehberler daha çok hekim ve hastalar tarafından özerkliğe saldırı olarak görülmektedir. Katı ve dar çerçevede hazırlanan rehberler uygulanabilir olmadığı için bir nevi tıbbi yemek kitabı olarak görülmektedir. Yine de bütün bu sınırlılıklarına rağmen tüm dünyada rehberlerin yazılması ve yayılması hızla devam etmektedir. Dikkatli kullanıcılar rehberlere daha temkinli yaklaşmaktadırlar. Temeldeki sorun ise rehberler çok küçük davranış değişiklikleri sağlamaktadır. Bu nedenle rehberler sağlığın geliştirilmesinde bir aşama değil sadece bir seçenektir. Rehberler klinisyene yol gösterdiği ölçüde işe yaramaktadır.(28, 34)

Dünya çapında özellikle gelişmiş ülkeler klinik uygulama rehberlerini günlük pratikte uygulanabilirliğini artırmaya yönelik ciddi girişimlerde bulunmaktadırlar. Amaç hekimlerin rehber kullanımının teşviki ile daha iyi sağlık sonuçları elde etmektir. Ancak yapılan çalışmalar hekimlerin rehberleri yeterince kullanmadıklarını göstermektedir. Bu amaçla çalışmalar yapılmaktadır ancak nedenlerin çeşitliliği ve ülkeye, kuruma ve kişiye göre farklılık göstermesi, konunun çok yönlü ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.(35)

Pratikte uygulamada rehberler öncelikle hekimin *bilgi, tutum ve davranışlarını* etkiler. Rehber kullanılmama durumlarına yönelik nedenler açısından yapılan

sistematik derlemelerde engeller genel olarak bu 3 başlık altında toplanmaktadır. *Bilgi* başlığı altında; hekimin yatkınlık- farkındalık eksikliği, *tutum* başlığı altında; rehberler arasında fikir birliği olmayışı, hekimde motivasyon eksikliği ve eylemsizlik (sorunun fark edilmesine rağmen müdahale edilmemesi), hekimin sonuçlarda pozitif gelişme olmayacağı düşüncesi, önerileri uygulamada çekimserlik ve son olarak *davranış* başlığı altında ise hastaya, rehberlere ve çevresel faktörlere ait nedenler sıralanmıştır. Davranış başlığı altında hastaya bağlı nedenlerde; hastayı konsülte edememek, hastaların tercihlerinin farklılığı, rehberler bağlı nedenlerde; rehberlerin çelişkili olması, kolay okunabilir ve uygulanabilir şekilde pratik olmayışı, çevresel etmenlere bağlı nedenlerde; zaman azlığı, kaynak kısıtlılığı, sisteme bağlı kısıtlılıklar, geri ödeme yokluğu ve malpraktisi artıracacağı algısı olarak özetlenebilir.(35)

2.2.Aile Hekimliği

2.2.1.Aile Hekimliği Tanımı

2002 WONCA tanımına göre Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriğiyle, araştırma alanıyla, kanıta dayalı ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri/Genel pratisyenler ise bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilmiş uzmanlardır. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürel durumlarına göre hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının özerkliğine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıkların yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, bakım, tedavi ve palyasyon (şikayetlerin hafifletilmesini) sağlayarak yerine getirirler. Bu görevi gerek doğrudan gerekse sağlık ihtiyaçlarına uygun olarak hizmet verilen toplumun mevcut kaynakları dahilinde var olan hizmetlere erişim sağlayarak dolaylı

şekilde, hastanın gereken yardımı almasını sağlayarak yapar. Aile hekimleri etkili ve güvenilir bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel denge ve değerlerini geliştirme ve devam ettirme sorumluluğunu almalıdırlar. Diğer tıbbi branşlarda olduğu gibi bakım verdiği hastanın güvenliği ve tatmini için sürekli takibinin yapılması ve eğer gerekiyorsa klinik görüşlerinin geliştirilmesi sorumluluğunu almalıdırlar.(36)

Olesen'ne göre (2000) aile hekimliği;

“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. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”(36)

TAHUD'a göre aile hekimliği; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır. (37)

Ünlüoğlu'na (2004) göre aile hekimliği; birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, geniş anlamda biyolojik ve klinik bilimlerle davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği, disiplinler içeriğinin birçoğunu diğer klinik dallarla paylaşır, paylaşılan bu bilgiyi birleştirir ve onu birinci basamak sağlık hizmetini sunmakta kullanır. Diğer uzmanlık alanlarıyla bilgi paylaşımına ek olarak; aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve

psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. Aile hekimliğinin alanı tüm yaş, cinsiyet, organ, sistemler ve tüm hastalık olgularını kapsar.(38)

2013 Tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre:'' Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler'' olarak tanımlanmıştır.(39)

2.2.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri

Dünyada ve özellikle Avrupa'da sağlık sistemlerinin farklılık göstermesi farklı aile hekimliği uygulamalarına neden olmuştur. Bundan dolayı *aile hekimi/genel pratisyen* tanımının standardize edilmesi gerekliliği gündeme gelmiştir. Ollesen ve arkadaşlarının başlattığı tartışma sonucu EURACT'ın kendini sorumlu görmesi sonucu çalışmalar başlamış ve WONCA tarafında 2001'de Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik tanımı yayınlanmıştır. Tanımlamanın özünde sağlık sistemlerinden bağımsız olarak aile hekimlerinin sahip olması gereken özellikler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu sayede tüm dünyada ve her sistem şartlarında uygulanabilecek standart bir aile hekimliği uygulaması tanımlanabilecektir. Sonuç olarak bu ilkeler görev tanımı içinde yer almalı ve bu ilkeler doğrultusunda hekimlik yapanlar da aile hekimi olarak tanımlanmaktadır. Bildirgede tanımlanan *ideal Aile Hekimliği'dir*. Uygulama aşamasında ise idealin pratiğe dönüşümü aşamasında sağlık sistemi yöneticilerinin gereken düzenlemeleri yapması gerekmektedir. (36)

WONCA Avrupa tarafından ilk olarak 2001'de yayınlanan 2011'de tekrar gözden geçirilen bildirgede 12 aile hekimliği özelliği özetlenmektedir. Buna göre Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri şunlardır:

1.Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Başvuranlara açık ve sınırsız bir erişim sağlar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin diğer özelliklerinden bağımsız olarak tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

2.Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu, kişilere sunulan bakımı düzenleyerek, birinci basamak oluşumundaki diğer çalışanlarla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunma göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlere erişimi sağlayarak yapar.

3.Bireye, bireyin ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik, kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

4.Hastanın yetkilendirilmesini¹ teşvik eder. (Bu madde 2011 WONCA bildirisinde yeni eklenmiştir.)

5.Hasta ve hekim arasında etkili iletişim sayesinde ve zaman içinde gelişen bir ilişkiye dayalı kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.

6.Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda hastaya süreklilik arz eden bir bakım hizmeti sunmaktan sorumludur.

7.Hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

8.Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.

9.Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkları yönetir.

10.Uygun ve etkili müdahalelerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

11.Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluğa sahiptir.

12.Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlikleri

Çekirdek sözcüğü, içinde bulunduğu sağlık sistemine bakılmaksızın “disiplin için zorunlu” olan anlamına gelir.

Aile hekimliğini tanımlayan 12 özellik aile hekimlerinin sahip olması gereken 12 beceridir ve bunlar 6 çekirdek yeterlilik şeklinde kümelenebilir.

¹ Empowerment: Yetki devri, kişiye (hastaya) kendi durumu ile ilgili daha fazla kontrol verilmesi.

Faaliyetleri geliştirmek, hasta bağlamında hastanın tedaviye katılımını artırmak için hastayı insiyatif kullanmaya teşvik eden ve yetki devreden yaklaşım.

Olgunun tanımlanmasına göre hastanın güçlendirilmesi 40. Olgun N, Ulupınar S. Hasta güçlendirme ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi. Diyabet Forumu. 2004;1(1-2):57.

1. Birinci Basamak Yönetimi (1,2)
2. Kişi Merkezli Bakım (3,4,5,6)
3. Özgün Sorun Çözme Becerisi (7,8)
4. Kapsamlı Yaklaşım (9,10)
5. Toplum Yönelimli Olma (11)
6. Bütüncül Yaklaşım-Modelleme(L2)

Özellikle 1. ve 3. Yeterlilikler ile ilgili olarak kalite geliştirme temel beceri olarak değerlendirilmelidir.

Kişi Merkezli Bilimsel Bir Disiplin olarak aile hekimliğinde 3 ek özellik çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında esas olarak değerlendirilmelidir.

1.Bağlam: Hekimlerin; içinde buldukları çalışma şartları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici sistemi de kapsayacak şekilde içinde çalıştığı çevreyi ve hekim olma durumunu anlamak

2.Tutum: Doktorun mesleki kabiliyetine, değerlerine ve etik kurallara dayanması

3.Bilimsel: Tıbbi uygulamada eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve bu yaklaşımı sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla sürdürme.

Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

- a. Klinik görevler,
- b. Hastalarla iletişim ve
- c. Uygulama merkezinin yönetimi

(WONCA Europe, 2011).(36)

2.2.3.Aile Hekimliğinin Tarihçesi Ve Dünyada Aile Hekimliği

Tarihsel süreçte 19.yüzyılda tıp mesleğinin resmi olarak uygulanmaya başlanmasından önce 17. ve 18. yüzyıllarda sağlık hizmeti verenler 3 grupta toplanıyordu: Az sayıda eğitim almış, zengin ve erkeklerden oluşan *hekimler* (ilaç hazırlama ve cerrahi işlemleri reddetmişlerdir), cerrahi işlemler de dahil halk seviyesinde sağlık ihtiyacını karşılayan *zanaatkarlar* ve ilaç hazırlayan ve satan *eczacılar*. Bu üç grup farklı toplumsal seviyelerde halkın sağlık ihtiyaçlarına yanıt

vermişlerdir. Daha sonra 19. yüzyılda Avrupa’da eğitim alan ve Amerika’ya giden kolonilerdeki hekimler, her ne kadar cerrah olarak çalışmak istemeseler de sağlık hizmetine olan büyük ihtiyaç nedeni ile bu istekleri gerçekleştirmemişlerdir, genel pratisyenlik uygulamaları yapmışlardır. Eş zamanlı İngiltere’de cerrah ve eczacılara kısmi tıbbi yetkilerin verilerek statülerinin yükseltilmesi cerrahi ve farmakolojinin tıp ile bütünleşme sürecini başlatmıştır. İlk kez Lancet’te 19.yüzyılda Genel *Pratisyenlik* terimi kullanıldı. Sonuçta Amerika’da başlayan genel pratisyenlik İngiltere’de adlandırıldı. (38, 41, 42) 1844’te İngiltere’de Ulusal Genel Pratisyenler Kurumu (National Association Of General Practitioner) kurulmuştur.

1900lü yılların hemen arifesinde fen bilimlerindeki gelişmelerin de ışığında branşlaşma başladı ve bunun sonucunda 1930’lu yıllara doğru genel pratisyenlik ciddi statü kaybetti. Aslında 1923 yılında bir dahiliye uzmanı olan Francis Peabody uzmanlaşma ile sağlık hizmetinin bölündüğünü ve bütüncül yaklaşımın gerekliliği konusunda uyarıda bulunmuştur ancak dönem şartlarında dikkate alınmamıştır(38) Nitekim 2. Dünya Savaşı sonrasında 1950’li yıllara doğru aile hekimliği ortadan kaybolmak üzereydi. Bir grup genel pratisyenin girişimleri ile aile hekimliği tekrar önem kazanmaya başlamıştır. İngiltere’de 1947 yılında genel pratisyenlerin Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’ni (Royal College of General Practice) kurması ile gerçek anlamda *aile hekimliği uygulaması* başlamıştır. Ancak gerçek anlamda kapsamlı ve bireysel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950’lerden sonra başlamıştır. (41)

1960’lı yıllarda ABD’de aile hekimliği kurulu (Board of Family Practice) kurularak aile hekimliği uzmanlığı tanımlandı. 1966 yılında Millis (Hekimlerin mezuniyet eğitimi) ve Willard raporları (aile hekimliğinin gereksinimlerini yerine getirmek) yeni dönemde genel pratisyenlerin farklı olması gerekliliği vurgulanmıştır. Genel pratisyenlik artık ayrılmış ve nitelikleri tanımlanmış bir uzmanlık dalı olarak ele alınmıştır. Bireylerin kendilerini sadece bir hastalık ya da bir organ bozukluğu olarak değerlendirmeyen nitelikli hekimlere ulaşabilmelerinin, hekimin verdiği sağlık hizmetinin ayrıntılı ve geniş kapsamlı olmasının, hasta ve hekim arasında sürekli bir iletişimin, hekimin bilgi ve becerilerinin aile bireylerinin tümünü kapsaması kararları alınmıştır. (41, 43)

Kanada 'da 1966 yıllarında üniversitelerde kürsüler kurulmaya başlandı. Aile hekimliği, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitim programına alındı. Bir diğer nokta ise bu yeniden oluşumda artık eskiyi çağrıştıran genel pratisyenlik terimi terkedilerek aile hekimi söylemi kabul edildi. Bunun bir örneği de Amerika'da (Academy of General Practitioners, Academy of Family Physicians) Genel Pratisyenlik Akademisi Aile Hekimliği Akademisi olarak değiştirildi.(41, 43)

1972'de Dünya Aile Hekimleri Birliği-WONCA (The World Organization of Family Doctors) kuruldu. 1978'de Alma Ata'da DSÖ tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi kabul edilmiştir. Birinci basamağın kendine özgü bilgi ve koşulları olduğu ve bu alanda uzmanlaşmış hekimlerin gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

1986'da Avrupa Konseyi'nce aile hekimlerinin en az 2 yıl uzmanlık alması gerektiği kararına varılmış ve 1 Ocak 1995 tarihi hedeflenmiştir. Sonrasında 1979'da İspanya 1985'te İtalya ve Norveç, 1986'da Yunanistan, 1987'de Portekiz, 1990'da Fransa aile hekimliği uzmanlık eğitimlerine başlamıştır. Almanya'da 1994'ten itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi şartı getirilmiştir.

DSÖ ve WONCA, Ontario-Kanada'da 1994 yılında, 1978 Alma Ata Konferansı'nda ilan edilen "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda aile hekiminin katkısı üzerine yoğunlaşan bir konferans düzenlemiştir. Her iki birlik tarafından imzalanan bildiride, insanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılması gerekliliği ve Genel Pratisyen/Aile Hekimlerinin, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekiminin hasta bakımında yetkin olması, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele alması gerektiği vurgulanmıştır.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin yapılanmasında aile hekimliğinin etkin uygulaması ve geliştirilmesi yönünde müdahaleler devam etmektedir.(18)Şu anda Aile hekimliği sistemi dünyada yaygın olarak birinci basamak sistemlerinin temelini oluşturmaktadır. Kavram aynı olmak ile beraber sistemler uygulanan ülkenin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiştir.

İngiltere, aile hekimliğinin tarihinin en eski olduğu ülkedir.1844'te Ulusal Aile Hekimliği Kurumu (National Association of General Practitioners), 1948'de Ulusal

Sağlık Servisi (National Health Service), 1952’de Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası 2 yılı hastanede bir yılı bir aile hekimi uzmanı yanında olmak üzere toplam 3 yıldır. Uzmanlık için sınav zorunlu değildir Ancak Aile Hekimi Kraliyet Koleji’ne üye olabilmek için sınava grime zorunluluğu nedeni ile aile %80 sıklıkla hekimler sınava girmektedir. Acil durumlar dışında 2.basamak merkezlere sevk zorunludur.(41)

Almanya, sağlık hizmetlerinin en iyi olduğu ülkelerden biridir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1976’da Hannover Tıp Fakültesi’nde açılmıştır. Aile hekimi olarak çalışmak isteyen hekimlere 1980’’den beri bitirme sınavı zorunluluğu vardır. 1994 yılından beri uzmanlık eğitimi zorunludur. Uzmanlıklar 4-8 yıl arasında değişmektedir. Birinci basamak hizmeti aile hekimi uzmanları ve diğer dal uzmanları tarafından verilmektedir. Aile hekimi uzmanları tüm uzmanların yarısını oluşturmaktadır. Aile hekiminin ortalama nüfusu 1079 kişidir. İkinci basamak merkezlere sevk zorunluluğu yoktur.(41)

Fransa sağlık sistemi 2000 yılında DSÖ tarafından en iyi sağlık sistemi olarak seçilmiştir. 1892’de ilk ulusal tıp diplomasının verilmesinden sonra 1950 yılına kadar diplomalı hekimler hizmet vermiş, 1950 ‘den sonra uzmanlaşma ile serbest genel hekim ve serbest uzman hekim olarak ayrışma başlamıştır. Bu ayrışma 1958’den itibaren belirgin hale gelmiştir ve Fransa’da, Fransa Genel Hekimler Derneği ve Genel Hekimlerin Terapötik Derneği kurulmuştur. 2000 yılından itibaren hekim sayısında ciddi azalma olması nedeni ile yapılan uygulamalardan biri genel hekimlere aile hekimi uzmanı ünvanı verilmiştir. 2005’ten itibaren ise aile hekimi uzmanı olmak isteyen hekimlere ulusal sıralama sınavına girme zorunluluğu getirilmiştir. 2012 yılı verileri ile Fransa’da tüm hekimlerin yarısını aile hekimleri oluşturmaktadır. Tıp fakültesi sonrası pratisyen hekimler sahada çalışmamaktadırlar, mutlaka bir uzmanlık programına yerleşmeleri planlanmaktadır. Her branş için uzmanlık eğitimi şartı vardır. Aile Hekimliği için uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır. Fransa da bir Aile Hekimi başına 1000-1500 hasta düşmektedir ve günde 25-30 hasta görmektedirler. Hastalara 10-15 dakika ayrılmaktadır.(44)

Hollanda’da aile hekim uzmanı olmak için 3 yıl, diğer uzmanlık alanları için ise 4-5 yıl ihtisas görmek gerekmektedir. Bir aile hekimine 2350 hasta düşmektedir.

Günlük 20 hastaya hizmet verirler ve hasta başına ortalama 10 dakika ayırmaktadırlar. Radyolojik ve kan tahlilleri için hastaları anlaşmalı oldukları hastanelere yönlendirirler. Tüm veriler için elektronik bilgi ağı kullanılmaktadır. 2. Basamağa sevk zorunludur.(41)

Norveç'te aile hekimliği 1985 yılında tanınmıştır. Aile hekimi başına 1500-2500 hasta düşmektedir Uzmanlık eğitimi süresi beş yıldır. (Bir yıl klinikte 4 sene aile hekimi yanında olmak üzere) sonrasında sınav zorunlu değildir. Sınav yerine eğitim saati tamamlama ve bir yıllık seçilmemiş hasta grubu ile pratik zorunludur. İkinci basamak için sevk zorunludur.(41)

Küba'da 1984 yılında aile hekimliği sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimi 2,5 km çapında bir alandan sorumludur ve hizmet ettiği bölgede ikamet eder. Küba'da yaklaşık olarak 1000 hastaya 6 aile hekimi düşmektedir. Aile hekiminin başlıca görevleri koruyucu hekimlik, aşılama, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesidir. Koruyucu hizmetlere gereken önemi vermeleri sayesinde sağlık düzeyleri yükselmiştir. Ayrıca aile hekimliği polikliniklerinde laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. Aile hekimi uzmanı olmak için 6 yıllık tıp fakültesinden sonra 2 yıl aile hekimliği merkezinde çalışarak uzman olunabilir. Diğer branşlarda uzman olmak için önce bu eğitimin alınması gerekmektedir. İkinci basamak için sevk zorunluluğu yoktur.(41)

Kanada'da aile hekimleri tüm hekimlerin yarısını kadardır. Mezuniyet sonrası aile hekimliği 2 yıldır.

ABD'de aile hekimliği 1960'lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. 2.Dünya Savaşı sonrası ülkede uzmanların sayısının artması ancak genel pratisyenlerin oranının azalması üzerine 1969'da Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi oluşturulmuştur. 1970'de Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi olarak yeniden adlandırılmıştır. ABD'nin aile hekimliğine ait en büyük mesleki kuruluşu Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians)'dir. Akademi'ye üyeliği koruyabilmek için hekimlerden üç yılda bir 150 saat sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılım beklenilmektedir. ABD'de uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası 3 yıl sürmekte ve üçüncü yılın sonunda bitirme sınavına girmek zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca aile

hekimini, her yedi yılda bir yeterlik sınavına girip, yeterlik sertifikası almaktadır. İkinci basamak için sevk zorunluluğu yoktur.(41)

Portekiz’de 1979 da "Ulusal Sağlık Sistemi" kurulmuş ve 1982’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca 1982 de Aile Hekimliği Koleji kurulmuştur. 1983’de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulmuştur. 1987’den sonra aile hekimi için zorunlu eğitim getirilmiştir. Tıp fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümü 1987’de Lizbon Üniversitesi’nde açılmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl sürmektedir. 18 aylık asistanlık öncesi eğitim alan hekimler ulusal bir sınava girebilmekte ve bir uzmanlık alanını seçebilmektedirler. Bir aile hekimi en az 1500 hastadan sorumludur. İkinci basamak merkezine başvuru hekiminin sevkinden sonra mümkün olmaktadır.(41)

Kısaca özetlersek aile hekimliğini uygulayan ülkeler, sistemin ideal yapılmasına yönelik çaba sarf etmektedirler. Birinci basamak hekimliği de genel olarak dal uzmanları gibi zorunlu uzmanlık eğitimine tabidir. Yani sistemin her aşamasında alanında uzman hekimler çalışmaktadır. Bu eğitim 2 yıldan 6 yıla kadar değişmekle beraber ortalama 3 yıllık bir süredir. Amerika ve Almanya dışında ikinci basamak başvuruları için aile hekiminin sevk etmesi zorunludur. Uzmanlık sınavı Kanada ve İngiltere haricinde zorunludur. Hekimlere düşen hasta sayısı makuldür. Kanada ve İngiltere’de Kraliyet Kolejlere ’ne üyelik için uzmanlık eğitimi sonrasında isteğe bağlı olarak bitirme sınavına girilmektedir. Hekim başına düşen hasta sayıları ve hastalara ayrılan süreler ideal denilebilecek derecededir.(41)

2.2.5.Türkiye’de aile hekimliği

Ülkemizde cumhuriyetin kuruluşu ile beraber tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetleri planlanmış, 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılması ile dönemin önemli sorunları olan hastalıklara önem verilmiştir. Bu dönemde hükümet tabiplikleri kurulmuştur. Hükümet tabipliğinin görev tanımı ancak 1958 ‘de tam olarak yapılmıştır ancak uygulamada hiçbir zaman tam olarak istenen düzeyde yapılandırılmamıştır. (38)

2. Dünya savaşı sonrasında ülkemizde de uzman hekim yetiştirilmesi adına *genel sağlık uzmanlığı* eğitimi başlamış ancak bu uygulama da 1955 yılında yürürlükten kaldırılmıştır.

5 Ocak 1961’de sağlık ocaklarının(SO) kuruluşunu temel alan 22 Sayılı ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’’ kabul edildi. Daha sonra çıkarılan 154 sayılı yönerge ile hükümet tabipleri SO sistemi ile birleştirilmiş oldu. Ancak finansman ile ilgili tanımlamaların eksikliği ve görev tanımının genişliği nedeni ile istenen sonuca ulaşılamadı. SO sistemi ile üniversite ve politikacılar arasındaki işbirliğinin olmayışı nedeniyle gereken güncelleme ve geliştirme hamlelerinin yapılamaması sonucunda SO hizmet sunumunda yer yer yetersiz kalmıştır.(38)

1970-1980 yılları aile hekimliğinin dünya çapında tartışıldığı denemdir. Ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçiş gerekliliği konuşulmasına rağmen o dönemki sağlık ocaklarının görev kapsamında zaten aile hekimlerinin özelliklerinin olduğu düşünülerek aile hekimliği uzmanlığı ülkemizde tanınmamıştır ancak ilerleyen süreçte bu gereklilik görülmüştür.1983 yılı itibari ile Türkiye’de aile hekimliği tarihçesi başlar.

Türkiye’de aile hekimliği 3 döneme ayrılabilir:

1983-1993 arası dönem: Aile hekimliği, 5 Temmuz 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde ilk defa yer aldı. Hemen sonrasında 1984 yılında ilk aile hekimliği anabilim dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kâğıt üstünde kuruldu. İlk uzmanlık eğitimleri ise 1985’ten itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanelerinde başlamıştır. 25 Temmuz 1990’da aile hekimliği asistanları *Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’ni* (AHUD) kurdular. AHUD 1993’te ilk bilimsel aile hekimliği kongresini İstanbul’da düzenledi ve aynı yıl Aile Hekimliği Dergisi (Journal of Family Medicine) çıktı. 1992’de Gülhane Askeri Tıp Akademisi bünyesinde aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur.(41)

1993-2002 arası dönem:16 Temmuz 1993’te Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı karar ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dalları kurulması uygun görüldü.17 Eylül 1993’de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde aile hekimliği anabilim dalı kuruldu. Aynı yıl İstanbul’da Ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlendi. 1995’te Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı yayınlanmıştır. 1996 yılında ilk doçentlik

verilmiştir. 2 Mart 1998’de AHUD adının başına Türkiye eklenerek TAHUD adını almıştır ve ülkemizi aile hekimliği konusunda dünyada yetki hakkı kazanmıştır. 2001’ de bir aile hekimi uzmanı WONCA yönetim kuruluna seçilmiştir. 2003 yılında TAHUD’un WONCA üyeliği başlamıştır.

2002 Sonrası dönem: 2002’de Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Planı kapsamında halka aile hekimliğinin duyurulması ile başlar. Plan kapsamında aile hekimliğinin uygulanmaya konması, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması yer alan hedefler kapsamındadır. Sonrasında önce Düzce ili pilot bölgesi daha sonra da kademeli olarak tüm ülke çapında yürürlüğe konmuştur. Nitekim ;58.hükümet acil eylem planı ve sağlıkta dönüşüm planı çerçevesinde Aile Hekimliği Sistemi’ne geçilmesi hedeflediğinde aile hekimleri uzmanlarının sayısının yetersizliği fark edilmiş ve sistemi yürürlüğe koymak için pratisyen hekimlere kısa süreli eğitim verilerek uygulamaya geçilmiş ve sürekli eğitim ile hekimlerin desteklenmesi amaçlanmıştır.(45, 46) böylece; Türkiye’de Sağlık Sistemi 2004’de çıkarılan’’5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’’ ve takiben düzenlenen mevzuat ile değiştirilmiştir. Böylece 1961 yılında kabul edilen ‘’224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’’ ile öngörülen sistem yerine ‘’Aile Hekimliği Modeli’ne geçiş süreci başlatılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlamış yaklaşık bir sene sonra 17 Temmuz 2006’da Eskişehir ilinde devam edilmiştir. Aile Hekimliği sistemi gereği birinci basamakta hizmet sunulması amacıyla Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) kurulmuştur.(47)

Türkiye’de şu an aile hekimliği uygulaması kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri, tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçiş dönemi eğitimleri alan pratisyen hekimler ve 3 yıllık uzmanlık eğitimi almış aile hekimliği uzmanları tarafından sunulmaktadır. (43) 2016 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre ülkemizde şu an 24.428 aile hekimi ve toplam 7636 ASM bulunmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3267 hastadır. (coğrafi bölgeler göre 3011-3395 arasındadır).(48)

Ülkemizde Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Türkiye’de 3 sene hastane klinik rotasyonları ve birinci basamak aile hekimliği uygulaması olarak verilmektedir. Bu eğitim üç temel bölümden oluşur. Aile hekimliği anabilim dalı eğitim etkinlikleri. Aile hekimliği anabilim dalı eğitim etkinlikleri kapsamında, asistan hekimlere aile

hekimliği bakış açısı kazandırılmaya çalışılır. Klinik rotasyonlar ile klinik becerilerin kazandırılması amacı ile bazı beceriler için daha yoğun merkez ve birimlere yönlendirilir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin en az üçte birinin ve olanaklar uygun ise en az yarısının birinci basamak sağlık birimlerinde gerçekleştirilmesi gereği, başta EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) olmak üzere Avrupa'daki konuyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok örgütlenme tarafından benimsenen bir ilkedir(49) Aile hekimliği eğitimi konusunda bu gereklilik çerçevesinde eğitim ASM'ler açılmaktadır. Müfredatta ise mevcut ihtiyaçlar doğrultusunda güncellemeler yapılmaktadır.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Kesitsel nitelikteki çalışma, etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra 6 ay süre ile İzmir ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimleri (uzman ve pratisyen) ile aile hekimliği asistanları ile yürütülmüştür.

Çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. Anketi cevaplamayı kabul etmek
2. İzmir ilinde aile hekimliği asistanı ya da aile hekimi olmak

Çalışmaya dahil olmama kriterleri:

1. Anketleri cevaplamayı kabul etmeyen bireyler

3.2. Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın örneklemini İzmir ilindeki toplam 161 aile hekimliği asistanı/araştırma görevlisi ve İzmir ilinde görev yapan aile hekimlerinin üye olduğu İzmir Aile Hekimleri Derneği'nin (İZAHED) 455 üyesi olmak üzere toplam 616 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü %80 güç, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapma olarak alındığında en az 114 asistan hekim ve 209 aile hekimi olacak şekilde toplam 323 olarak hesaplanmıştır. Anket formu İzmir'de aile hekimi olarak görev yapan, İZAHED'e üye olan hekimlere 15 Eylül 2017-15 Kasım 2017 tarihleri arasında dernek tarafından e-posta aracılığı ile ulaştırıldı. Aile hekimlerinin e-posta adreslerine çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerin anket formuna erişmesini sağlayan linki de içeren bir davet mektubu gönderildi. Ankete ulaşılan link 2 ay (15 Eylül 2017-15 Kasım 2017) süre ile açık bırakıldı. Aynı e-posta ilk e-postadan 15 gün sonra dernek aracılığıyla aile hekimlerine tekrar ulaştırıldı. İkinci e-postadan sonra online anket 45 gün boyunca cevaplanmaya açık bırakıldı. Anket formu

“Google Drive” online ortamda uygulandı. Anket formu, İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına ise tüm asistanların katılmasının zorunlu olduğu her kliniğin eğitim saatlerinde araştırmacı tarafından uygulandı. Toplamda 393 katılımcı ile çalışma sonlandırıldı.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Anketin ilk bölümü hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve kronik bakım ile ilgili görüş, davranış ve tutumları ile ilgili 21 soru içermektedir. İkinci bölüm araştırmacıların PACİC ölçeğinden faydalanarak hazırladığı bir veri formudur. Faydalanılan PACİC ölçeği; hekimlerin hastalara verdiği bakımların değerlendirilmesi için kullanılan 20 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman, 5=her zaman şeklinde 5’li Likert skala şeklinde cevaplanacaktır. 1.-3. sorular bakımın “hasta katılımı” 4.-6. sorular “karar verme desteği”, 7.-11. sorular “amaç belirleme/rehberlik”, 12.-15. sorular “problem çözme”, 16.-20. sorular “izlem/koordinasyon” boyutunu değerlendirmektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği İncirkuş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.(50) Çalışmamızda kullanılan veri formu hazırlanırken, PACİC Ölçeğinde hastalara yöneltilen soruların her bir sorunun cümlesinde öznesi değiştirilerek anlam bütünlüğü korunmuş ve aile hekimlerine sorulacak şekilde modifiye edilmiştir. Veri formundan elde edilen verilerle soru gruplarına yönelik ve toplam skorların aritmetik ortalaması alınarak karar verme desteği, amaç belirleme, problem çözme, izlem/koordinasyon ve toplam puanlar hesaplandı.

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizleri ise SPSS 22.0 paket programında yapıldı. Çalışmada toplanmış olan verilerden sayısal olanlar ortalama, ortanca, standart sapma, değer aralığı; kategorik veriler ise oran, yüzde gibi tanımlayıcı yöntemlerle ifade edildi. Bağımsız iki grubun ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığının karşılaştırılması Independent samples t testi ile yapıldı. Çapraz tablolarla

karşılaştırılan gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı yerine göre Ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. İki'den fazla grupta ölçümle belirtilen değişkenlerin karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) yöntemi kullanıldı. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiş olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda, ikişerli post-hoc karşılaştırmalar homojen olan varyanslar için Bonferroni, LSD, Tukey LSD ve homojen olmayan varyanslar için Gabriel testi kullanılarak yapıldı. P değerinin 0,05 'in altında olduğu değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

4.1.Genel

4.1.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 426 aile hekimi katılmıştır. İnternet üzerinden anket dolduran 33 kişi İzmir ili dışından olduğu için çalışma dışında bırakılarak toplamda 393 aile hekimi ile çalışma tamamlanmıştır.

Hekimlerin yaş ortalaması $42,50 \pm 10,82$ idi (En düşük 24, en yüksek 68). Hekimlerin %46,6'sı (n=183) kadın, %53,4'ü (n=210) erkekti. Hekimlerin %53,2'si (n=209) pratisyen hekim, %30,3'ü (n=119) asistan hekim, %10,7'si (n=42) uzman aile hekimi, %4,3'ü (n=17) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanı (SAHUA), %0,3'ü (n=1) başasistan/ yardımcı doçent doktor, %0,8'i (n=3) doçent doktor, %0,5'i (n=2) profesör doktordu.

Mezun olunan fakülteler açısından en çok belirtilen ilk beş tıp fakültesi %25,2'si (n=99) Ege Üniversitesi, %13'ü (n=51) Dokuz Eylül Üniversitesi, %4,1'i (n=16) Uludağ Üniversitesi, %3,8'i (n=15) Çukurova Üniversitesi, %3,6'sı (n=14) On Dokuz Mayıs Üniversitesi'ydı. Hekimlerin mezuniyet yılı ortalaması $1999,12 \pm 10,76$ yılıdır. (1979- 2016 yılları arasındaydı.)

Hekimlerin %65,9'u (n=259) aile sağlığı merkezinde (ASM), %21,1'i (n=83) eğitim araştırma hastanesinde (EAH), %11,5'i (n=45) üniversite hastanesinde (ÜH) çalışıyordu. Hekimlerin buldukları kurumdaki çalışma süreleri ortalama $6,52 \pm 5,32$ yıldır. (En düşük bir yılın altında, en yüksek 30 yıl olarak bulundu.)

Hekimlerin çalıştıkları ilçeler açısından bakıldığında %85,8'i (n=337) kentsel ilçelerde ve %14,2'si (n=56) kırsal ilçelerde çalışıyordu (Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Gaziemir, Güzelbahçe, Karabağlar, Karşıyaka, Konak, Narlıdere kentsel ilçeler; Aliağa, Bayındır, Beydağ, Çeşme, Çiğili, Dikili, Foça, Kemalpaşa, Kınık, Kiraz, Menderes, Menemen, Ödemiş, Tire, Selçuk, Torbalı, Urla ise kırsal ilçelerdir.). En çok katılım sıra ile %21,1 (n=83) ile Karabağlar, %16,8 (n=66) ile Konak ve %13,7 (n=54) ile Balçova ilçelerindedir.

Hekimlerin bugünkü görev yerlerinden önce çalıştıkları kurumlar sorgulandığında hekimlerin; %21,4'ü (n=84) ASM'de, %12,5'i (n=49) TSM'de, %26,5'i (n=104) devlet hastanesinde (DH), %8,7'si (n=34) EAH'ta, %8,7'si (n=34) ÜH'te, 3,1'i (n=12) özel hastanede, %30,8'i (n=121) sağlık ocağında (SO), %6,4'ü (n=25) Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması Merkezi'nde (AÇSAP), %3(n=12) 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde, %2'si (n=8) Verem Savaş Dispanseri'nde (VSD), %1,5 (n=6) Sağlık Müdürlüğü'nde çalışmıştır. Devlet özel dal hastanesinde çalışan olmamıştır. Katılımcıların az bir kısmının çalıştıkları kurumlar; yurtdışı, tarım bakanlığı, SSK dispanseri, polis polikliniği, özel sigorta şirketi, mülteci kampı, Millî Eğitim Bakanlığı, medikososyal polikliniği, kurum hekimliği, kuduz tedavi merkezi, iş yeri hekimliği, fizik tedavi dal merkezi, Adli Tıp Kurumu'dur. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri Tablo.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri		
Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	183	46,5
<i>Erkek</i>	210	53,4
Ünvan		
<i>Pratisyen hekim</i>	209	53,2
<i>Asistan hekim</i>	119	30,3
<i>Uzman hekim</i>	42	10,7
<i>SAHUA</i>	17	4,3
<i>Başasistan/Yrd.Doç.Dr</i>	1	0,3
<i>Doçent Doktor</i>	3	0,8
<i>Profesör Doktor</i>	2	0,5
Halen Çalışılan Kurum		
<i>ASM</i>	259	65,9
<i>EAH</i>	83	21,1
<i>ÜH</i>	45	11,5
<i>TSM</i>	3	0,8
<i>Diğer</i>	3	0,8
Çalıştıkları İlçeler		
<i>Kentsel</i>	337	85,8
<i>Kırsal</i>	56	14,2
Önceden ASM'de çalışma durumu		
<i>Evet</i>	84	21,4
<i>Hayır</i>	309	78,6
Önceden TSM'de çalışma durumu		

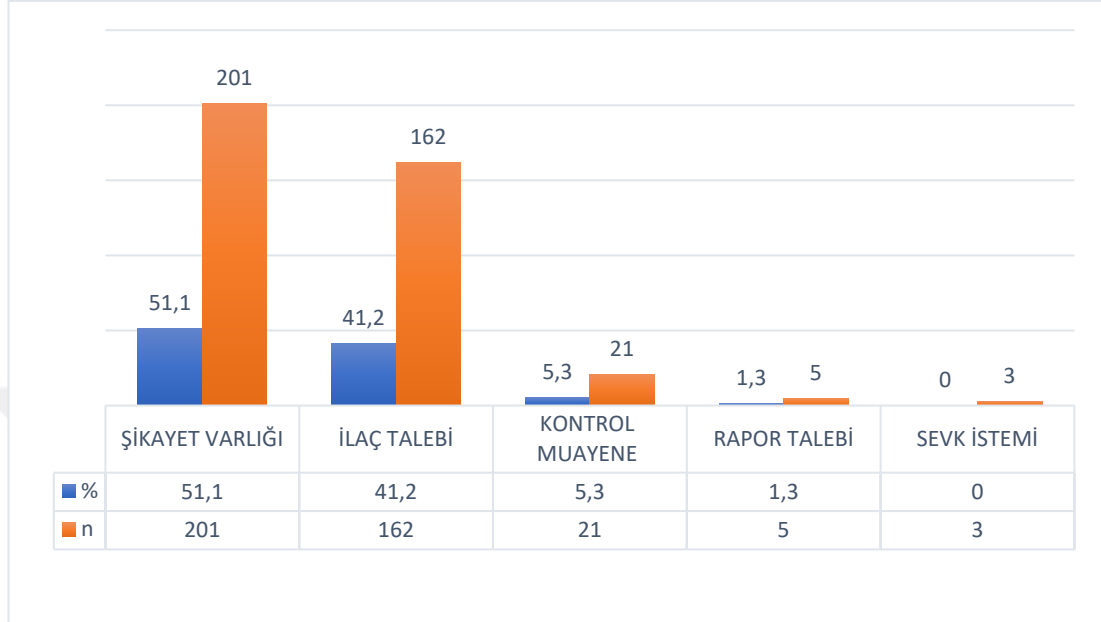
	<i>Evet</i>	49	12,5
	<i>Hayır</i>	304	87,5
<i>Önceden DH'de çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	104	26,5
	<i>Hayır</i>	288	73
<i>Önceden EAH'ta çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	34	8,7
	<i>Hayır</i>	359	91,3
<i>Önceden DÖDH'de çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	0	0
	<i>Hayır</i>	393	100
<i>Önceden ÜH'te çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	34	8,7
	<i>Hayır</i>	359	91,3
<i>Önceden ÖH'te çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	12	3,1
	<i>Hayır</i>	381	96,9
<i>Önceden SO'da çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	121	30,8
	<i>Hayır</i>	272	69,2
<i>Önceden AÇSAP'ta çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	25	6,4
	<i>Hayır</i>	368	93,6
<i>Önceden VSD'de çalışma durumu</i>			
	<i>Evet</i>	8	2,0
	<i>Hayır</i>	385	98,0

4.1.2. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Süreler

Günlük başvuran hasta sayısı ortalama $49,1 \pm 24,3$ 'tür (Ortanca 50 dakika, en düşük 2, en yüksek 180 kişi olarak bulundu.). Hekimlere göre, hastaların en sık başvuru nedenleri %51,1 (n=201) şikâyet varlığı, %41,2 (n=162) ilaç talebi, %5,3 (n=21) kontrol muayene, %1,3 (n=5) rapor talebi, %0,3 (n=1) sevk istemi nedeniyle olmaktadır. Ayrıca %0,8 (n=3) diğer nedenlerle başvuru olduğu bulundu. Diğer nedenler arasında bir katılımcı hem ilaç yazdırma hem muayene, diğer katılımcı ise sigara bırakma danışmanlığı için başvurulduğunu belirtmiştir. Katılımcılara göre hastaların en sık başvuru nedenleri Şekil-1'de gösterilmiştir

Hastalara ayrılan süre ortalama $8,3 \pm 4,8$ dakikadır (Ortanca 7 dakika, en az 2 en çok 45 dakika olarak bulundu.). Katılımcıların %23,4'ü (n=92) hastalara ayrılan sürenin yeterli olduğunu, %50,6'sı (n=199) sürenin yetersiz olduğunu, kalan %26'sı

(n=102) ise bazen yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaya ayrılan sürenin yetersiz olduğunu (*hayır* yanıtını) belirten katılımcılara göre gereken süre ortalaması $18,0 \pm 5,9$ dakikadır (En az 8 en fazla 45 dakika).



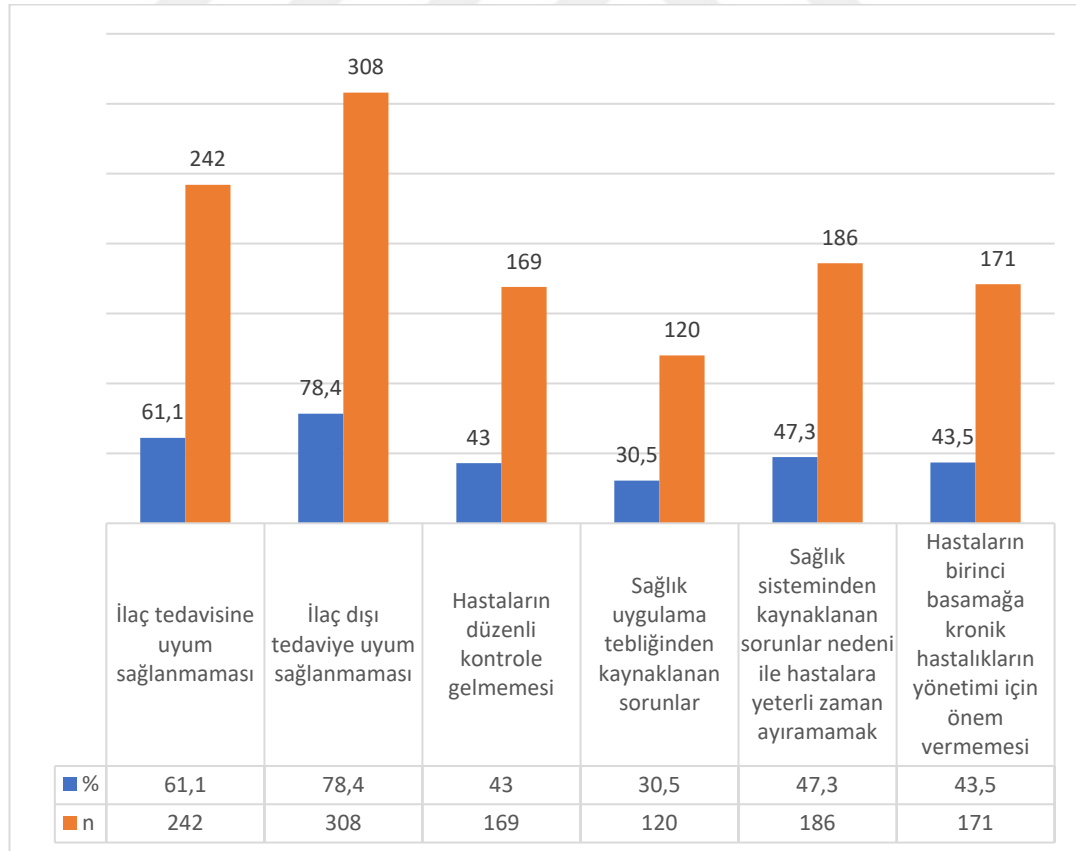
Şekil 1. Katılımcılara göre hastaların en sık başvuru nedenleri

4.1.3.Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlükler

Katılımcılara göre en sık başvuran kronik hastalıklar sırası ile hipertansiyon (HT) (%79,9, n=314), diabetes mellitus(DM) (%28,8, n=113) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır(KOAH). (%2,0 n=8). Daha az sıklıkla belirtilen hastalıklar arasında depresyon, obezite ve demans bulunmaktadır.

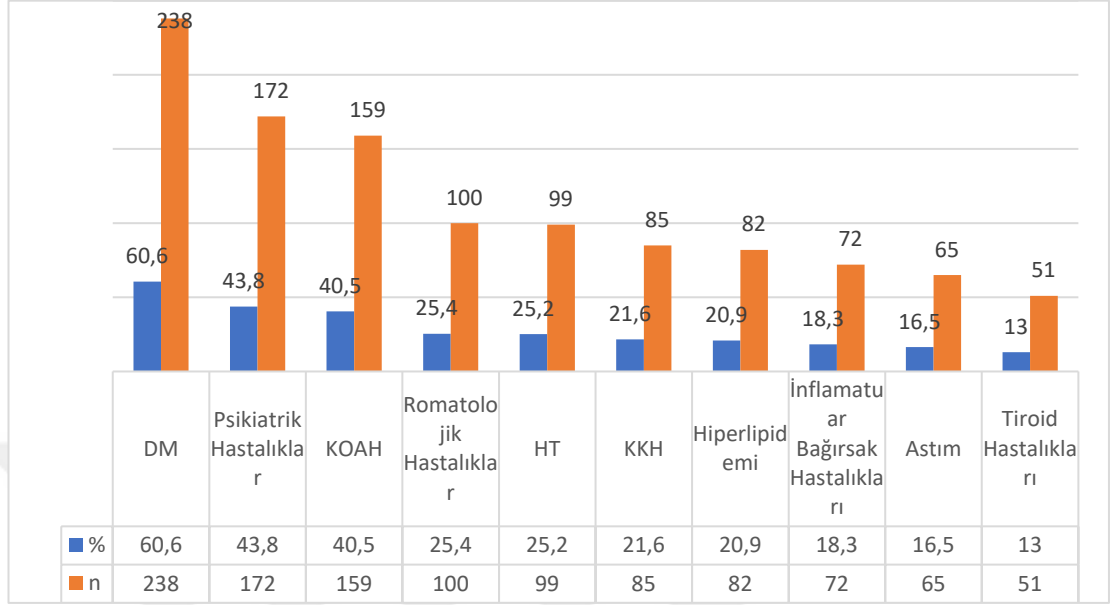
Katılımcıların %17,6'sı (n=69) kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunumunda güçlük yaşamaktadır, %26'sı (n=102) hizmet sunumunda güçlük yaşamamaktadır, kalan %56,5'i (n=222) bazen güçlük yaşamaktadır. Katılımcılara göre kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri %61,6 (n=242) ilaç tedavisine uyum sağlanmaması, %78,4 (n=308) ilaç dışı tedaviye (diyet, egzersiz vb.) uyum sağlanmaması, %43 (n=169) hastaların düzenli kontrole gelmemesi, %30,5 (n=120) sağlık uygulama tebliğinden (SUT) kaynaklanan /ilaç seçimi vb. sorunlar, %47,3 (n=186) sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaya yeterli zaman ayıramamak ve %43,5 (n=171) hastaların birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi olarak bulundu. Ayrıca

8 katılımcı ek görüş belirtmiştir; Buna göre bir katılımcı bilgi eksikliği nedeni ile güçlük yaşadığını belirtmiştir. Hastalara yönelik nedenlere bağlı olarak; üç katılımcıdan ilki hasta yakınları nedeniyle sorun yaşadığını, ikinci katılımcı ise kronik hastalık sahibi kişilerin genelde yaşlı insanlar olmalarına bağlı olarak anlama güçlüğü ve iletişim zorluğu yaşadıklarını ve son katılımcı da farklı doktorlar tarafından reçete edilen aynı endikasyonlu ilaçların elenmesi hakkında hastaları ikna zorluğu yaşadığını belirtmiştir. Dört katılımcı ise sağlık sistemi ve meslektaşları ile ilgili nedenleri belirtmişlerdir. Buna göre ilk katılımcı uzman doktorların tutumlarının sorun oluşturduğunu, yine benzer şekilde ikinci katılımcı ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezleri ile koordine olunamadığını belirtmiştir. Üçüncü katılımcı hastalara rapor düzenlenememesine bağlı sorun olduğunu ve dördüncü katılımcı ise Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi nedeniyle kronik hastalıklı bireylere hizmet sunmakta güçlük yaşadığını belirtmiş. Kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri Şekil-2'de gösterilmiştir.



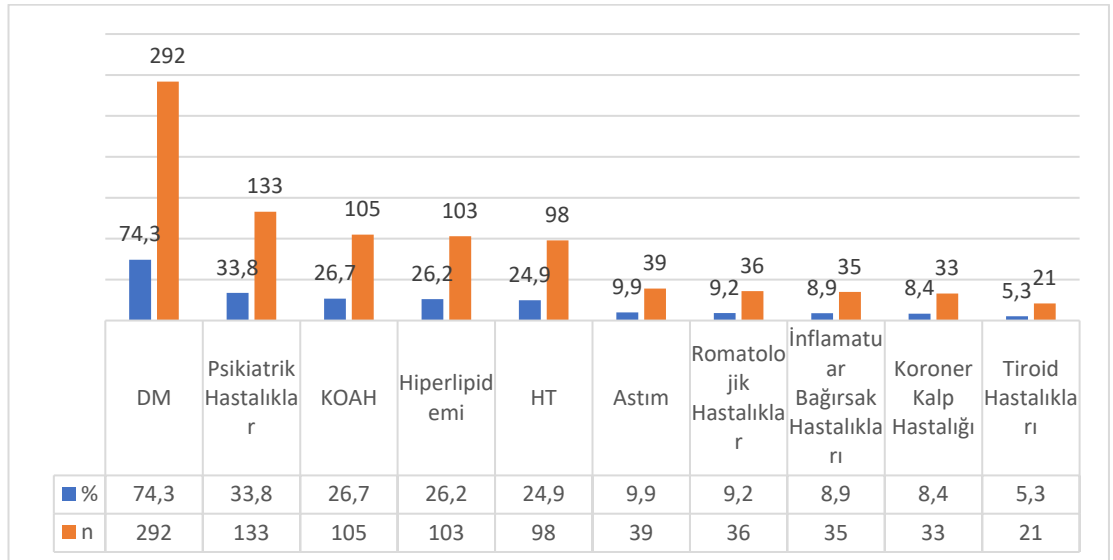
Şekil 2. Kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri

Hekimlerin, yönetiminde en çok sorun yaşadıkları kronik hastalıkların sıklığı Şekil 3'te verilmiştir. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir olarak sorulmuştur.)



Şekil 3. Hekimlerin, yönetiminde sorun yaşadıkları kronik hastalıkların sıklıkları

Hekimlere göre, tedavide en çok direnç gösterilen/tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıkların sıklıklarının dağılımı Şekil 4'te verilmiştir. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir olarak sorulmuştur.)

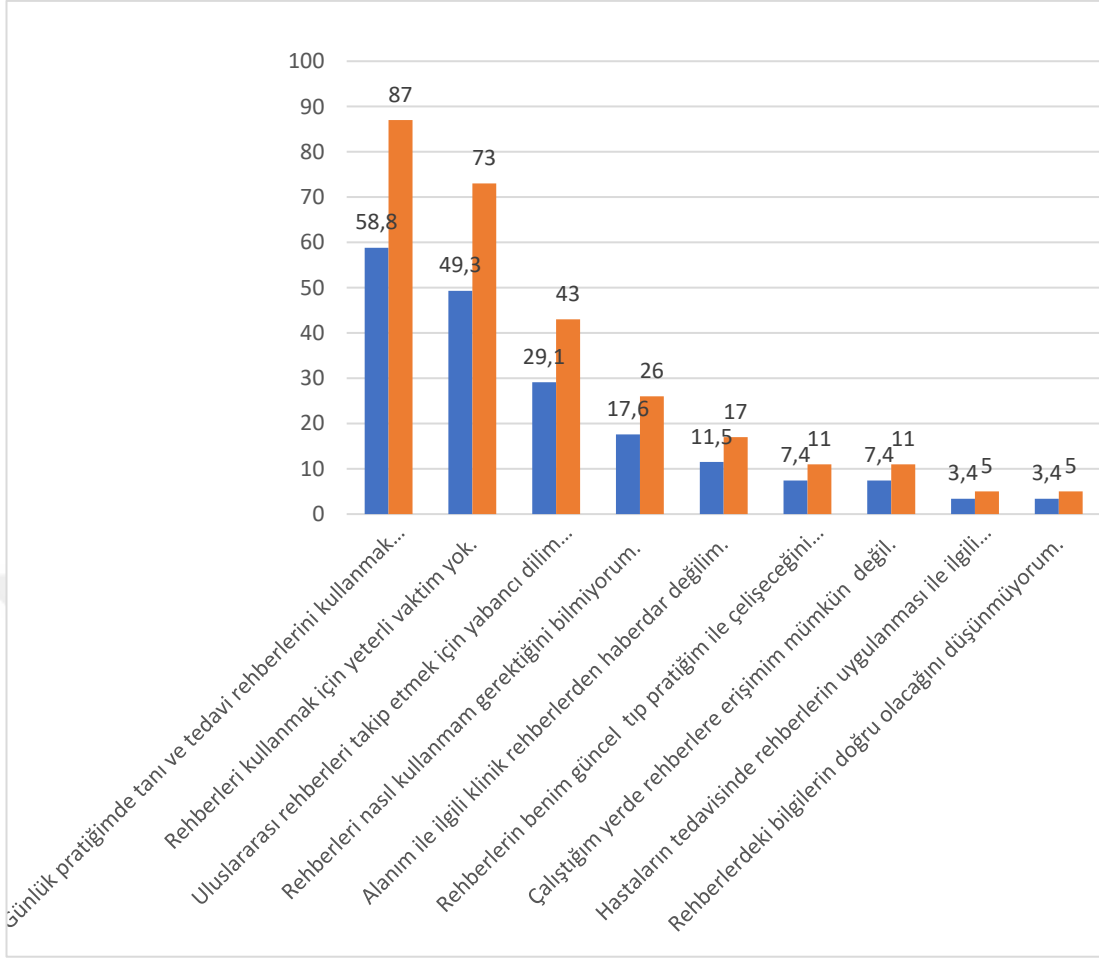


Şekil 4. Hekimlere göre, tedavide en çok direnç gösterilen/ tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıkların sıklıkları

4.1.4.Rehber Kullanımı

Katılımcıların %57,3'ü (n=225) kronik hastalıklar için hazırlanmış tanı ve tedavi rehberlerini kullanmaktadır, %37,7'si (n=148) rehber kullanmamaktadır. Kalan %5,1'i (n=20) ise bu tür rehberlerde haberdar değildir.

Rehber kullanmayan 148 hekimin, %58,8 (n=87) günlük pratiklerinde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonlarının olmadığı, %49,3 (n=73) rehberleri kullanmak için yeterli zamanlarının olmadığı, %29,1 (n=43) sıklıkla uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dil yeterliliklerinin olmadığı bulundu. Daha düşük sıklıkla belirtilen yanıtlar ise %17,6 (n=26) '*Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.*', %11,5 (n=17) '*Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.*', %7,4 (n=11) oranlarında '*Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.*' ve '*Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.*', %3,4 (n=5) oranlarında ise '*Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.*' ve '*Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.*' idi. Katılımcılardan ek görüş belirtenler olmuştur. Buna göre bazı hekimler, tecrübelerinin yeterli olduğunu bu nedenle rehber kullanımının gerekli olmadığını ve kendi gözlemlerinin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bir katılımcı rehberlerin sık değiştiğini, diğer bir katılımcı ise hastaların kafa karışıklığını artıracaklarını düşündüğünü belirtmiştir. Son olarak iki katılımcı ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından kronik hastalık yönetimi açısından önemsenmediğini ve genellikle ikinci basamakta uzman hekim tarafından tedavinin şekillendirilmiş olarak birinci basamağa başvurdıklarını ve birinci basamağın sadece ilaç reçete edilme yeri olarak görüldüğü belirtmişlerdir. Hekimlerin rehber kullanmama nedenleri Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Hekimlerin rehber kullanmama nedenleri

4.2. Ünvanlar

4.2.1. Ünvanlara Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı

Hekimler; pratisyen hekim, asistan hekim, uzman hekim ve akademisyenler olarak dört gruba ayrılmıştır. (SAHU asistanları, pratisyen hekimler grubuna eklenmiştir çünkü SAHU asistanları, sahada pratisyen hekim olarak görevlerine devam etmektedir.) Pratisyen hekimlerin %97,3'ü (n=220) ASM'de görev yapmaktadır ve %78,3'ü kentsel ilçelerde çalışmaktadır.

Uzman aile hekimlerinin %90,5'i (n=38) ASM'de ve %83,3'ü (n=35) kentsel ilçelerde çalışmaktadır. Asistan hekimlerin %63,9'u (n=76) EAH'ta ve %36,1'i ÜH'te çalışmaktadır. Akademisyenler olarak gruplanan 6 kişinin (profesör/ doçent/ yrd.doç/ başasistan) %50'si (n=3) EAH'ta, %33,3'ü (n=2) ÜH'te, %16,7'si (n=1) bakimevinde görev yapmaktadır.

Gruplar arasında yaş, meslek yılı, çalışılan kurum, çalışılan kurumdaki sürenin yıl ortalaması, kentsel kırsal dağılım açısından anlamlı fark bulunmuştur. Gruplar arasında daha önce çalışılan kurumlara göre; DH, EAH, ÜH ve SO'da çalışmış olma durumu açısından anlamlı fark vardır. Hekimlerin ünvanlara göre demografik özelliklerinin dağılımı ve p değerleri Tablo.2'de verilmiştir

4.2.2.Ünvanlara Göre Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Karşılaştırılması

Günlük gelen hasta sayısı ortalaması en yüksek pratisyen hekimlerde, en düşük asistan hekimlerdedir. Hastaya ayrılan süre en düşük pratisyen hekimlerde en yüksek akademisyenlerdedir. Akademisyenler hastalara ayırdıkları süreyi %66,7 sıklıkla yeterli görmektedirler. Diğer gruplarda ise sıklık hastalara ayrılan sürenin yetersiz olduğu yönündedir. Hastaların hekimlere en sık başvuru nedeni uzman hekimlerde ilaç yazdırmak için, diğer gruplarda ise şikâyet nedeniyle olarak bulundu.

Günlük gelen hasta sayısı, hastaya ayrılan dakika, süre yeterliliği, gerekli görülen süre ortalaması ve en sık başvuru nedenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Ünvanlara göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin oranları, p değerleri Tablo 3'te verilmiştir.

4.2.3.Ünvanlara Göre Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Karşılaştırılması

Ünvan grupları arasında her grup için en sık görülen hastalık HT'dir. İkinci sıklıkta ise DM'dir. Her iki hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır. Kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumu açısından akademisyenlerin %66,6 sorun yaşamadıkları, %33,3 bazen sorun yaşadıkları bulunmuştur. Diğer gruplarda ise en yüksek oran bazen sorun yaşandığı yönündedir. Kronik hastalıklarda hizmet sunumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Hastalara hizmet sunumunda en önemli güçlükler açısından hastaların kontrole gelmemesi ve SUT kaynaklı sorunlar seçenekleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Ünvanlara göre kronik hastalık sıklıkları, kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin dağılım oranları ve p değerleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 2. Hekimlerin Ünvanlara Göre Demografik Özelliklerinin Dağılımı						
Kategori	Pratisyen (I) n=226	Asistan (II) n=119	Uzman (III) n=42	Akademisyen(IV) n=6	Toplam n=393	P
Yaş±SD^{a, b}	49,0 ±6,8	29,3 ±4,7	44,4 ±8,0	46,5 ±3,9	42,5 ±10,8	<0,001*
Cinsiyet %						<0,001*
Kadın	35,0	63,0	59,5	66,7	46,6	
Erkek	65,0	37,0	40,5	33,3	53,4	
Meslek Yıl Ort. Yıl ±SD^{c,d}	25,3±6,9	5,8±4,3	20,4±7,9	23,6±4,1	18,9±10,8	<0,001*
Çalıştığı Kurum %						<0,001*
ASM	97,3	0,8	90,5	0	65,9	
EAH	1,8	63,0	2,4	50	21,1	
ÜH	0	36,1	0	0 33,3	11,5	
TSM	0,4	0	4,8	0	0,8	
Çalışılan Kurumdaki Sürenin Yıl Ort±SD^{e,f}	8,9 ±4,9	2,3 ±3,2	5,2 ±4,7	8,8 ±5,2	6,5 ±5,2	<0,001*
İlçe Dağılımları%						<0,001*
Kentsel	81,0	100	82,9	100	87,2	
Kırsal	19,0	0	17,1	0	12,8	
Önceki Çalışılan Kurumlar%						
ASM	23,0	15,1	31,0	16,7	21,4	0,139
TSM	10,2	16,8	14,3	0	12,5	0,249
DH	19,0	46,2	14,3	0	26,5	<0,001*
EAH	3,5	10,9	26,2	33,3	8,7	<0,001*
ÜH	1,3	15,1	23,8	50	8,7	<0,001*
SO	50,4	3,4	7,1	0	30,8	<0,001*

^aGrup II diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür. Gabriel,

^cGrup II diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür. Gabriel,

^eGrup II diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür. Gabriel

^bGrup I ,Grup II ve III'ten anlamlı olarak yüksektir. Gabriel

^dGrup I ,Grup II ve III'ten anlamlı olarak yüksektir. Gabriel

^fGrup I ,Grup II ve III'ten anlamlı olarak yüksektir. Gabriel

Kategori	Pratisyen n=226	Asistan n=119	Uzman n=42	Akademisyen n=6	Toplam n=393	p
Günlük Hasta Sayısı^{a,b,c}	60,7 ±19,9	26,2 ±14,7	55,8 ±19,0	32,2 ±19,5	49,32 ±24,1	<0,001*
Hastaya Ayrılan Dakika^{d,e,f}	6,8±3,9	11,1±5,6	8,2±4,0	12,5±2,7	8,33±4,9	<0,001*
Süre Yeterli mi ? %						<0,001*
Evet	19,9	31,9	16,7	66,7	23,4	
Hayır	57,1 n=129	36,1	59,5	33,3	50,6	
Bazen	23,9 n=54	31,9	23,8	0	26,0	
Gereken Süre/Dakika^{g,h}	n=129 16,9±4,6	n=42 22,1 ±8,3	n=25 17,0±4,3	n=2 17,5±3,5	n=198 18,0±5,9	<0,001*
En Sık Başvuru Nedeni %						<0,001*
Şikayet	52,7	51,3	35,7	66,7	50,6	
İlaç Yazdırma	44,7	31,1	54,8	16,7	41,2	
Kontrol	1,3	14,3	2,4	16,7	5,6	
Rapor	0,4	2,5	4,8	0	1,5	
Sevk	0	0,8	0	0	0,3	

^aGrup I ,Grup II ve IV'ten anlamlı olarak yüksektir. tukey HSD

^cGrup IV ,Grup I ve III'ten anlamlı olarak düşüktür. tukey HSD

^eGrup II ,Grup I ve III'ten anlamlı olarak yüksektir. gabriel

^hGrup I ,Grup II'den anlamlı olarak düşüktür. Gabriel

^bGrup II ,Grup I ve III'ten anlamlı olarak düşüktür. tukey HSD

^dGrup I ,Grup II ve IV'ten anlamlı olarak düşüktür. Gabriel

^fGrup IV ,Grup I 'den anlamlı olarak yüksektir. Gabriel

^hGrup II ,Grup I ve III'ten anlamlı olarak yüksektir. Gabriel

Tablo 4. Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Ünvanlara Göre Sıklıklarının Dağılımı						
Kategori	Pratisyen n=226	Asistan n=119	Uzman n=42	Akademisyen n=6	Toplam n=393	p
En Çok Başvuran Kronik Hastalık %						
HT	86,3	65,5	88,1	66,7	79,9	<0,001*
DM	23,9	39,5	26,2	16,7	28,8	0,020*
Kronik Hastalıklarda Hizmet Sunumunda Güçlük Durumu %						<0,001*
Evet	23,9	9,2	9,5	0	17,6	
Hayır	27,0	16,8	40,5	66,7	26,0	
Bazen	49,1	73,9	50,0	33,3	56,5	
En Önemli Güçlükler %						
İlaç Tedavisine Uyumsuzluk	57,1	68,1	64,3	83,3	61,6	0,146
İlaç Dışı Tedaviye Uyumsuzluk	77,4	80,7	78,6	66,7	78,4	0,807
Kontrol Gelinmemesi	44,2	47,9	21,4	50,0	43,0	0,024*
SUT Kaynaklı Sorunlar	37,2	16,8	33,3	33,3	30,5	<0,001*
Sağlık Sistemi Nedeni İle Yeterli Zaman Ayıramamak	52,2	39,5	47,6	6,7	47,3	0,061
Hastaların Birinci Basamağa Önem vermemesi	41,6	47,9	42,9	33,3	43,5	0,675

Hekimlerin yönetiminde sorun yaşadıkları kronik hastalıkların ünvanlara göre sıklıkları ve p değerleri Tablo 5'te verilmiştir. DM, KOAH, astım ve inflamatuvar barsak hastalıkları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 5. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların Ünvanlara Göre Sıklıkları (%)

	<i>Pratisyen</i> <i>n=226</i>	<i>Asistan</i> <i>n=119</i>	<i>Uzman</i> <i>n=42</i>	<i>Akademisyen</i> <i>n=6</i>	<i>Toplam</i> <i>n=393</i>	<i>p</i>
<i>Hipertansiyon</i>	28,3	21,8	19,0	16,7	25,2	0,399
<i>Diabetes Mellitus</i>	70,8	45,4	52,4	33,3	60,6	<0,001*
<i>Hiperlipidemi</i>	22,6	16,8	26,2	0,0	20,9	0,274
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	20,8	26,1	14,3	16,7	21,6	0,409
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	14,6	13,4	4,8	0,0	13,0	0,266
<i>KOAH</i>	44,7	28,6	57,1	0,0	40,5	0,001*
<i>Astım</i>	18,1	8,4	31,0	16,7	16,5	0,039*
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	15,0	26,1	16,7	0,0	18,3	0,050*
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	21,2	29,4	35,7	33,3	25,4	0,131
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	43,8	43,7	45,2	33,3	43,8	0,960

Hekimlere göre hastaların tedaviye en çok direnç gösterdikleri/uyumun en düşük olduğu kronik hastalıkların ünvanlara göre sıklıkları ve p değerleri Tablo 6'da verilmiştir. HT açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 6. Hastaların Tedavide En Çok Direnç Gösterdikleri/Tedaviye Uyularının En Düşük Olduğu Kronik Hastalıkların Ünvanlara Göre Sıklıkları (%)

	<i>Pratisyen</i> <i>n=226</i>	<i>Asistan</i> <i>n=119</i>	<i>Uzman</i> <i>n=42</i>	<i>Akademisyen</i> <i>n=6</i>	<i>Toplam</i> <i>n=393</i>	<i>p</i>
<i>Hipertansiyon</i>	23,9	32,8	11,9	0,0	24,9	0,020*
<i>Diabetes Mellitus</i>	78,3	67,2	73,8	66,7	74,3	0,157
<i>Hiperlipidemi</i>	25,7	28,6	26,2	0,0	26,2	0,474
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	8,0	11,8	2,4	0,0	8,4	0,227

<i>Tiroid Hastalıkları</i>	6,2	5,0	2,4	0,0	5,3	0,703
<i>KOAH</i>	29,2	21,8	31,0	0,0	26,7	0,193
<i>Astım</i>	10,2	8,4	14,3	0,0	9,9	0,598
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	8,8	8,4	11,9	0,0	8,9	0,779
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	10,2	7,6	9,5	0,0	9,2	0,739
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	35,8	26,9	42,9	33,3	33,8	0,213

4.2.4. Ünvanlara Göre Rehber Kullanımının Karşılaştırılması

Ünvanlara göre verilen yanıtlarda akademik personelde rehber kullanım sıklığının %100 (n=6), uzmanlarda %66,7 (n=42), asistan hekimlerde %66,4 (n=119) ve pratisyen hekimlerde %49,6 (226) olduğu görüldü. Hekimlerin ünvanlara göre rehber kullanma sıklıkları ile ilgili oranlar Tablo 7’de verilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Ünvanlar		Rehber kullanım durumu			p
	n	Evet %	Hayır %	Haberim yok %	0,009
<i>Pratisyen</i>	226	49.6	43.8	6.6	
<i>Uzman</i>	42	66.7	33.3	0	
<i>Asistan</i>	119	66.4	29.4	4.2	
<i>Akademisyen</i>	6	100	0	0	
<i>Toplam</i>	393	57.3	37.7	5.1	

Rehber kullanmama nedenlerinin hekimlerin ünvanlarına göre sıklıkları Tablo 8’de verilmiştir. Gruplar arasında rehber kullanımı için yeterli zaman olmaması ve yabancı dil engeli açısından anlamlı fark vardır.

Tablo 8. Rehber Kullanmama Nedenlerinin Hekimlerin Ünvanlarına Göre Sıklıkları** (%)					
	Pratisyen n=99	Uzman n=14	Asistan n=35	Toplam n=148	p
<i>Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.</i>	17,2	14,3	20	17,6	0,879
<i>Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.</i>	13,1	7,1	8,6	11,5	0,665
<i>Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok.</i>	55,6	50	31,4	49,3	0,049*
<i>Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.</i>	4	-	2,9	3,4	0,722
<i>Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.</i>	8,1	14,3	2,9	7,4	0,353
<i>Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.</i>	10,1	-	2,9	7,4	0,201
<i>Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.</i>	5,1	-	-	3,4	0,278
<i>Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil.</i>	33,3	-	28,6	29,1	0,037*
<i>Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok</i>	55,6	71,4	62,9	58,8	0,452
<i>Diğer (açık uçlu seçenek)</i>	*	Gerek	-		

*Kişisel gözlem ve tecrübelerine daha çok değer verilmesi

Hastaların kafa karışıklığını artıracaklarının düşünülmesi

Hastaların birinci basamak hizmetlerini ciddiye almaması

Hekimlerin zorunlu olarak sürekli bilgilerini geliştirme ve güncelleme çabasında olmalarından dolayı günlük pratiklerinde rehberlere ihtiyaç olmayışı

**soruda katılımcıların birden fazla seçenek işaretlemelerine olanak sağlanmıştır.

Rehberlerin sık değişmesi

Hastalar genelde tedavisini dal uzmanlarından alarak gelmesi

Birinci basamağı sadece ilaç reçeteleme yeri olarak görmeleri.

4.3.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumu

4.3.1.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Hekimlerin Demografik Özellikleri

Katılımcılardan 387 kişi, ASM (%68 n=263) ve akademik kurumlarda (EAH ve ÜH) çalışanlar (%32 n=124) olarak gruplandı ve kıyaslamalar yapıldı. (Kategori dışında kalan 6 kişi analizlerde çıkarılmıştır.) Akademik Kurum grubunun %63,7'si (n=79) EAH'ta %36,3'ü (n=45) ÜH'te çalışmaktadır.

ASM'de çalışan hekimlerin yaş ortalaması $48,3 \pm 7,1$, akademik kurumlarda çalışan hekimlerin $30,0 \pm 5,8$ yıl olarak bulundu. İki grup arasında yaş açısından anlamlı fark vardır.

ASM'de çalışan hekimlerin %85,2'si (n=224) pratisyen hekim, %14,4'ü (n=38) uzman hekim, %0,4'ü (n=1) asistan hekimdir. Akademik kurumlarda çalışan hekimlerin %95,2'si (n=118) asistan hekim, %4'ü (n=5) akademisyen, %0,8'i (n=1) uzman hekimdir. İki grup arasında ünvanlar açısından anlamlı fark vardır.

ASM'de çalışan hekimlerin %38,4'ü kadın (n=101), %61,6'sı erkek (n=162), akademik kurumlarda çalışanların %62,9'u (n=78) kadın, %37,2'i (n=46) erkektir.

ASM'de çalışan hekimlerin %81,7'si (n=215) kentsel, %18,3'ü (n=48) kırsal ilçelerde çalışmaktadır. Akademik kurumlarda çalışan hekimlerin %100'ü (n=124) kentsel ilçelerde çalışmaktadır. İki grup arasında çalışılan ilçe açısından anlamlı fark vardır.

ASM ile akademik kurumda çalışma durumuna göre hekimlerin demografik özelliklerin dağılımı ve p değerleri Tablo 9'da verilmiştir. İki grup arasında yaş, meslek yılı ortalaması, çalışılan kurumdaki sürelerinin ortalaması, kentsel-kırsal dağılımı açısından anlamlı fark bulunmuştur. Gruplar arasında daha önce çalışılan kurumlar açısından; DH, ÜH ve SO'da çalışmış olma durumu açısından anlamlı fark vardır.

Kategori	ASM n=263	Akademik Kurum n=124	Toplam n=387	p
-----------------	----------------------	---------------------------------	-------------------------	----------

<i>Yaş Yıl±SD</i>	<i>48,3±7,1</i>	<i>30,0±5,8</i>	<i>42,4±10,8</i>	<i><0,001</i>
<i>Cinsiyet %</i>				<i><0,001</i>
<i>Kadın</i>	<i>38,4</i>	<i>62,9</i>	<i>68,0</i>	
<i>Erkek</i>	<i>61,6</i>	<i>31,7</i>	<i>32,0</i>	
<i>Meslek Yıl Ort. Yıl ±SD</i>	<i>24,6±7,2</i>	<i>6,5±5,5</i>	<i>18,8±10,8</i>	<i><0,001</i>
<i>Ünvan</i>				<i><0,001</i>
<i>Pratisyen</i>	<i>85,2</i>	<i>0,0</i>	<i>57,9</i>	
<i>Asistan</i>	<i>0,4</i>	<i>95,2</i>	<i>30,7</i>	
<i>Uzman</i>	<i>14,4</i>	<i>0,8</i>	<i>10,1</i>	
<i>Akademisyen</i>	<i>0,0</i>	<i>4,0</i>	<i>1,3</i>	
<i>Çalışılan Kurumdaki Sürenin Yıl Ort.±SD</i>	<i>8,3±4,8</i>	<i>2,5±3,5</i>	<i>6,4±5,2</i>	<i><0,001</i> *
<i>İlçe Dağılımları</i>				<i><0,001</i>
<i>Kentsel</i>	<i>81,7</i>	<i>100</i>	<i>87,6</i>	
<i>Kırsal</i>	<i>18,3</i>	<i>0</i>	<i>12,4</i>	
<i>Önceki Çalışılan Kurumlar</i>				
<i>ASM</i>	<i>24,0</i>	<i>15,3</i>	<i>21,2</i>	<i>0,052</i>
<i>TSM</i>	<i>10,6</i>	<i>16,1</i>	<i>12,4</i>	<i>0,127</i>
<i>DH</i>	<i>18,6</i>	<i>44,4</i>	<i>26,9</i>	<i><0,001</i>
<i>EAH</i>	<i>6,5</i>	<i>12,1</i>	<i>8,3</i>	<i>0,060</i>
<i>ÜH</i>	<i>4,2</i>	<i>16,1</i>	<i>8,0</i>	<i><0,001</i>
<i>SO</i>	<i>44,1</i>	<i>3,2</i>	<i>31,0</i>	<i><0,001</i>

4.3.2.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Karşılaştırılması

ASM'de günlük bakılan hasta sayısı 61,0±18,9, akademik kurumlarda ise 25,8±14,2'dir. Günlük gelen hasta sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır.

ASM'de hastalara ayrılan süre 6,7±2,9 dk./hasta, akademik kurumlarda 11,2±5,5 dk./hastadır. İki grup arasında hastalara ayrılan süre açısından anlamlı fark vardır.

ASM'de %58,6, hastalara ayrılan süre yetersiz görülmektedir. Akademik kurumlarda ise bu oran %35,5'tir. İki grup arasında hastalara ayrılan sürenin yetersizliği açısından anlamlı fark vardır.

Hastalara yeterli görülen süre ortalama olarak ASM'de 17,0±4,9 dk./hasta ve akademik kurumlarda ise 21,5±8,7 dk./hastadır. İki grup arasında yeterli görülen süre açısından anlamlı fark vardır.

ASM'de en sık başvuru nedeni %50,2 şikâyet nedeni ile ve %47,1 ilaç yazdırmak içindir. Akademik kurumlarda ise en sık başvuru nedeni %51,6 şikâyet nedeni ile ve %30,6 ilaç yazdırmak içindir. İki grup arasında en sık başvuru nedenleri açısından anlamlı fark vardır.

ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin oranları ve p değerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Kategori	ASM n=263	Akademik Kurumlar n=124	Toplam n=387	p
Günlük Hasta Sayısı	61,0±18,9	25,8±14,2	50,0±24,0	<0,001*
Hastaya Ayrılan Dakika	6,7±2,9	11,2±5,5	8,1±4,4	<0,001*
Süre Yeterli mi? %				
Evet	17,5	33,1	22,5	
Hayır	58,6	35,5	51,2	
Bazen	24,0	31,5	26,4	
Gereken Süre/Dakika±SD	17,0±4,9 n=217	21,5±8,7 n=72	18,11±6,4 n=289	<0,001*
En Sık Başvuru Sebebi %				<0,001*
Şikâyet	50,2	51,6	50,6	
İlaç Yazdırma	47,1	30,6	41,9	
Kontrol	1,1	14,5	5,4	
Rapor	0,8	2,4	1,3	
Sevk	0,0	0,8	0,3	

4.3.3.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Karşılaştırılması

ASM'ye ve akademik kurumlara en sık gelen kronik hastalık HT'dir. ASM için bu oran %86,7, akademik kurumlarda ise %66,'dir. İkinci sıklıkta görülen kronik hastalık her iki grup için DM'dir. ASM 'ye DM gelme sıklığı %24,3 akademik kurumlara da ise %38,7'dir.İki grup arasında en sık gelen hastalıkların oranları açısından anlamlı fark vardır.

ASM'de kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda güçlük yaşayanlar %21,3, bazen güçlük yaşayanlar %49,8 ve hiç güçlük yaşamayanlar %28,9'dur. Akademik kurumlarda kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda güçlük yaşayanlar %8,9, bazen güçlük yaşayanlar %72,6 ve hiç güçlük yaşamayanlar %18,5'tir. İki grup arasında kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda güçlük yaşama durumuna göre anlamlı fark vardır.

ASM veya akademik kurumda çalışma durumuna göre en sık görülen kronik hatalıkların sıklıkları ve kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin karşılaştırılması kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumundaki güçlükler açısından belirtilen nedenlerin sıklıkları ve p değerleri Tablo 11 'de verilmiştir.

Kategori	ASM n=263	Akademik Kurum n=124	Toplam n=387	p
En Çok Başvuran kronik hastalık				
HT	86,3	65,5	79,9	<0,001*
DM	23,9	39,5	28,8	0,004*
Kronik Hastalıklarda Hizmet				<0,001*
Evet	23,9	9,2	17,6	
Hayır	27,0	16,8	26,0	
Bazen	49,1	73,9	56,5	
En Önemli Güçlükler %				

<i>İlaç Tedavisine Uyumsuzluk</i>	57,8	70,2	61,8	0,019*
<i>İlaç Dışı Tedaviye Uyumsuzluk</i>	77,2	79,8	78,0	0,556
<i>Kontrolde Gelinmemesi</i>	40,7	48,4	43,2	0,153
<i>SUT Kaynaklı Sorunlar</i>	37,3	16,9	30,7	<0,001*
<i>Sağlık Sistemi Nedeni İle Yeterli</i>	52,1	39,9	47,5	0,009
<i>Hastaların birinci basamağa önem vermemesi</i>	41,4	46,8	43,2	0,323

ASM ve akademik kurumda çalışan hekimler arasında yönetiminde sorun yaşanan kronik hastalıkların sıklıkları dağılımları ve p değerleri Tablo 12’de verilmiştir. DM, KOAH, astım, inflamatuvar barsak hastalıkları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 12. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların ASM ve Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları			
Hastalık	ASM n=263	Akademik Kurum n=124	p
<i>Hipertansiyon</i>	26,6	21,8	0,305
<i>Diabetes Mellitus</i>	68,1	46,0	0,001*
<i>Hiperlipidemi</i>	23,6	16,1	0,094
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	20,2	25,8	0,210
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	13,3	12,9	0,913
<i>KOAH</i>	46,8	27,4	0,001*
<i>Astım</i>	20,5	8,9	0,012*
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	15,6	24,2	0,041*
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	23,2	29,8	0,161
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	43,7	42,7	0,855

ASM ve akademik kurumda çalışan hekimlerin, belirtilen kronik hastalıkların, hastaların tedaviye direnç/ tedaviye gösterdikleri uyum açısından yanıtlarının sıklıkları ve p değerleri Tablo 13’te verilmiştir. DM açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 13. Hastaların Tedaviye En Çok Direnç Gösterdiği/Tedaviye Uyumun En Zayıf Olduğu Hastalıkların ASM ve Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları

<i>Hastalık</i>	<i>ASM n=263</i>	<i>Akademik Kurum n=124</i>	<i>p</i>
<i>Diabetes Mellitus</i>	<i>77,9</i>	<i>66,9</i>	<i>0,021*</i>
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	<i>36,1</i>	<i>26,6</i>	<i>0,064</i>
<i>KOAH</i>	<i>29,7</i>	<i>21,0</i>	<i>0,072</i>
<i>Hiperlipidemi</i>	<i>25,5</i>	<i>28,2</i>	<i>0,567</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>22,4</i>	<i>31,5</i>	<i>0,057</i>
<i>Astım</i>	<i>10,6</i>	<i>8,1</i>	<i>0,426</i>
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	<i>10,3</i>	<i>7,3</i>	<i>0,342</i>
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	<i>9,9</i>	<i>7,3</i>	<i>0,400</i>
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	<i>7,2</i>	<i>11,3</i>	<i>0,181</i>
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	<i>5,7</i>	<i>4,8</i>	<i>0,726</i>

4.3.4.ASM veya Akademik Kurumda Çalışma Durumuna Göre Rehber Kullanımının Karşılaştırılması

ASM ve akademik kurumda çalışan hekimlerin rehber kullanım sıklıkları ASM için %52,5, akademik kurumlar için %67,7 olarak bulunmuştur. İki grup arasında rehber kullanımı açısından anlamlı farklılık vardır. (p=0,018)

İki grup arasında rehber kullanmayan 145 hekimin rehber kullanmama nedenlerinin sıklıkları ve p değerleri Tablo 13'te verilmiştir. Rehber kullanımı için yeterince zaman olmayışı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Tablo 14. Rehber Kullanmama Nedenlerinin ASM ve Akademik Kurumlarda Çalışma Durumuna Göre Sıklıkları (%)			
	ASM n=110	Akademik kurumlar n=35	p
<i>Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.</i>	17,3	20	0,714
<i>Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.</i>	11,8	8,6	0,593
<i>Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok.</i>	55,5	31,4	0,013*
<i>Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.</i>	3,6	2,9	0,826
<i>Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.</i>	9,1	2,9	0,225
<i>Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.</i>	9,1	2,9	0,225
<i>Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.</i>	4,5	0	0,199
<i>Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil.</i>	30	28,6	0,872
<i>Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok</i>	58,2	62,9	0,624

4.4.Meslek Yılı

4.4.1.Meslek Yılına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı

Hekimlerin meslek tecrübeleri açısından 20 yıl üzerinde ve altında çalışma durumlarına göre yapılan kıyaslamalarda bulunan sonuçlar şu şekildedir:

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin %35'i kadın, (n=76) %65'i (n=141) erkek, 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerin %60,8'i (n=107) kadın, %39,2'si (n=69) erkektir.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin %94'ü (n=204) ASM'de, %4,1'i (n=9) akademik kurumlarda çalışmaktadır. 20 yıl altı çalışma deneyimi olan

hekimlerin %31,3'ü (n=55) ASM'de, %67,6'ı (n=119) akademik kurumlarda çalışmaktadır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin %84,3'ü (n=183) kentsel, %15,7'i (n=34) kırsal ilçelerde çalışmaktadır. 20 yıl altı çalışma deneyimi olan hekimlerin %90,9'u (n=159) kentsel, %9,1'i (n=16) kırsal ilçelerde çalışmaktadır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin %85,7'si (n=186) pratisyen hekim, %10,6'sı (n=23) uzman hekim, %1,4'ü akademik personel ve %1,4'ü (n=3) asistan hekimdir. 20 yıl altı çalışma deneyimi olan hekimlerin %65,9'u (n=116) asistan hekim, %22,7'si (n=40) pratisyen hekim, %10,8'i (n=19) uzman hekim, %0,6'sı (n=1) akademik personeldir.

İki grup arasında daha önce çalışılan kurumlardan TSM, DH, EAH, ÜH ve SO'da çalışma tecrübesi açısından anlamlı fark vardır. Meslek yılına göre demografik özelliklerin dağılımı ve p değerleri tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Meslek Yılına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı				
Kategori	20 yıl üstü	20 yıl altı n=176	Toplam n=393	
Yaş yıl±SD	51,0±4,8	32,0±6,0	42,5±10	<0,001*
Cinsiyet %				<0,001*
Kadın	35,0	60,8	46,6	
Erkek	65,0	39,2	53,4	
Ünvan %				
Pratisyen	85,7	22,7	57,5	
Asistan	1,4	65,9	30,3	
Uzman	10,6	10,8	10,7	
Akademisyen	2,3	0,6	1,5	
Çalışılan Kurumdaki Sürenin Yıl Ort±SD	9,3±4,9	3,1±3,6	6,5±5,3	<0,001*
İlçe Dağılımları %				0,054
Kentsel	84,3	90,9	87,2	

<i>Kırsal</i>	<i>15,7</i>	<i>9,1</i>	<i>12,8</i>	
Önceki Çalışılan Kurumlar %				
<i>ASM</i>	<i>20,7</i>	<i>22,2</i>	<i>21,4</i>	<i>0,732</i>
<i>TSM</i>	<i>7,4</i>	<i>18,8</i>	<i>12,5</i>	<i>0,001*</i>
<i>DH</i>	<i>17,1</i>	<i>38,1</i>	<i>26,5</i>	<i><0,001*</i>
<i>EAH</i>	<i>6,0</i>	<i>11,9</i>	<i>8,7</i>	<i>0,037*</i>
<i>ÜH</i>	<i>3,7</i>	<i>14,8</i>	<i>8,7</i>	<i><0,001*</i>
<i>SO</i>	<i>48,4</i>	<i>9,1</i>	<i>30,8</i>	<i><0,001*</i>

4.4.2. Meslek Yılına Göre Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Karşılaştırılması

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin günlük gelen hasta sayısı ortalama $59,9 \pm 19,6$, 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerin $36,2 \pm 22,8$ 'dir. Meslek yılı ve günlük gelen hasta sayıları açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin hastalara ayırdıkları süre $7,1 \pm 4,1$ dk./hasta, 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerin $9,8 \pm 5,4$ dk./hastadır. Hastalarına ayırdıkları süre açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin %58,1'i hastalara ayrılan süreyi yeterli görmemektedir. 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerin ise bu oran %41,5'tir. İki grup arasında hastalara ayrılan sürenin yetersizliği açısından anlamlı fark vardır.

Hastalara yeterli görülen süre ortalama olarak 20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlere göre $16,8,0 \pm 4,4$ dk./hasta ve 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlere göre ise $20,2 \pm 7,4$ dk./hastadır. İki grup arasında yeterli görülen süre açısından anlamlı fark vardır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlere göre en sık başvuru %48,4 şikâyet nedeni ile ve %47,5 ilaç yazdırmak içindir. 20 yıl altında çalışma deneyimi

olan hekimlerin ise en sık başvuru nedeni %53,4 şikâyet nedeni ile ve %36,4 ilaç yazdırmak içindir. İki grup arasında en sık başvuru nedeni açısından anlamlı fark vardır. Meslek yılına göre günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan sürelerin oranları ve p değerleri Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Meslek Yılına Göre Karşılaştırılması				
Kategori	20 yıl üstü n=217	20 yıl altı n=176	Toplam n=393	p
Günlük Hasta Sayısı	59,9±19,6	36,2±22,8	49,3±24,1	<0,001*
Hastaya Ayrılan Dakika	7,1±4,1	9,8±5,4	8,3±4,9	<0,001*
Süre Yeterli mi? %				
Evet	18,0	30,1	23,4	
Hayır	58,1	41,5	50,6	
Bazen	24,0	50,6	26,0	
Gereken Süre/Dakika	16,8,0±4,4 n=126	20,2±7,4 n=72	18,1±5,9n=1 98	<0,001*
En sık başvuru sebebi %				0,001*
Şikâyet	48,4	53,4	50,6	
İlaç Yazdırma	47,5	33,5	41,2	
Kontrol	1,8	10,2	5,6	
Sevk	0,0	0,6	0,3	
Rapor	0,9	2,3	1,5	

4.4.3. Meslek Yılına Göre Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Karşılaştırılması

Her iki grup için en sık başvuran kronik hastalık HT’dir, ikinci sıklıkta ise DM’dir. 20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerde HT sıklığı %86,6, 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerde ise %71,6,’dir. 20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlere DM gelme sıklığı %22,1, 20 yıl altında çalışma deneyimi

olan hekimlerin ise %36,9'dur. İki grup arasında HT ve DM açısından anlamlı fark vardır.

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerinde kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda günlük yaşayanlar %22,1, bazen günlük yaşayanlar %49,8 ve hiç günlük yaşamayanlar %28,1'dir. 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerinde günlük yaşayanlar %11,9, bazen günlük yaşayanlar %64,8 ve hiç günlük yaşamayanlar %40,2'dir. İki grup arasında kronik hastalıklarda hizmet sunumu açısından anlamlı fark vardır.

İki grup arasında kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri açısından oranlar Tablo 17'de verilmiştir, bu başlıkta SUT kaynaklı sorunlar ve sağlık sistemi nedeni ile yeterli zaman ayıramamak açısından anlamlı fark vardır.

20 yıl üzerinde ve altında çalışma deneyimi olan hekimlere göre en sık görülen kronik hatalıkların sıklıkları ile kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin sıklıkları ve p değerleri Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Kronik Hastalıkların Sıklıkları ve Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Meslek Yılına Göre Sıklıkları (%)				
Kategori	20 yıl üstü n=217	20 yıl altı n=176	Toplam n=393	p
En çok başvuran kronik hastalık %				
HT	86,6	71,6	79,9	<0,00
DM	22,1	36,9	28,8	0,001
Kronik Hastalıklarda Hizmet				0,005
Evet	22,1	11,9	17,6	
Hayır	28,1	23,3	26,0	
Bazen	49,8	26,0	56,5	
En Önemli Güçlükler				
İlaç Tedavisine Uyumsuzluk	58,1	65,9	61,6	0,112
İlaç Dışı Tedaviye Uyumsuzluk	77,4	79,5	78,4	0,611
Kontrolle Gelinmemesi	41,0	45,5	43,0	0,377
SUT Kaynaklı Sorunlar	39,2	19,9	30,5	<0,00

<i>Sağlık Sistemi Nedeni İle Yeterli Zaman</i>	<i>54,4</i>	<i>38,6</i>	<i>47,3</i>	<i>*0,00</i>
<i>Hastaların Birinci Basamağa Önem</i>	<i>40,6</i>	<i>47,2</i>	<i>43,5</i>	<i>0,189</i>

20 yıl üzerinde ve altında çalışma deneyimi olan hekimler arasında yönetiminde sorun yaşanan kronik hastalıkların sıklıkları Tablo 18’de verilmiştir. DM, inflamatuvar barsak hastalıkları, astım ve açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

<i>Tablo 18. Yönetiminde Sorun Yaşanan Kronik Hastalıkların Meslek Yılına Göre Sıklıkları</i>			
<i>Hastalık</i>	<i>20 yıl üstü %</i>	<i>20 yıl altı %</i>	<i>p</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>25,8</i>	<i>24,4</i>	<i>0,755</i>
<i>Diabetes Mellitus</i>	<i>70,5</i>	<i>48,3</i>	<i><0,001*</i>
<i>Hiperlipidemi</i>	<i>21,2</i>	<i>20,5</i>	<i>0,857</i>
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	<i>22,1</i>	<i>21,0</i>	<i>0,793</i>
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	<i>15,2</i>	<i>10,2</i>	<i>0,144</i>
<i>KOAH</i>	<i>45,6</i>	<i>34,1</i>	<i>0,021</i>
<i>Astım</i>	<i>21,2</i>	<i>10,8</i>	<i>0,013*</i>
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	<i>14,3</i>	<i>23,3</i>	<i>0,022*</i>
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	<i>21,7</i>	<i>30,1</i>	<i>0,056</i>
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	<i>43,3</i>	<i>44,3</i>	<i>0,842</i>

Hastaların tedaviye en çok direnç gösterdiği/tedaviye uyumun en zayıf olduğu hastalıkların meslek yılına göre sıklıkları ve p değerleri tablo 16’da verilmiştir. DM ve tiroid hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

<i>Tablo 19. Hastaların Tedaviye En Çok Direnç Gösterdiği/Tedaviye Uyumun En Zayıf Olduğu Hastalıkların Meslek Yılına Göre Sıklıkları</i>			
<i>Hastalık</i>	<i>ASM %</i>	<i>Akademik Kurum %</i>	<i>p</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>21,2</i>	<i>29,5</i>	<i>0,057</i>
<i>Diabetes Mellitus</i>	<i>78,3</i>	<i>69,3</i>	<i>0,042*</i>
<i>Hiperlipidemi</i>	<i>26,7</i>	<i>25,4</i>	<i>0,795</i>

<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	8,8	8,0	0,776
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	7,8	2,3	0,015*
<i>KOAH</i>	28,9	24,4	0,356
<i>Astım</i>	12,4	6,8	0,064
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	10,1	7,4	0,341
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	11,1	6,8	0,147
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	36,4	30,7	0,233

4.4.4. Meslek Yılına Göre Rehber Kullanımının Karşılaştırılması

20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimler %51,2 (n=111), 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimler ise %64,8 (n=114) rehber kullanmaktadır. İki grup arasında rehber kullanımı açısından anlamlı fark vardır.

İki grup arasında rehber kullanmayan 148 hekimin rehber kullanmama nedenlerinin sıklıkları ve p değerleri Tablo 17’de verilmiştir. Rehber kullanmak için yeterli zaman olmayışı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır.

	20 yıl üstü n=110	20 yıl altı n=35	p
<i>Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.</i>	15,8	20,8	0,447
<i>Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.</i>	11,6	11,3	0,962
<i>Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok.</i>	58,9	32,1	0,002*
<i>Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.</i>	4,2	1,9	0,453
<i>Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.</i>	10,5	1,9	0,055
<i>Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.</i>	9,5	3,8	0,205

<i>Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.</i>	5,3	0	0,089
<i>Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil.</i>	32,6	22,6	0,199
<i>Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok</i>	56,8	62,3	0,521

4.5. Pratisyen Hekimlerin ve SAHU Asistanlarının Kıyaslanması

4.5.1. Pratisyen Hekimlerin ve SAHU Asistanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmamıza 226 pratisyen hekim katılmıştır. Bunların 17'si Sözleşmeli Aile Hekimliği Eğitimi asistanlığı yapmaktadır. Bu başlık altında pratisyen hekimlerden kastedilen SAHU asistanlığı yapmayan 209 pratisyen hekimdir.

Pratisyen hekimlerin ve SAHU asistanlarının demografik özellikleri Tablo 21'de verilmiştir. İki grup arasında yaş açısından anlamlı fark vardır.

Tablo 21. Pratisyen Hekimlerin ve SAHU Asistanlarının Demografik Özelliklerinin Sıklıkları (%)

<i>Kategori</i>	<i>Pratisyen n=209</i>	<i>SAHUA n=17</i>	<i>Toplam n=226</i>	<i>p</i>
<i>Yaş</i>	49,2±6,7	45,5,0±6,2	49,0±6,8	0,028*
<i>Cinsiyet %</i>				0,276
<i>Kadın</i>	34,0	47,1	35,0	
<i>Erkek</i>	66,0	52,9	65,0	

<i>Meslek Yıl Ort. Yıl ±SD</i>	25,5±6,8	22,3±6,8	25,3±6,8	0,061
<i>Çalıştığı Kurumdaki Çalışma Süresi/Yıl±SD</i>	9,0±5,0	7,7±3,6	8,9±4,9	0,283
<i>Önceden Çalışılan Kurumlar</i>	25,6±6,8	22,3±6,9	25,3±6,9	0,061
<i>ASM</i>	22,5	29,4	23,0	0,514
<i>TSM</i>	10,0	11,8	10,2	0,822
<i>DH</i>	17,7	35,3	19	0,076
<i>EAH</i>	2,9	11,8	3,5	0,056
<i>ÜH</i>	1,0	5,9	1,3	0,088
<i>SO</i>	52,2	29,4	50,4	0,071

4.5.2. Pratisyen Hekimler ile SAHU Asistanlarına Göre Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Sürelerin Karşılaştırılması

Pratisyen hekimlerin göre günlük bakılan hasta sayısı 60,6±20,3, SAHU asistanlarına göre 62,9±14,6'dır. Pratisyen hekimlerin hastalara ayrılan süre 6,7±3,9 dk./hasta, SAHU asistanlarına göre 7,8±3,9 dk./hastadır. Pratisyen hekimlerin göre %56,9, SAHU asistanlarına göre %58,8 hastalara ayrılan süre yetersizdir. Yeterli görülen süre pratisyen hekimlerin göre 17,0±4,7dk/hasta, SAHU asistanlarına göre 17,5±4,2 dk. /hastadır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Pratisyen hekimler ile SAHU asistanlarının günlük gelen hasta sayısı ve hastalara ayrılan süreler açısından oranların dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

<i>Kategori</i>	<i>Pratisyen n=209</i>	<i>SAHUA n=17</i>	<i>Toplam n=226</i>	<i>p</i>
<i>Günlük Hasta Sayısı</i>	60,6±20,3	62,9±14,6	60,7±19,9	0,636
<i>Hastaya Ayrılan Dakika</i>	6,7±3,9	7,8±3,9	6,8±3,9	0,252

<i>Süre Yeterli mi? %</i>				<i>0,986</i>
<i>Evet</i>	<i>19,1</i>	<i>17,6</i>	<i>19,0</i>	
<i>Hayır</i>	<i>56,9</i>	<i>58,8</i>	<i>57,1</i>	
<i>Bazen</i>	<i>23,9</i>	<i>23,5</i>	<i>23,9</i>	
<i>Gereken Süre</i>	<i>17,0±4,7</i>	<i>17,5±4,2</i>	<i>17,0±4,6</i>	<i>0,720</i>
<i>En Sık Başvuru Nedeni %</i>				<i>0,075</i>
<i>Şikâyet</i>	<i>52,6</i>	<i>52,9</i>	<i>52,7</i>	
<i>İlaç Yazdırma</i>	<i>45,5</i>	<i>35,3</i>	<i>44,7</i>	
<i>Kontrol</i>	<i>1,0</i>	<i>5,9</i>	<i>1,3</i>	
<i>Rapor</i>	<i>0,5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,4</i>	

4.5.3. Pratisyen Hekimler ile SAHU Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlüklerin Karşılaştırılması

Her iki grup için en sık görülen birinci kronik hastalık HT, ikinci kronik hastalık ise DM'dir. DM açısından iki, grup arasında anlamlı farklılık vardır.

Pratisyen hekimler kronik hastalıkla da hizmet sunumunda %24,4, SAHU asistanları ise %17,6 sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Pratisyen hekim ve SAHU asistanları için kronik hatalıkların sıklıkları ve kronik hastalık yönetimindeki güçlüklerin oranları ve p değerleri tablo 23'de verilmiştir.

<i>Kategori</i>	<i>Pratisyen n=209</i>	<i>SAHUA n=17</i>	<i>Toplam n=226</i>	<i>p</i>
<i>En Çok Başvuran Kronik</i>				
<i>HT</i>	<i>%87,1</i>	<i>%76,5</i>	<i>%86,3</i>	<i>0,221</i>
<i>DM</i>	<i>%22,0</i>	<i>%47,1</i>	<i>%23,9</i>	<i>0,020*</i>
<i>Kronik Hastalıklarda Hizmet</i>				<i>0,165</i>
<i>Evet</i>	<i>24,4</i>	<i>17,6</i>	<i>47,4</i>	
<i>Hayır</i>	<i>28,2</i>	<i>11,8</i>	<i>70,6</i>	
<i>Bazen</i>	<i>47,4</i>	<i>70,6</i>	<i>49,1</i>	

En Önemli Güçlükler %				
<i>İlaç Tedavisine Uyumsuzluk</i>	56,0	70,6	57,1	0,242
<i>İlaç Dışı Tedaviye Uyumsuzluk</i>	76,7	88,2	77,4	0,268
<i>Kontrole Gelinmemesi</i>	44,5	41,2	44,2	0,791
<i>SUT Kaynaklı Sorunlar</i>	38,3	23,5	37,2	0,226
<i>Sağlık Sistemi Nedeni İle Yeterli Zaman Ayıramamak</i>	51,7	58,8	52,2	0,570
<i>Hastaların Birinci Basamağa Önem vermemesi</i>	40,7	52,9	41,6	0,324

Hekimlerin, yönetiminde en çok sorun yaşadıkları kronik hastalıkların pratisyen hekim ve SAHU asistanları açısından sıklıkları Tablo 24'te verilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 24. Hekimlerin, Yönetiminde En Çok Sorun Yaşadıkları Kronik Hastalıkların Pratisyen Hekim ve SAHU Asistanlarına Göre Sıklıkları (%)			
Hastalık	Pratisyen	SAHUA	p
<i>Hipertansiyon</i>	26,8	47,1	0,075
<i>Diabetes Mellitus</i>	70,8	70,6	0,984
<i>Hiperlipidemi</i>	21,5	35,3	0,192
<i>Koroner Kalp Hastalığı</i>	21,1	17,6	0,739
<i>Tiroid Hastalıkları</i>	14,4	17,6	0,712
<i>KOAH</i>	45,0	41,2	0,762
<i>Astım</i>	18,7	11,8	0,478
<i>İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları</i>	11,4	17,6	0,755
<i>Romatolojik Hastalıklar</i>	22,0	11,8	0,321
<i>Psikiyatrik Hastalıklar</i>	43,1	52,9	43,8

Hekimlerin, tedavide en çok direnç gösterdiği/tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıklar pratisyen hekim ve SAHU asistanları açısından sıklıkları Tablo 25'te verilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Hastalık	Pratisyen	SAHUA	p
Hipertansiyon	23,4	29,4	0,579
Diabetes Mellitus	78,0	82,4	0,675
Hiperlipidemi	24,4	41,2	0,128
Koroner Kalp Hastalığı	8,1	5,9	0,742
Tiroid Hastalıkları	5,7	11,8	0,322
KOAH	27,8	47,1	0,092
Astım	10,0	11,8	0,822
İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları	9,1	5,9	0,654
Romatolojik Hastalıklar	9,6	17,6	0,289
Psikiyatrik Hastalıklar	35,9	35,3	0,961

4.5.4.SAHU Asistanları ile Pratisyen Hekimlerin Rehber Kullanımının Karşılaştırılması

Pratisyen hekimler %47,1 (n=98) sıklıkla rehber kullanmaktadır, %52,9 (n=110) sıklıkla rehber kullanmamaktadır. (“haberim yok” ve “rehber kullanmıyorum” yanıtını verenler ile birleştirilmiştir). SAHUA grubu %76,5 sıklıkla rehber kullanmaktadır%23,5 sıklıkla rehber kullanmamaktadır. (P=0,020) iki grup arasında rehber kullanımı açısından anlamlı fark vardır.

Her iki grubun rehber kullanmama nedenleri ile ilgili yanıtların sıklıkları Tablo 26’da verilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

	Pratisyen	SAHUA	p
Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.	16,8	25,0	0,672
Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.	13,7	0,0	0,060

<i>Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok.</i>	54,7	45,3	0,424
<i>Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.</i>	4,2	0,0	0,675
<i>Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.</i>	8,4	0,0	0,545
<i>Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.</i>	10,5	0,0	0,494
<i>Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.</i>	5,3	0,0	0,638
<i>Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil.</i>	34,7	0,0	0,149
<i>Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok</i>	55,8	50,0	0,819

4.6. Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda kullandığımız 20 soruluk veri formunun ortalaması ve alt ölçek ortalamaları tablo 27’de verilmiştir.

<i>Tablo 27. Hekimlerin Veri Formu ve Alt Ölçeklerin Ortalaması</i>	
	<i>Tüm katılımcıların ortalaması n=393</i>
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	<i>3,97±0,70</i>
<i>Karar Verme Desteği</i>	<i>3,64±0,63</i>
<i>Amaç Belirleme/Rehberlik</i>	<i>3,48±0,69</i>
<i>Problem çözme</i>	<i>3,75±0,72</i>
<i>İzlem/Koordinasyon</i>	<i>3,65±0,66</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,67±0,56</i>

4.6.1.Cinsiyetlere Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetlerine göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 27’de verilmiştir. Kadın hekimler tüm başlıklarda en yüksek puanı almışlardır. *Karar verme desteği* başlığında iki grup arasında anlamlı fark vardır.

<i>Veri Formu Puanı</i>	<i>Cinsiyet (Ortalama±SS)</i>		<i>p</i>
	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	4,01±0,70	3,95±0,72	0,374
<i>Karar Verme Desteği</i>	3,73±0,60	3,56±0,65	0,007*
<i>Amaç Belirleme/Rehberlik</i>	3,53±0,63	3,44±0,75	0,158
<i>Problem çözme</i>	3,77±0,72	3,73±0,73	0,540
<i>İzlem/Koordinasyon</i>	3,71±0,65	3,60±0,68	0,109
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	3,73±0,54	3,63±0,58	0,093

4.6.2.Ünvanlara Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların ünvanlarına göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 28’de verilmiştir. Ankette seçeneklerde bulunan SAHUA grubu, pratisyen hekim grubuna eklendi. Profesör, doçent, yardımcı doçent/ başasistan seçenekleri ise akademisyen başlığı altında toplandı. Pratisyen hekim, asistan hekim, uzman hekim ve akademisyen olarak 4 ana grup oluşturularak istatistiksel hesaplamalar yapıldı. Ünvan grupları arasında *karar verme desteği*, *amaç belirleme/rehberlik*, *problem çözme* ve *veri formu ortalaması* puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır. Akademisyenler, problem çözme puanı ve veri formu ortalaması puan açısından diğer her bir gruptan anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 29. Ünvanlara Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması					
<i>Veri Formu Puanı</i>	<i>Ünvan (Ortalama±SS)</i>				
	<i>Pratisyen (I)</i>	<i>Asistan (II)</i>	<i>Uzman (III)</i>	<i>Akademisyen (IV)</i>	<i>p</i>
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	3,91±0,76	4,08±0,62	3,98±0,94	4,50±0,46	0,052
<i>Karar Verme Desteği</i>	3,59±0,66	3,68±0,57	3,78±0,58	4,17±0,59 ^a	0,049*
<i>Amaç Belirleme/ Rehberlik</i>	3,49±0,73	3,38±0,71	3,63±0,65 ^c	4,13±0,73 ^b	0,020*
<i>Problem çözme</i>	3,81±0,72 ^d	3,70±0,67	3,76±0,74	4,54±0,43 ^e	0,003*
<i>İzlem/ Koordinasyon</i>	3,69±0,70	3,58±0,59	3,63±0,62	4,23±0,66	0,078
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	3,68±0,60	3,62±0,50	3,73±0,51	4,30±0,43 ^f	0,032*

^aGrup IV, Grup I'den anlamlı olarak yüksektir.

^bGrup IV; Grup I ve Grup II'den anlamlı olarak yüksektir.

^cGrup III, Grup II'den anlamlı olarak yüksektir.

^dGrup I, Grup II'den anlamlı olarak yüksektir.

^eGrup IV, tüm gruplardan anlamlı olarak yüksektir.

^fGrup IV, tüm gruplardan anlamlı olarak yüksektir.

4.6.3.ASM/Akademik Kurum Grupları Arasında Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

ASM ve Akademik kurumlarda çalışan hekimlerin veri formu puanlarının ortalaması Tablo 29'da gösterilmiştir. Hastanın katılımını sağlama başlığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 30. ASM ve Akademik Kurumlarda Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması			
Veri Formu Puanı	Çalışma Yeri (Ortalama±SS)		
	ASM	Akademik Kurumlar	p
Hastanın Katılımını Sağlama	3,92±0,74	4,09±0,62	0,025*
Karar Verme Desteği	3,61±0,65	3,69±0,57	0,298
Amaç Belirleme/ Rehberlik	3,50±0,72	3,40±0,62	0,164
Problem çözme	3,78±0,73	3,64±0,68	0,065
İzlem/ Koordinasyon	3,67±0,69	3,60±0,60	0,325
Veri Formu Ortalaması	3,68±0,58	3,64±0,51	0,553

4.6.4. Meslek Yılına Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

20 yıl üzerinde ve altında çalışma deneyimi olan hekimlerin veri formu puanlarının ortalaması Tablo 30'da gösterilmiştir. *Hastanın katılımını sağlama* ve *karar verme desteği* puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 31. Meslek Yılına Göre Veri Formu puanlarının Karşılaştırılması			
Veri Formu Puanı	Meslek Yılı (Ortalama±SS)		
	20 Yıl üstü	20 Yıl altı	p
Hastanın Katılımını Sağlama	3,89±0,72	4,09±0,67	0,004*
Karar Verme Desteği	3,57±0,68	3,74±0,56	0,008*
Amaç Belirleme/ Rehberlik	3,48±0,64	3,40±0,64	0,998
Problem çözme	3,77±0,75	3,73±0,69	0,663

<i>İzlem/ Koordinasyon</i>	<i>3,66±0,73</i>	<i>3,65±0,58</i>	<i>0,921</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,66±0,61</i>	<i>3,70±0,51</i>	<i>0,402</i>

4.6.5. Pratisyen Hekim ve SAHU Asistanlarının Arasında Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Pratisyen hekim ve SAHU asistanlarının veri formu puanlarının ortalaması Tablo 31’ de verilmiştir. İki grup arasında anlamlı fark yoktur.

<i>Tablo 32. Pratisyen Hekim ve SAHU Asistanlarının Arasında Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması</i>			
<i>Veri Formu Puanı</i>	<i>Pratisyen (Ortalama±SS)</i>	<i>SAHUA (Ortalama±SS)</i>	<i>p</i>
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	<i>3,90±0,76</i>	<i>4,00±0,76</i>	<i>0,618</i>
<i>Karar Verme Desteği</i>	<i>3,60±0,68</i>	<i>3,53±0,43</i>	<i>0,690</i>
<i>Amaç Belirleme/ Rehberlik</i>	<i>3,49±0,75</i>	<i>3,51±0,53</i>	<i>0,869</i>
<i>Problem çözme</i>	<i>3,81±0,74</i>	<i>3,70±0,59</i>	<i>0,557</i>
<i>İzlem/ Koordinasyon</i>	<i>3,69±0,71</i>	<i>3,64±0,63</i>	<i>0,806</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,68±0,61</i>	<i>3,66±0,46</i>	<i>0,891</i>

4.6.6. Daha Önce ASM’de Çalışmış Olma Durumu Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların daha önce ASM’de çalışma durumuna göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 32’de verilmiştir. İki grup arasında anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 33. Daha Önce ASM'de Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması			
Veri Formu Puanı	Daha önce ASM'de çalışma		p değeri
	(Ortalama±SS)		
	Evet	Hayır	
Hastanın Katılımını Sağlama	3,85±0,78	4,01±0,68	0,058
Karar Verme Desteği	3,66±0,76	3,64±0,60	0,779
Amaç Belirleme/Rehberlik	3,54±0,80	3,47±0,67	0,434
Problem çözme	3,85±0,85	3,72±0,68	0,163
İzlem/Koordinasyon	3,69±0,78	3,69±0,63	0,658
Veri Formu Ortalaması	3,70±0,68	3,67±0,53	0,689

4.6.7. Daha Önce TSM'de Çalışmış Olma Durumu Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların daha önce TSM'de çalışma durumuna göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 33'te verilmiştir. İki grup arasında amaç belirleme/rehberlik, problem çözme ve veri formu ortalaması açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 34. Daha Önce TSM'de Çalışma Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması			
Veri Formu Puanı	Daha önce TSM'de çalışma		p değeri
	(Ortalama±SS)		
	Evet	Hayır	
Hastanın Katılımını Sağlama	4,07±0,67	3,97±0,71	0,345
Karar Verme Desteği	3,78±0,63	3,63±0,63	0,124
Amaç Belirleme/Rehberlik	3,67±0,66	3,46±3,70	0,044*

<i>Problem çözme</i>	<i>3,94±0,73</i>	<i>3,72±0,72</i>	<i>0,045*</i>
<i>İzlem/Koordinasyon</i>	<i>3.79±0,59</i>	<i>3,64±0,67</i>	<i>0,139</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,83±0,52</i>	<i>3,66±0,57</i>	<i>0,045*</i>

4.6.8.Hastaya Ayrılan Sürenin Yeterlilik Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların, hastaya ayrılan süre yeterlilik durumuna göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 34’te verilmiştir. Hastalara ayrılan sürenin yeterli olduğunu düşünen hekimler tüm başlıklarda en yüksek puanı almışlardır. Üç grup arasında anlamlı fark sadece *hastanın katılımını sağlama* başlığında Grup I ve Grup II arasındadır.

<i>Tablo 35. Hastaya ayrılan süre yeterlilik durumuna göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması</i>				
<i>Veri Formu Puanı</i>	<i>Süre Yeterliği (Ortalama±SS)</i>			<i>p</i>
	<i>Evet(I)</i>	<i>Hayır (II)</i>	<i>Bazen(III)</i>	
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	<i>4,11±0,65^a</i>	<i>3,89±0,74</i>	<i>4,03±0,67</i>	<i>0,037*</i>
<i>Karar Verme Desteği</i>	<i>3,76±0,65</i>	<i>3,60±0,67</i>	<i>3,63±0,52</i>	<i>0,142</i>
<i>Amaç Belirleme/Rehberlik</i>	<i>3,55±0,70</i>	<i>3,46±0,75</i>	<i>3,45±0,56</i>	<i>0,519</i>
<i>Problem çözme</i>	<i>3.88±0,74</i>	<i>3,68±0,76</i>	<i>3,78±0,61</i>	<i>0,079</i>
<i>İzlem/Koordinasyon</i>	<i>3,69±0,64</i>	<i>3,65±074</i>	<i>3,63±0,53</i>	<i>0,809</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,77±0,56</i>	<i>3,64±0,62</i>	<i>3,68±0,44</i>	<i>0,192</i>

^a. Grup I, Grup II’den anlamlı olarak yüksektir.

4.6.9.Hizmet Sunumunda Güçlük Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların kronik hastalığı olanlara hizmet sunumunda güçlük yaşama durumlarına göre veri formu puanlarının ortalaması Tablo 35’de verilmiştir. Grup II (güçlük yaşamadıklarını belirtenler) her başlıkta en yüksek puanı almışlardır. *Problem çözme* başlığında Grup II ve Grup III arasında anlamlı fark bulunmuştur.

<i>Tablo 36. Hizmet Sunumunda Güçlük Durumuna Göre Veri Formu Puanlarının Karşılaştırılması</i>				
<i>Veri Formu Puanı</i>	<i>Hizmet Sunumunda Güçlük Durumu</i>			<i>p</i>
	<i>(Ortalama±SS)</i>			
	<i>Evet(I)</i>	<i>Hayır (II)</i>	<i>Bazen(III)</i>	
<i>Hastanın Katılımını Sağlama</i>	<i>3,92±0.82</i>	<i>4,11±0.78</i>	<i>3,94±0.63</i>	<i>0,104</i>
<i>Karar Verme Desteği</i>	<i>3,55±0,79</i>	<i>3,75±0.64</i>	<i>3.62±0,57</i>	<i>0,113</i>
<i>Amaç Belirleme/Rehberlik</i>	<i>3,42±0,74</i>	<i>3,59±0,72</i>	<i>3,45±0,67</i>	<i>0,161</i>
<i>Problem çözme</i>	<i>3,69±0,74</i>	<i>3,91±0,69^a</i>	<i>3,70±0,73</i>	<i>0,033*</i>
<i>İzlem/Koordinasyon</i>	<i>3,64±0,72</i>	<i>3,74±0,61</i>	<i>3,63±0,66</i>	<i>0,403</i>
<i>Veri Formu Ortalaması</i>	<i>3,62±0,66</i>	<i>3,79±0,56</i>	<i>3,64±0,53</i>	<i>0,059</i>

^aGrup II, Grup III’ten anlamlı olarak yüksektir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma İzmir'deki aile hekimleri ve aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık yönetimi konusundaki görüşleri hakkında bilgi toplamak, tanı-tedavi rehber kullanım durumlarını ve varsa mevcut engelleri değerlendirmek üzere yapılmıştır. Çalışmamız kapsamında pratisyen, uzman, asistan hekimlere ve kısıtlı sayıda akademisyene ulaşılmıştır. Tartışmada, katılımcıların demografik özellikleri, günlük başvuran hasta sayısı ve hastalara ayrılan süreler, en sık başvuran kronik hastalıklar ve kronik hastalık yönetiminde/hizmet sunumundaki sorunlar ve nedenleri ve son başlık altında da rehber kullanım durumları ve kullanılması konusundaki engeller açısından genel örneklem, ünvan, çalışılan kurum ve meslek yılları üzerinden tartışılmıştır. Son kısımda katılımcıların anket veri formu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

5.1.Demografik Özellikler

Ortalaması 42,5 yaş olan çalışmamızda daha çok orta yaşlı hekimler yer almaktadır. Katılımcıların %53,4'ü kadın hekimlerden oluşmaktadır. Çalışma evrenimizde en fazla pratisyen hekimler (%57,5) ve asistan hekimler (%30,3) bulunmaktadır. SAHU asistanları ile birlikte toplam pratisyen hekimlerin sıklığı %57,5'tir. Daha az oranda uzman aile hekimleri (%10,7), SAHU asistanları (%4,3) ve akademisyenler (%1,5) mevcuttur. Katılımcılar sıklıkla Ege ve Dokuz Eylül Tıp Fakültesi mezunudur. Çalışma evrenimizi oluşturan hekimler çoğunlukla ASM'de (%65,9) çalışmaktadırlar. Akademik kurumlarda çalışanlar %32,6 sıklıktadır. Çok az sayıda TSM'de çalışan hekim vardır. Hekimlerin buldukları kurumdaki çalışma süreleri ortalama 6,5 yıldır. Çalışma örneklemimiz %85,8 sıklıkla kentsel ilçelerin katılımı oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki veriler daha çok İzmir il merkezini yansıtmaktadır. İzmir'in en kalabalık ilçeleri olan Konak ve Karabağlar'dan en yüksek katılım olmuştur. Hekimlerimizin daha önceden en çok (%30,8) sağlık ocağında, devlet hastanesinde (%26,5) ve ASM'de (%21,4) çalışma tecrübeleri vardır. Diğer kurumlarda çalışmış olma durumları daha düşüktür.

Çalışmamızda pratisyen ve uzman hekimlerin tamamına yakını ASM'de çalışmaktadırlar. Kırsal ilçelerde çalışanlar sadece pratisyen ve uzman hekimlerdir.

ASM'de en çok pratisyen hekim 2. sıklıkta uzman hekimler görev yapmaktadırlar. Pratisyen hekimlerin uzman hekimlere oranı 4.8'dir. Yaklaşık olarak 5 pratisyen hekime karşılık 1 uzman hekim görev yapmaktadır. SB 2014 yılı verilerine göre ASM'de görev yapan uzman sayısının %5,2 olduğunu ele alırsak Türkiye'de 19 pratisyen hekime karşılık bir uzman AH denk gelmektedir.(51) Bu oran Türkiye ortalamasının üstündedir. İzmir'in Türkiye'nin 3. büyük şehri olması ve nüfusun yüksek olması nedeni ile uzman hekim sıklığı çalışmamızda daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamıza göre 20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin tamamına yakını (%94) ASM'de görevlidir ve çoğunlukla (%85,7) pratisyen hekimlerdir. 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimler ise %31,3 sıklıkla ASM'de ve %67,6 sıklıkla akademik kurumlarda çalışmaktadır. Uzman hekimlerin her iki gruptaki sıklığı da aynıdır. Ülkemizde 1990'lı yıllardan beri verilen uzmanlık eğitimi nedeni ile uzmanların iki grup arasında dağılımı eşit olabilir. 20 yıl üzerinde çalışma deneyimi olan hekimlerin SO'da çalışma tecrübeleri 20 yıl altında çalışma deneyimi olan hekimlerden belirgin olarak yüksektir. ($p<0,001$) Bu durumda SO'ların 2010'da kapanması nedeniyle meslekte yeni hekimlerin SO'da çalışma fırsatı olmamasından dolayı olabilir. ASM'de çalışmış olma durumu açısından iki grup arasında fark yoktur. Nitekim aile hekimliği sistemine geçilmesi ile SB tarafından sisteme geçmek isteyen her hekim istihdam edilmiştir. Bu nedenle ASM'de çalışmış olma durumu açısından sıklıklar birbirine yakın olabilir.

Çalışmamıza göre pratisyen hekimler ile SAHU asistanlığı yapan hekimlerin demografik özellikleri açısından yaş haricinde fark yoktur. ($p=0,028$) Yaş ortalaması SAHU asistanlarında anlamlı olarak daha düşüktür. Daha genç hekimlerin uzman olmak adına bu uzmanlık programına başvurmuş olması muhtemeldir.

5.2.Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Hastalara Ayrılan Süreler

Çalışmamıza göre günlük poliklinik başvuru sayısı ortalama 49,3'tür. Bu değerler ünvanlara göre pratisyen hekimlerde ortalama 60,7, uzman aile hekimlerinde 55,8, akademisyenlerde 32,2, asistan hekimlerde 26,2'dir. ASM'de günlük hasta sayı ortalaması 61, akademik kurumlarda 26,8'dir. Tay ve ark. çalışmasına göre Manisa'da

aile hekimleri günlük 60 hasta bakmaktadır.(52)Çalışmamıza göre ASM'de günlük bakılan hasta sayısı ortalaması ve pratisyen hekimlere göre günlük bakılan hasta sayısı ortalaması (Tay'ın çalışma evreninde de olduğu üzere) değerlendirildiğinde çalışmamızın sonuçları Tay'ın sonuçları ile aynıdır. Malatya'da, BOH ile ilgili WHO iş birliğinde yapılan *Türkiye Ülke Değerlendirmesi'ne* göre ASM'de aile hekimleri günde ortalama 50 hasta görmektedir.(13) Çalışmamızda ASM hekimlerinin günlük baktığı hasta sayısı BOH Ülke değerlendirme raporu ortalamasından daha yüksektir. Yine pratisyen ve uzman aile hekimlerinin günlük bakılan hasta sayısı ortalaması da bu raporda belirtilenden daha yüksektir Çalışmamızda sıklığın yüksekliği İzmir nüfusunun Malatya'dan daha fazla olmasından dolayı olabilir.

Çalışmamızda ünvan gruplarının günlük hasta sayıları açısından anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,001$) Pratisyen hekimlerin günlük hasta sayısı asistan hekimler ve akademisyenlerden anlamlı derecede yüksektir. Asistan hekimler ve akademisyenlerin ortalaması hem uzman hekimlerden ve hem de pratisyen hekimlerden anlamlı derecede düşüktür. Asistan hekimlerin eğitim süreleri boyunca farklı branşlarda çalışması ve çalışma yerlerine göre hasta sayılarının farklılık göstermesi olağandır. Akademisyenler ise tam zamanlı poliklinik yapmamaktadır. Uzman ve pratisyen hekimler sahada aktif hasta baktıkları için günlük hasta sayıları daha fazladır. Uzmanların günlük hasta sayısı ortalaması pratisyen hekimlerden daha düşük olmasına rağmen pratisyen ve uzman hekimler arasındaki fark ise anlamlı değildir. Her iki grup da ASM şartlarında çalışmaktadır. Mesleki eğitim seviyelerinin farklı olmasına rağmen günlük rutinleri aynıdır. Bu nedenle anlamlı fark olmaması beklenebilir.

Çalışmamızda çalışılan kurumlardaki günlük hasta sayısı ASM'de, akademik kurumlardan anlamlı olarak yüksektir. ($p<0,001$) Bu kurumlardan ASM'de pratisyen hekimlerin, akademik kurumlarda ise asistan hekimlerin çoğunlukta olduğunu ele alırsak iki grup arasındaki fark pratisyen ve asistan hekimler arasındaki fark ile aynıdır. Sonuçlarımız birbirleri ile tutarlıdır. Eğitim sürecindeki asistan hekimler rotasyonları gereği yataklı hasta bakım servislerinde ve hasta başvurusu daha seyrek olan bölümlerde de çalışabilmektedirler. ASM ve akademik kurumlarda çalışan hekimlerin arasındaki günlük hasta ortalaması farklı buna bağlı olabilir.

Çalışmamızda mesleki yıl tecrübesi açısından 20 yıl altı ve üstü çalışma deneyimi olma durumuna göre 20 yıl üstü mesleki deneyimi olan hekimlerin günlük

hasta sayısı (59,9) 20 yıl altı mesleki tecrübesi olan hekimlerden (36,2) daha yüksektir. ($p<0,001$) Meslek yılı yüksek olan hekimler ağırlıklı olarak pratisyen hekimlerden ve ASM’de çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Diğer tarafta meslek yılı düşük olan hekimler ise ağırlıklı olarak asistan hekimlerden ve akademik kurumlarda çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Bu nedenle meslek yılı açısından bulgularımız, ünvan ve çalışılan kurumlardaki bulgularımızla uyumludur.

Üstü ve Uğurlu analizlerinde mevcut aile hekimi ve hasta başvuru sayıları ele alınarak yapılan hesaplamada aile hekimi başına günlük 97 hasta düştüğünü ve bunun uygulanabilir olmadığını belirtmektedir. Mevcut durumda hekim başına günlük bakılan hasta sayısının azalması için mümkün olan en hızlı şekilde aile hekimi sayısının artırılması ve yardımcı sağlık personelinin yapabileceği işlerin hekimin üzerinden alınması gerektiği vurgulanmaktadır.(53)

Bir aile hekiminin günde kaç hasta görmesi gerektiği konusunda ayrı tartışmalar mevcuttur. Bu konuda net bir rakam verilememektedir. Nitekim hastayla yapılan görüşmenin süresi hastanın o anki tanısı, tedavi ve şikayetlerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle hastaya ayrılacak sürenin uzunluğu ve dolayısı ile hekimin kaç hasta bakacağı konusunda net bir sayı belirtmek mümkün olmayabilir. Ancak hizmetin sağlanması açısından hekimlerin mümkün olduğunca çok hasta bakmaları da yöneticiler tarafından istenen bir durumdur. Ancak günlük bakılan hasta sayısının artmasının hasta başına düşen süreyi kısaltması nedeniyle görüşmenin kalitesini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu noktada hasta muayene sonuçlarını olumsuz etkilemeyecek en yüksek sayıdaki hastanın bakılması önerilerden biridir. (54)

SUT’a göre Sağlık Bakanlığı’nca belirlenen; *‘Ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur.’* maddesine göre bir hekimin en az hastasına 10 dakika ayırması gerekmektedir. *‘Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükârda 60’ı geçemez.’* Bu maddeye göre 8 saatlik mesaide hekimlerin en fazla 48 hasta bakması gerekir.(55)

Çalışmamızda hastalara ayrılan süre 8,3 dakika olarak bulunmuştur. Ünvanlara göre bakıldığında ise, pratisyen hekimlerde bu süre 6,8, uzman hekimlerde 8,2, asistan hekimlerde 11,1 ve akademisyenlerde 12,5 dakikadır. ($p<0,001$) Hizmet verilen kurum

açısından sonuçlarımız ASM için 6,7 dakika, akademik kurumlar için 11,2 dakikadır. ($p<0,001$) Yardım'ın yaptığı derlemeye göre birinci basamak hizmetlerinde çeşitli ülkelerde ayrılan süreler: İngiltere'de ortalama 5-8 dakika, bir diğer çalışmaya göre 9,4 dakikadır. Birleşik Krallık Tıp Birliği araştırmasına göre ise 1993'te 8,4 dakika, 2006'da ise 11,7 dakikadır. (56) İngiltere'de birinci basamak hekimlerinin iş yükü konusunda yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin görüşme süresinin 8,6 dakika olduğu ve bu sürenin artış gösterdiği, sistemin doygunluğa ulaşma noktasında olduğu ancak hekimlerin 10 dakikalık süreler ayırmaya çalıştıkları belirtilmektedir.(57) Fransa'da 15-20 dakika(44) İsviçre'de 15,6, Belçika'da 15, Hollanda'da 10,2, İspanya'da 7.8, Almanya'da 7,6,dakikadır. ABD'de yapılan birçok çalışmaya göre ziyaret süreleri 10-20 dakika, bir çalışmaya göre 15,4 dakikadır. Amerikan Ulusal Ayaktan Tıbbi Hizmetler 2012 verilerine göre 1. basamak ziyaret süresi 22,6 dakikadır. (56) ABD'de 18 yıllık birinci basamak verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada Lena ve ark. göre ziyaret süresi sanılanın aksine artmış, 18 dakikadan 20,8 dakika çıkmıştır. Bu süre DM için 4.2, HT için ise 3,7 dakika artmıştır.(58) Bu süre Japonya verilerine göre 2003'te 10.5 dakika, 2010'da ise 8.4 dakikadır. (56) Slovenya'da yapılmış bir çalışmaya göre ziyaret süresi 6,9 dakikadır. Eksilen ilaçların reçetelenmesi 2,6 dakika ek süre getirmektedir. Kronik hastaların ilk ziyaretlerinde 11 dakika, takiplerde 10 dakika olarak bulunmuştur.(59) Yardım'ın yaptığı derlemede, ülkemizde 2002 yılındaki bir çalışmaya göre hekimler hastalara 10 dakika ayırabildiklerini belirtmişlerdir ancak aynı çalışmada araştırmacıların gözlemleri sırasında hekimlerin %80 sıklıkla, 5 dakika süre ayırdıkları görülmüştür. Çalışmamızda da ASM süre ortalamamız (6,7 dakika) ilgili çalışmadaki süreye yakındır. (56)BOH Ülke Değerlendirmesine göre aile hekimliği uygulamalarının %21'inde 5 dakika altında, %36'sında ise 5-10 dakikalık bir zamanda hasta değerlendirmektedir. Raporda bu kısa süreli başvuruların daha çok dal uzmanı hekimlerin 2. ve 3. basamakta yazdığı ilaçların yeniden reçetelenmesi nedeniyle olduğu yönündedir.(13) Çalışmamızda, bulgularımız Türkiye'de yapılan çalışmalar ile uyumludur. Hastalara ayrılan süreler gerekli görülen 10 dakikanın da altındadır. BOH Türkiye Ülke Değerlendirilmesine göre ASM'deki her ziyarette hasta değerlendirilmemektedir. Bir kısmında sadece kullanılmakta olan ilacın yeniden reçetelenmesi için başvurulmaktadır. Çalışmamızda ASM'de başvuru nedenlerinin

%47,1 sıklıkla ilaç reçeteleme amaçlı olduğu saptanmıştır. Bu noktada çalışmamızın sonuçları BOH Türkiye Ülke Değerlendirilmesi ile benzerdir.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin bir hastaya ayırdıkları süre asistan hekim ve akademisyenlerin bir hastaya ayırdığı süreden anlamlı derecede kısadır. ($p<0,001$) Asistan hekimlerin bir hastaya ayırdıkları süre ise pratisyen ve uzman hekimlerden anlamlı derecede uzundur. ($p<0,001$) Asistan hekimlerin üçüncü basamak hastanelerde sağlık hizmeti sunuyor olması ve bu kurumlardaki birinci basamak polikliniklere daha az hasta başvuruyor olması bu durumu açıklamaktadır. Benzer şekilde çalışmamızda ASM ve akademik kurumlar arasında hastalara ayrılan süre açısından anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,001$)

Resmi verilere göre ülkemizde aile hekimliğine ilk geçişte pilot bölgelerde ortalama nüfus WHO tarafından 3700 olarak tespit edilmiştir. Bu sayının Avrupa ülkelerine göre çok yüksek olduğu vurgulanmaktadır. (Hollanda 2322, Polonya 1639 İtalya 1094 hasta/AH) (15) *2013 Yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu'nda* Türkiye'de 6756 ASM ve 21.175 aile hekimi vardır, bir aile hekimine düşen kişi 3621'dir.(60) 2014 SB verilerine göre aile hekimi başına düşen nüfus 3633'tür .(61) 2016 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre ülkemizde şu an 24.428 aile hekimi ve toplam 7636 ASM bulunmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3267'ye düşmüştür. (Coğrafi bölgeler göre 3011-3395 arasındadır.) (16) 3 sene içindeki veriler göre iyileşme görülmektedir. Ancak 2013 raporuna göre, 2017 yılı sonuna kadar 3000 altına düşürme hedefi gerçekleştirilmemektedir. 2023 hedefi ise 1680 kişidir. Sağlık bakanlığının hedefleri arasında aile hekimliği hizmetinin aile hekimliği uzmanlarınca verilmesi de vardır.(61)Nüfus yükünün yanında aile hekimlerinin görev tanımı kapsamında gebe-bebek takipleri ve ev ziyaretlerinin varlığı poliklinik için ayırdıkları zamanı daha da azaltmaktadır. İlerleyen yıllarda beklenen nüfus hedefine ulaşırsa hekimlerin hastalarına daha uzun süre ayırabilecekleri açıktır.

Çalışmamızda hastalara ayrılan süre hekimlere göre çoğunlukla (%50,6) yetersiz görülmüştür. Hastalara ayrılan sürenin yetersizliği ünvanlar açısından bakıldığında uzman hekimlerde %59,5, pratisyen hekimlerde %57,1, asistan hekimlerde %36,1 ve akademisyenlerde ise %33,3'tür. ASM'lerde %58,6 ve akademik kurumlarda %35,5 sıklıkta bulunmuştur. Sürenin yeterliliği açısından en yüksek sıklık akademisyenlerdedir. (%66,7). Asistan hekimlere göre süre %31,9, pratisyen

hekimlere göre %19,9, uzman hekimlere göre ise %16,7 sıklıkla yeterlidir. ($p<0,001$) Pratisyen ve uzman hekimler durumdan daha çok şikayetçidir. Uzman ve pratisyen hekimlerin ASM'de çalışmaları ve hasta yüklerinin daha fazla olması nedeniyle hastalara ayırabildikleri süreleri yetersiz olarak değerlendirmiş olabilirler.

Çalışmamızda hekimlere göre hastalara ayrılması gereken süre 18 dakika olarak bulunmuştur. Bu süre pratisyen hekimlerde 16,9, uzman hekimlerde 17 ve akademisyenlerde 17,5, asistan hekimlerde 22,1 dakika olarak bulunmuştur. ($p<0,001$) ASM'de 17 dakika, akademik kurumlarda ise 22,5 dakika gerekli görülmektedir. ($p<0,001$) Yardım'ın yaptığı derlemede incelenen ülkemizdeki bir çalışmaya göre SO'da çalışan hekimlerin %68,9'unun ilk görüşme için hastaya 20 dakika ayırmayı yeterli gördükleri bulunmuştur. (56) Bu çalışma ile sürelerimiz uyumludur

Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin, sürenin uzunluğundan çok görüşmenin kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Esas olan hasta hekim arasındaki iletişimdir. Ancak kaliteli bir görüşme için hekimin hastaya gereken süreyi ayırması şarttır çünkü kaliteli bir görüşmede hasta hekim arasında iletişim mevcuttur. İletişim ise zaman demektir. Hekim hastasını dinler, gerekli sorgulamayı yapar ve sonuç aşamasında hastaya durumu ve tedavisi hakkında bilgi verir. Bu eylemlerin yapılabilmesi için hekimin zamana ihtiyacı olduğu açıktır. Sonuçta etkili görüşme, etkin tedavi sonuçları ve hastanın iyileşmesi sağlanabilir. (62) İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada, muayene süresi ile kaliteli bakım ve sonuç olarak hasta memnuniyeti açısından ilişki bulunmuştur.(63)

Muayene için bekleyen hasta sayısı yüksek olduğunda görüşme sürelerini uzatmak her zaman mümkün değildir. Bu gibi durumlarda mevcut süreyi daha etkili kullanmak gerekmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde eğitilmiş ve görüşmeye hazırlıklı gelen hasta (görüşmeden önce kan şekeri veya tansiyon takibini yazmak ve hekime getirmek vs.) ve elektronik veri sistemleri etkili ve hızlı çalışan bir sistem ile hekimin görüşme sürecini daha kontrollü ve verimli yönetmesi, daha kısa sürede daha çok ve etkili değerlendirme yapması sağlanabilir. Örneğin diabet hastasının veri sisteminden daha önce yapılan tüm HbA1c değerlerinin grafik olarak görmesi her tahlil sonucunu tek tek açıp zaman kaybetmesini engelleyebilir. Hastanın istenen verileri hazırlayıp getirmesi mevcut şikâyetin çözümünün bir sonraki vizite ertelenmesini engelleyebilir. SB tarafından Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

oluşturulma aşamasındadır. Bu istemde hastalara ait başvuru, muayene ve yapılan tahlil ve girişimlerinin bilgileri arşivlenecek ve her basamaktaki hekimler tarafından SB-net üzerinde online olarak ulaşılabilecektir.(60) Diğer bir görüş ise hekim dışı sağlık personelinin yapabileceği işlemlerin hekimin üzerinden alınarak hekimin iş yükünün azaltılmasıdır.(53)

Aile hekimlerinin verdiği hizmet insana verilen bir hizmet olarak değerlendirildiği zaman nicelikler kadar (süre, günlük hasta sayısı vb.) nitelikler yönünden de planlanmalıdır. Her hastanın ihtiyacının farklı olduğu ya da aile hekimlerinin nüfuslarının heterojen yapıda olabildiği (bebek ve gebe sayısı fazla aile hekimi gibi) düşünülerek hastaların muayene sürelerinin esnetilebilen ve ihtiyacı olan hastaya ihtiyacı kadar zaman ayrılabilen bir planlama yapılmalıdır. Mevcut zamanda hastaların sorunları çözümlenmeli artan zamanda hastanın daha iyi olmasına yönelik bilgilendirici görüşme yapılabilmelidir.

Çalışmamıza göre hastaların en sık başvuru nedeni şikâyet varlığı nedeniyledir (%51,1). İlaç yazdırma isteği ise ikinci sıradadır (%41,2) Kontrol muayene, rapor ve sevk istemi çok az sıklıktadır. Küçükkerdem'in çalışmasına göre 3. basamak kurumu olan İKÇÜ Atatürk EAH bünyesindeki aile hekimliği polikliniğine en sık başvuru nedeni muayene olma isteğidir. (%62,6) İkinci sırada genel sağlık muayenesi (%19,1) gelmektedir. Reçete talebi %3,1 ve ilaç raporu talebi %3,2 sıklıkla düşüktür seviyededir.(64) Gökçe'nin 3. basamak aile hekimliği polikliniğinde yaptığı bir çalışmaya göre hastalar %50 şikâyet nedeni ile, %34,5 kontrol muayene ve %14,8 ilaç yazdırma için başvurmaktadır.(65) Topallı ve arkadaşlarının Hereke ASM'de yaptıkları bir çalışmaya göre ise en sık geliş nedenleri %37,4 ilaç yazdırma isteği, 2. sırada %22,4 sevk istemi, %9,2 kontrol muayenedir. Belirtilen hastalıklara bağlı şikâyetlerin toplamı ise toplamda %31'dir. Bu açıdan değerlendirilirse Hereke ASM'ye en sık geliş nedeni ilaç yazdırma ikinci sıklıkta ise şikâyet varlığı/muayene isteğidir.(66) Sıklıklar ve öncelikler bu 4 çalışmada farklılık göstermektedir. Çalışmamız da dahil olmak üzere bu 4 çalışmanın sonuçlarına göre ASM'de ilaç yazdırmak için başvuruların daha sık olduğu görülmektedir. 3. basamak aile hekimliği polikliniklerine ise daha sıklıkla kontrol muayene ve rapor talebi ile başvurular olmaktadır. Çalışmamızda da şikâyet nedenli ve ilaç yazdırma amaçlı başvurular yüksektir, kontrol muayene ve rapor talebi daha düşüktür. Örneklemimiz %70'e yakın

sıklıkla birinci basamaktan %30 sıklıkla 3. Basamak katılımcılardan oluşması nedeni heterojen bir örneklemimiz mevcuttur. Bu nedenle sonuçlarımız bu çalışmalardaki sıklıklar ile tam uyumlu olmayabilir.

Çalışmamızda en sık başvuru nedenleri açısından ünvanlar arasında anlamlı fark vardır($p<0,001$). En sık başvuru nedeni; uzman hekimlerde ilaç yazdırma nedeni diğer üç grupta şikâyet varlığı olarak bulunmuştur. İkinci sırada ise uzman hekimler için şikâyet varlığı diğer gruplar için ilaç yazdırma isteği olarak bulunmuştur. Kontrol muayene sıklığı asistan hekim ve akademisyenlerde uzman ve pratisyen hekimlere göre belirgin olarak yüksektir. Rapor isteği nedeni başvuru ise en sık uzman hekimler, 2. sırada pratisyen hekimler tarafından belirtilmiştir. Uzman hekimlere göre rapor isteği %4,8, pratisyen hekimlerde %0,4'tür. Aradaki bu fark uzman hekimlerin yetkileri dahilinde rapor çıkarabilmeleri sayesinde hastaların uzmanlara bu konuda daha çok başvurmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza göre ASM ve akademik kurumlara başvuru nedeni açısından %50'lik sıklıklarla şikâyet varlığı birinci nedendir. İkinci sırada ilaç yazdırma amacı ile başvurular vardır. Ancak kontrol muayene ve rapor isteği sıklıkları akademik kurumlarda daha yüksektir. Rapor çıkarma yetkisi ve tahlil imkanlarının genişliği, hastaların bu hizmetleri almak için hastanelere başvuru sıklığını artırabilir. Birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanlarının sayısının az olması bu hizmetlerin sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır.

Aile hekimliği sistemine geçilmesinden bu yana kademeli olarak ASM başvuru sayıları artmıştır. Bu durum halk tarafından ASM'lerin benimsendiğini göstermektedir. Artan bu talebi karşılamak üzere aile hekimi sayısının artırılması gerekmektedir. Ancak sadece sayının artırılması değil , sunulan hizmet kalitesinin de artırılması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için yapılabilecek girişimlerden birisi aile hekimliği uzmanı sayısının artırılması olmalıdır. Şu an aile hekimliği uzmanı yetiştirmeye yönelik 65 EAH ve ÜH'te 848 asistan hekim tıpta uzmanlık eğitimine devam etmektedir. 2012 yılında 91 asistan hekim uzman olmuştur. 2013 verilerine göre ASM'de %5,2 uzman aile hekimi, %0,3 diğer uzmanlıklardan ve kalan %94,5'i pratisyen hekimdir. (57) Bu noktada hedefimiz gelişmiş ülkelerdeki gibi tıp fakültesi mezuniyeti sonrası tüm hekimlerimizin bir uzmanlık programına yerleştirilmesi ve aile hekimliği uzman sayısının diğer branş

uzmanlarının toplam sayısına ulaşana kadar aile hekimliği uzmanlık kontenjanlarının desteklenmesi olmalıdır. En son 2016 yılı sağlık istatistiklerine göre şu an Türkiye’de tüm hekimlerin %54,’ü uzman, %29,7’si pratisyen ve %16’sı asistan hekimdir. (86.332 hekimin 40.544’ü uzman hekim,37.173’ü pratisyen ve 8.615’i asistan hekimdir.) Uzman hekim sayımız tüm hekimlerin yarısından fazladır. Ancak ASM’de % 5.2 uzman AH %0.3 diğer uzmanlıklardan ve kalan %94,5’i pratisyen hekimdir.(51)

5.3.Kronik Hastalık Yönetimindeki Güçlükler

Çalışmamıza göre hekimlere en sık başvuran kronik hastalık büyük farkla hipertansiyondur. (%79,9) Bunu ikinci sırada DM izlemektedir. (%28,8) Ülkemizde yapılan TURDEP ve TEKHARF çalışmaları dahilinde ülkemizde en sık görülen kronik hastalık HT’dir. (2) *Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması*’na göre ise 65 yaş üzeri HT sıklığı % 75,1’dir.(2) TURDEP-I’de %7,2 olan DM prevalansı TURDEP-II’de %16,5’tir. Ülkemizde de 2. Sıklıkta görülen kronik hastalık DM’dir. Çalışma bulgularımız ülke istatistikleri ile uyumludur. Başer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de en çok görülen 10 hastalık sıralaması içinde belirtilen 4 kronik hastalık arasında hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıktır. Ancak çalışmada sıklık belirtilmemiştir. (67)Çalışma sonucumuz bu çalışma ile uyumludur.

Ünvan gruplarına göre en sık başvuran kronik hastalık birinci sıklıkta HT, ikinci sıklıkta ise DM’dir. Hipertansiyon pratisyen hekimlerde %86,3, uzman hekimler ise %88,1 sıklıkla belirtilmiştir. Hipertansiyon sıklığı asistan hekimlerde %65,5 ve akademisyenlerde ise %66,7 olarak daha düşük belirtilmişler. Sonuçlarımıza göre pratisyen ve uzman hekimlerde HT ile karşılaşma sıklığı daha yüksektir. DM ise %39,5 ile en sık asistan hekimler tarafından belirtilmiştir. Uzman (%26,2) ve pratisyen hekimlerde (%23,9) bu sıklık daha düşüktür. Akademisyenler ise az sıklıkta (%16,7) belirtmişlerdir. Her iki hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır (HT için $p<0,001$, DM için $p=0,020$). DM’nin asistan hekimler tarafından daha yüksek oranda belirtilme nedeni DM konusundan eğitim almak ve tecrübe kazanmak için DM ile ilgili endokrin ve dahiliye polikliniklerinde çalışmalarından dolayı algılarının DM konusunda yüksek olması olabilir. Ayrıca birinci basamakta DM’nin yönetimi kısıtlı

olduğu için hastaların da ASM'ye başvuruları daha az olabilir. Bu durumda pratisyen hekim ve uzman hekimlerin DM ile karşılaşma sıklıklarının daha düşük olması beklenir. Aile hekimliği akademisyenlerinin daha az sıklıkta poliklinik yapması ve 3. basamak kurumlarda DM hastalarının diğer branş polikliniklerine de dağılması nedeni ile daha az sıklıkta DM ile karşılaşılıyor olabilirler.

Çalışmamızda hem ASM'lerde hem akademik kurumlarda en sık görülen kronik hastalık HT, takiben DM'dir. Gruplar arasında her iki hastalık için anlamlı fark vardır. (HT için $p < 0,001$, DM için $p = 0,004$) HT, ASM'lerde (%86,3); DM ise akademik kurumlarda (%39,5) daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Bunun nedeni komplike olmayan HT hastalarının tedavi ve takipleri için aile hekimlerinin gerekli sorumluluğu almaları ancak kontrolsüz DM hastalarının tedavisinde insülin başlanması, kombine terapi planlanması gerektiği durumlarda hasta uyumunun ve takiplerinin yapılmasında yaşanabilecek güçlüklerden dolayı hastaların 2. ve 3. basamak merkezlere yönlendirilmesi olabilir. Çalışmamıza göre hekimlerin yönetiminde en çok sorun yaşadıkları hastalığın yüksek farkla DM olduğunu ve kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmada en sık görülen güçlüklerin ilaç dışı tedaviye (%78,4) ve ilaç tedavisine (%61,6), uyum sağlanmaması olduğunu belirtmesi bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Çalışmamıza göre hekimlerin kronik hastalıkların yönetiminde günlük yaşama sıklıkları %17,6'dır. Hekimler %26 sıklıkla sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Geriye kalan %56,5 ise bazen yanıtını vermiştir. Bu noktada hekimlerin sorun yaşama durumları çok net değildir. Ünvanlar açısından kronik hastalık yönetiminde sorun yaşama sıklıkları en yüksek pratisyen hekimler (%23,9) tarafından belirtilmiştir. Uzman ve asistan hekimler daha az sıklıkla (sırasıyla %9,5 ve %9,2) sorun yaşamaktadır. Akademisyenler ise hiç sorun yaşamamaktadır. Pratisyen, asistan ve uzman hekimler bu soruya en çok *bazen* sorun yaşadıkları şeklinde yanıtlamıştır. Akademisyenler de ise çoğunluk sorun yaşanmadığı yönünde cevap vermiştir, diğer akademisyenler ise bazen sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışılan kurumlar açısından kronik hastalık yönetiminde sorun yaşama sıklıkları ASM'de %23,9, akademik kurumlarda ise %9,2'dir. İki grup arasında anlamlı fark vardır. ($p < 0,001$) Her iki grupta da bazen yanıtı daha yüksek sıklıkta bulunmuştur. Çalışmamızın genelinde hekimler sıklıkla *bazen* yanıtını vermişlerdir. Bu durum kronik hastalık tipi

ya da başvuran hastadan kaynaklı olarak hekimler açısından bazen kolay bazen zor olabilir. Sonuçlarımıza göre kronik hastalıkları olan bireyler hizmet sunumunda en çok zorluğu pratisyen hekimler yaşamaktadır. Uzman ve asistan hekimlerin zorluk yaşama sıklıkları daha düşüktür ve aynı sıklıktadır. Pratisyen hekimlerin rapor verme ve ilaç reçeteleme konusunda asistan (akademisyenler vasıtasıyla) ve uzman hekimler göre sınırlılıkları mevcuttur bu nedenle uzman ve pratisyen hekimlere göre daha fazla zorluk yaşıyor olabilirler. Meslek yıllarına göre ise 20 yıl üstü çalışma deneyimi olan hekimlerin (%22,1) kronik hastalıklarda sorun yaşama sıklığı, 20 yıl altı çalışma deneyimi olan hekimlerden (%11,9) daha yüksektir. İki grup arasında anlamlı fark vardır. (p=0,005) Bu noktada çalışmamıza göre mesleki deneyim, kronik hastalık yönetimini kolaylaştırmamaktadır. 20 yıl üstü çalışma deneyimi olan hekimlerin büyük kısmı pratisyen hekimlerdir nitekim bu grubun zorluk yaşama sıklıkları pratisyen hekimlerin zorluk yaşama sıklıkları ile hemen hemen aynıdır. Bu sonuçlardan yola çıkarak kronik hastalık yönetiminde zorluk yaşama nedeninin hekimlerin mesleki yeterliliklerinden çok unvan durumları ve ASM’de çalışıyor olmakla ilişkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar dahilinde en çok sorun yaşayanlar pratisyen hekimlerdir. Pratisyen hekimlerin çoğunlukla meslekte tecrübeli olmalarına rağmen kronik hastalık yönetiminde sorun yaşama sıklıklarının yüksek olması, pratisyen hekimlerin imkan (tahlil, görüntüleme desteği olmaması vb.) ve yetkilendirme kısıtlılıklarına (rapor yazamama vs.) bağlı olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara göre kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlüğü en yüksek sıklıkla ilaç dışı tedaviye (%78,4) ve ikinci sıklıkla ilaç tedavisine (%61,6), uyum sağlanmamasıdır. Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaya yeterli zaman ayıramamak, hastaların birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi hastaların düzenli kontrole gelmemesi daha az sıklıkla (%40’lık yüzdelerde) belirtilen nedenlerdir. SUT (%30,5) kaynaklı sorunlar ise en az belirtilen nedendir. SB tarafından yapılan 2013 *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*’na göre (2) ise hekimlere göre kronik hastalıkların yönetimi konusunda hizmet sunmanın en önemli güçlüğü ilaç tedavisine uyum sağlanmamasıdır.(%61,4) 2. sırada %25,3 ilaç dışı tedaviye uyum sağlanmaması, hastaların düzenli kontrole gelmemesi %6,2’dir. Daha az sıklıklarla (%2,4-%2,0) ise sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle

hastaya yeterli zaman ayıramamak, SUT kaynaklı sorunlar, hastaların birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi olarak yanıtlanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ile *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması* sonuçları yanıtların sıralaması benzerdir. İlaç tedavisine uyum sağlanmaması açısından verilen yanıtların sıklığı aynıdır. Ancak diğer seçeneklerde sıklıklar farklılık göstermektedir. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'nda hekimlere tek seçenek işaretleme izni verilmiştir ancak çalışmamızda hekimlere bu soruyu yöneltirken birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri konusunda yönlendirilmişlerdir. Bu nedenle diğer seçenekler açısından da sıklıklarımız daha yüksektir. Yanıtların sıralaması açısından ise benzerlik vardır. Buna göre hekimler en çok hastaların ilaç ve ilaç dışı tedavilere uyumsuzluğundan yakınmaktadır.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre hekimlere kronik hastalık yönetimi konusunda kendilerini ne kadar yeterli gördükleri sorusuna %53 "çok iyi", %37 ise "iyi" olarak yanıtlamıştır. (Toplamda %90) Bu rapora göre Türkiye'de hekimler kendilerini kronik hastalık yönetimi konusunda yeterli görmektedirler. Kronik hastalık yönetimindeki güçlük yaşanması açısından ise hastaların tedavilere uyumsuzlukları nedeni ile kronik hastalıkların yönetiminde sorun yaşadıklarını belirtmektedirler. Çalışmamızda hekimlerin yeterlilikleri doğrultusunda bir değerlendirmemiz bulunmamaktadır ancak hekimlerin veri formundan aldıkları puanlar (Bkz. Tablo 27), hastalar üzerinde yapılan PACİC değerlendirmesine göre daha yüksektir. (26, 68-75) Bunun nedeni hekimlerin kendilerini subjektif olarak daha iyi değerlendirmesi nedeniyle olabilir. Literatürde ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ünvanlar açısından bakıldığında akademisyenler dışında diğer gruplara göre en önemli sorun ilaç dışı tedaviye uyumsuzluktur. Akademisyenler açısından ise ilaç tedavisine uyum olmamasıdır. Bunu 2. sırada akademisyenlerde ilaç dışı tedaviye uyumsuzluk, diğer gruplarda ise ilaç tedavisine uyumsuzluk takip etmektedir. Kontrole gelinmemesi ve SUT kaynaklı sorunlar açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır. SUT kaynaklı sorunlar pratisyen, uzman hekim ve akademisyenler tarafından aynı sıklıklarda belirtilmiştir. Asistan hekimlerde ise sıklık belirgin olarak düşüktür. Asistan hekimler eğitim sürecinde oldukları için idari konularda

sorumlulukları daha azdır. ASM veya klinik yönetimi ile ilgili yazışmalar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları için asistan hekimlerce SUT kaynaklı sorunlar daha az sıklıkta belirtilmiş olabilir. Tüm gruplarda yarıya yakın sıklıkta hastaların 1. basamağa yeterince önem vermediği düşünülmektedir. Hastalara yeterli zaman ayıramamak ise daha çok pratisyen ve uzman hekimlerce sorun oluşturmaktadır. Kontrole gelinmemesi uzman hekimler dışında %44-50 arasında belirtilmesine rağmen uzman hekimlerde bu oran %21,4'tür. ASM ve akademik gruplar açısından kronik hastalık yönetimindeki en önemli günlük ilaç dışı tedaviye uyumsuzluktur. İkinci sırada ilaç tedavisine uyumsuzluk belirtilmiştir ve ASM'de bu oran anlamlı olarak daha düşüktür. ($p<0,001$) SUT kaynaklı sorunlar ASM'de anlamlı olarak daha yüksektir. ASM'de çalışan uzman ve pratisyen hekimlerin (Uzman aile hekimlerinin yetkileri daha fazla olsa da) SUT'ta tanımlandığı üzere KOAH gibi bazı hastalıkların yönetimi için gereken rapor çıkarma ve ilaç yazma konusundaki kısıtlılıklar nedeni ile bu hastalığı daha fazla belirtmiş olabilirler.

Çalışmamıza göre hekimlerin yönetiminde en çok sorun yaşadıkları hastalık yüksek farkla DM'dir. İkinci ve 3. sırada %40'luk sıklıklarla psikiyatrik hastalıklar ve KOAH gelmektedir. En sık görülen kronik hastalık olan HT yönetiminde hekimler daha az sıkıntı yaşamaktadırlar. Tiroid hastalıkları ise en düşük sıklıkta sorun yaşanan hastalıktır. Çalışmamıza göre aynı hastalıkların açısından tedaviye direncinin en yüksek/ uyumun en az olduğu hastalık sıklık sıralamaları aynıdır. İlk 3 sırada DM, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH vardır. Hipertansiyon yine 5. sıradadır. Tiroid hastalıkları ise tedavide direncin en düşük olduğu hastalık olarak bulunmuştur.

DM'de tedaviye direnç/tedaviye uyumsuzluk %74,3'tür. Hekimlerin DM yönetiminde sorun yaşama sıklıkları ise %60,6'dır. Bu sıklıklar karşılaştırıldığında hekimlerin DM yönetiminde günlük yaşama anlamında daha çok hastaları sorumlu tuttukları söylenebilir. 2. ve 3. sıklıkta belirtilen psikiyatrik hastalıklar ve KOAH açısından ise hekimlerin sorun yaşama oranları hastaların tedaviye uyumsuzluğundan daha yüksektir. Bu noktada bu hastalıklarda da hastaların tedaviye uyumsuzluk sıklıkları yüksektir ancak hekimlerin sorun yaşama sıklıkları daha yüksektir. Hastalık yönetiminde hastaların tedaviye uyumundan daha farklı sorunların öncelikli olduğunu söyleyebiliriz. KOAH yönetimi birinci basamakta gerek tanı ve değerlendirmede

zorluğu gerekse ilaçlarının pratisyen hekimler tarafından kısmen reçetelenebilmesi nedeni ile aile hekimlerini zorlamaktadır.(76) Psikiyatrik hastalıklar ise uzun ve farklı görüşme süreci nedeni ile ASM şartlarında yönetilmesi zor hastalıklardır.

Hiperlipidemi yönetiminde zorluk yaşanma durumuna göre 7. hastalıktır ancak tedaviye direnç sıklığı açısından 4. hastalıktır. Hekimler tarafından hastanın tedaviye direncinin daha çok öne çıktığı bir durumdur. DM, KOAH, HT ve hiperlipidemi tedavisi kapsamında hastaların iş birliği yapması gerekir. Bu hastalıkların etkili tedavisi için yaşam tarzı değişiklikleri gerekir. Özellikle diyetlerinden belli besinleri çıkarmaları ya da miktarını azaltmaları ayrıca fiziksel aktivite yapmaları gereklidir. Toplumumuzda iyileşme için yaşam tarzını değiştirme hakkında davranışın yetersiz olduğu görülmektedir. (2) Bu noktada hekimin ilgili hastalığın yönetiminde yetkin olması yetmeyecektir. Hastanın da bu konuda iş birliği yapması gerekir. Çalışmamızda da hekimler sıklıkla ilaç tedavisi ve ilaç tedavisi dışı uyumsuzluklardan yakınmaktadır. Çalışmamızdaki bu oranlar da birbiri ile tutarlı görünmektedir. Psikiyatrik hastalıklar ise rutin tıbbi hastalıklardan daha farklı yaklaşım gerekliliği ve görüşme sürelerinin uzunluğu nedeni ile aile hekimleri tarafından zorluk çekilen bir hastalık grubu olabilir.

Diyabet, KOAH, hiperlipidemi ve hipertansiyon; bu hastalıkların ortak özelliği olarak gerek başlangıcında gerek tanı sonrası etkin tedavisinin sağlanmasında ilaç dışı önlem ve tedavilerin önemli yer tutmasıdır bu noktada hastanın yaşam tarzı değişikliği yapması gerekmektedir. Ancak bu konuda hekim sadece önerilerde bulunabilir. (Dengeli beslenmesi, egzersiz yapması, sigara içmemesi vb.) Doktorun muayenehanesinden ayrılan hasta bu noktadan sonra hastalığının sürecinde etkin rodedir. Bu noktadan da çıkışla artık kronik hastalıkların yönetiminde hastaların durumları ile ilgili sorumluluk almaları gerekmektedir. Tedaviye etkin katılan bireylerin, bilgilendirilmeye açık olan ve iş birliği yapan hastaların sağlık durumlarının daha iyi olacağı açıktır. Bu konuda *paylaşımlı karar verme* ve *hasta güçlendirme* kavramları artık konuşulan kavramlardır.(77)Daha önce 1978 Alma Ata ve 1996 Ottawa Bildirgesinde sinyalleri verilen ve WONCA tarafından 2011 tanımlamasına göre aile hekiminin özelliklerini tanımlayan 11 maddesine eklenen yeni kavram ***hastanın güçlendirilmesi/yetkilendirilmesi*** yeni yeni konuşulmaya başlanan bir kavramdır. ‘‘Empowerment’’ kelime anlamı olarak farklı manalara gelse de Olgun’un makalesinde hastanın güçlendirilmesi (40) olarak kullanılan bu kavram DSÖ’ye göre

‘Bireye ya da topluluğa kendi bakım ve sağlıkları konusunda seçim yapabilmeleri için ihtiyaçları olan bilgi, beceri ve tutumu kazanmalarına izin veren süreç’ olarak tanımlanmaktadır. (78) Uzun süreli bakım gereksinimi olan kişilerin güçlendirilmesindeki amaç sağlık çalışanları ile ilişkilerinde kendi yaşamlarındaki kontrolü ele almalarını sağlamaktır. Kronik hastalıklar ise doğası gereği sürekli ve uzun süre bakım ve destek gerektirir. Kronik hastalıklarda güçlendirmeye dayalı bir ilişkide bilgi, beceri ve güven sağlıkçıdan hastaya doğru aktarılır. Sonuç olarak hastanın sağlık çalışanlarına ihtiyacı azalır ve tek başına da bazı durumları yönetebilir.(40) Diyabetli hastalarda kan glikozu yönetimi konusunda hastayı güçlendiren stratejilerle müdahalelerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Yine bu konuda yapılmış randomize kontrollü çalışmalarda kendi elektronik kayıtlarına ulaşan hastaların DM, depresyon ve HT gibi hastalıklarda sonuçlarının iyileştiği yönündedir. Hasta güçlendirme stratejilerinin sağlık bakım sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmektedir ve gelecekte uygulamaları şekillendireceği yönünde işaretler vardır.(40) Bu amaçla hastayı bilgilendirmek, hastaya riskleri anlatmak ve neden gerekli değişiklikleri yapması gerektiğini hastaya anlatmak, hastanın farkındalığını artıracak ve hastalık yönetimine katılımı sağlayacaktır.(79)

Çalışmamızda ünvanlara göre yönetiminde en çok sorun yaşanan kronik hastalıklara baktığımızda DM ve KOAH, astım ve inflamatuvar hastalıklar açısından anlamlı fark vardır.DM açısından pratisyen hekimlere göre %70,8 belirtilen zorluk, asistan ve uzman hekimlerde %45-52 sıklıktadır. Bunun nedeni pratisyen hekimlerin DM ilaçlarını reçeteleme ve DM raporu çıkarma konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmemesi olabilir. KAOH ve astım yönetiminde zorluk yalanması açısından asistan hekimlerin sıklıkları daha düşüktür. Çalıştıkları merkezlerde bu hastalara imkanlar doğrultusunda daha rahat müdahale etmeleri birinci basamak şartlarına göre daha muhtemeldir. Birinci basamak şartlarında KOAH ve astım atağına müdahale edecek ekipman, laboratuvar ve görüntüleme desteği, takiplerde değerlendirmek için ise spirometrik testler yoktur. Bu noktada bu hastaların takip amaçlı hastanelere gitme olasılığı daha yüksektir. Muhtemelen bu grup hastalar ASM’ye raporlu ilaçlarının reçetelenmesi için başvurumaktadırlar.

Ünvan gruplarına göre hastaların tedaviye direnç durumları açısından tüm gruplar açısından DM ilk sıradadır. Dört grup arasında HT açısından anlamlı farklılık

vardır ($p<0,001$). Asistanlara göre HT'de tedaviye direnç yüksektir. Uzman hekimlerde ise daha düşüktür.

ASM ve akademik kurumlarda çalışma durumuna göre yönetiminde en çok sorun yaşanan hastalık DM'dir. ASM'de bu oran anlamlı derecede yüksektir. ($p<0,001$) KOAH ($p<0,001$), astım ($p=0,012$), inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ($p=0,041$) yönetiminde anlamlı fark vardır. Bu hastalıkların yönetiminde ASM imkanlarının kısıtlı olması bu hastalıkların birinci basamakta daha zor yönetilmesine neden olabilir.

DSÖ ile beraber yapılan Türkiye BOH raporu kapsamında BOH'lar için kardiyovasküler hastalıklar ve DM'nin birinci basamakta teşhisi ve yönetilmesi Türkiye'de aile hekimliğini güçlendirme çalışmaları önünde duran bir zorluk olarak ifade edilmiştir. Mevcut durumda aile hekimliğinde, kronik hastalıklara yönelik taramalar sistematik değildir. Birinci basamakta aile hekimlerinin kullanabileceği rehberler mevcut değildir. Kronik hastalıkların çoğu hastanelerde uzmanlar tarafından yönetilmektedir. Hastanelerde farklı uzmanlar tarafından değerlendirilen hastaların aile hekimleri tarafından kardiyometabolik yaklaşım çerçevesinde bütüncül değerlendirmeye ihtiyaçları vardır. Yine rapor kapsamında BOH'a karşı önleyici ve tedavi edici her alanda etkili hizmet vermek adına mevcut sorunlar ve gelecekte yapılması planlanan birçok konuda görüşülmekle beraber aile hekimlerinin BOH yönetiminde daha etkin hale getirileceği açıktır. Bu noktada aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları sayısını artırmanın yanı sıra, sevk sistemi getirilmesi gerekliliği noktasında durulmaktadır. Hem aile hekimlerine pozitif performans hem de kronik hastalıkların takibinin 2. ve 3. basamakta caydırıcılığına yönelik planlar yapılmaktadır ve kademeli olarak uygulamaya konacağı belirtilmektedir. (13)

Bütün bu gelişmeler kapsamında aile hekimleri de kronik hastalıklar ile ilgili sürecin ve problemlerin farkındadırlar. 2017'de TAHUD girişiminde düzenlenen *Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimi Çalıştay Raporu'na* göre mevcut problemler belirlenmekte ve öneriler sunulmaktadır. *Genel mevzuat, HT, DM ve KOAH* grupları dahilinde ülkemizdeki kronik hastalıkların durumu, neler yapılabileceği ve mevcut sorunlar üzerinde değerlendirilerek yapılmıştır. Aile hekimlerinin bu çalıştayda *genel mevzuat, HT, DM ve KOAH* gruplarındaki oturumlarda belirttikleri ortak kaygı; birinci basamağın kronik hastalıkların yönetiminde uygun biçimde yapılandırma, donatma ve

güçlendirme konusunda kamu otoritesine çok iş düştüğü, bu sorunlar giderilmeden birinci basamakta kronik hastalıkların yönetilmesi yönünde uygulamaya geçilmesinin daha önce yaşanan sorunlara çerçevesinde halk tarafından başarısızlık olarak değerlendirileceği ve aile hekimlerine karşı güven kaybına neden olacağı yönünde belirtilmiştir. Bu noktada sağlık bakanlığının gerçekçi bir plan çerçevesinde hareket etmesi ve birinci basamak sorunlarının çözümünü kronik hastalıklar ile mücadelede öncelikli değerlendirmesi gerekliliği yönündedir. (76)

TAHUD çalıştay raporuna göre 4 oturumdan Hipertansiyon grubunun önerilerine göre öncelikli olarak sadece HT'nin değil tüm kronik hastalıkların birinci basamağa entegrasyonunun sağlanması gerekliliğidir. HT yönetiminde hekimlerin rehberlerle desteklenmesi, hasta kayıtlarına ulaşılabilirlik, ASM'de, aile hekimleri ve ASE'lerin hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi istenmektedir. ASM'de idrar ve glomerüler filtrasyon oranı (GFR) değerlendirilebilmesi, gerekirse 2. basamak merkezlerden tetkik istemi imkanı sağlanması istenmektedir. İlginç olan bir diğer öneri ise diğer dal uzmanlıklarının eğitim programına aile hekimliği rotasyonunun konması gerekliliğidir. Bu şekilde aile hekimliğinin diğer hekimler ve branşlar tarafından anlaşılması ve daha sonradan entegrasyon ve koordinasyonu kolaylaştıracak görüşü sunulmaktadır. Bir diğer vurgulanan nokta ise hastaların da sorumluluk alması, sağlık okur yazarlığı ve yaşam tarzı değişikliği yapmaları gerekliliğidir.(76) Hekimler HT yönetimi açısından daha fazla enstrümana ihtiyaç duymaktadır.

TAHUD Çalıştay DM grubuna göre; DM için birinci basamakta aile hekimlerine Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından getirilen tedavide ilaç kısıtlamaları, DM takibinde aile hekimlerinin katkıda bulunmasını engellemektedirler. Komplike DM hataları için ‘‘yeşil liste ‘‘ye ekleme seçenekleri bulunmaması ayrıca 2./3. basamakta yapılan tahlillere ulaşamaması nedeni ile gereksiz tekrarlanan tahlillerin yapılması, mevcut DM rehberlerinin birinci basamakta uygulamaya uygun olmaması, aile hekimlerinin de ulaşabileceği diyetisyen, DM eğitim hemşiresi ve fizyoterapistlerin olması konusunda şikayetleri vardır. Aslında hekimlerimiz mümkün olduğunca bu kronik hastalık yönetimine katılmak istemektedirler ancak bilgi eksikliklerini tamamlama ve hastalığın tanı ve tedavisi için gereken hizmetlere ulaşım güçlüğü mevcuttur.(76)

KOAH grubunda ise en önemli güçlükler: KOAH yönetiminde aile hekimleri KOAH ilaçlarının büyük çoğunluğunu reçete edememektedir, tanı olanakları zorluğu nedeni ile hastaların sürekli sevk edildiği konusunda zorlanmaktadırlar. Sigara bıraktırma sertifikası alımının güçlüğü de belirtilmektedir. Önerileri ise hekimlerin tanı koyabilme adına ulaşılabilir bir merkezde tercihen TSM bünyesinde SFT yaptırabilmesi. Tanı sonrası tedavi ve takibin de yapılabilmesi adına gerekli eğitimlerin verilmesi ve bu konuda pozitif performans getirilmesi, aile hekimlerinin tanımlanmış sevk zinciri oluşturularak (örneğin 10 AH için bir konsültan) danışılabilir bir göğüs hastalıkları uzmanı olması, sevk sonrası AH'ye geri bildirim yapılması zorunluluğu olması, hekimlerin inhaler ilaç reçete edebilmesidir.(76)

Çalışmamızda yönetiminde sorun yaşanan ve hastanın tedaviye direncinin en yüksek olduğu 3 hastalıktan ikisi (DM ve KOAH) ve yine örneklemimizde en sık görülen kronik hastalık olan HT TAHUD Çalıştay'ının da ana konularıdır. Bu hastalıkların ASM şartlarında yönetilmesi konusunda çoklu etkenlerin olduğu açıktır. Hastaların uyumu, fiziksel şartlar, hekimlerin yetkileri ve hekimlerin eğitim eksiklikleri çerçevesinde kronik hastalıkların yönetiminde sorun yaşanmaktadır. Özellikle TAHUD Çalıştay Raporu'na göre hekimler bu yönetime aktif katılmak istemektedirler. Sadece zamanlama açısından endişelidirler. Mevcut sorunların çözümlenmesi ve iş yükünün azaltılması sonrasında kronik hastalıkların da takibine katılmaya gönüllülerdir.

5.4.Meslek Yılı

Çalışmamızda meslekte 20 yıl üstü ve altı çalışma deneyimi olan hekimleri incelediğimizde iki grup arasında yaş ($p<0,001$), cinsiyet ($p<0,001$), halen çalışılan kurumdaki ortalama süre uzunluğu ($p<0,001$), daha önce çalışılan kurumlardan TSM ($p<0,001$), DH ($p<0,001$), EAH ($p=0,037$), ÜH ($p<0,001$) VE SO'da ($p<0,001$) çalışmış olma sıklıkları açısından anlamlı fark vardır. Bu sonuçlara göre; 20 yıl üstü mesleki deneyimi olan hekimler çoğunlukla ASM'de çalışan pratisyen hekimlerdir. Sağlık ocağında çalışmış olma durumları anlamlı olarak daha fazladır. 20 yıl altı meslek deneyimi olan hekimler ise çoğunlukla üniversite ve EAH'ta eğitimlerine devam eden asistan hekimlerdir. Bu grubun TSM, DH, EAH ve HÜ'de çalışmış olma durumları daha

fazladır. ASM’de çalışmış olma durumları açısından anlamlı fark yoktur. Bunun nedeni ise Sağlık Bakanlığı’nın SO’da görevli hekimleri ASM’ye atamış olması ve yeni mezun hekimler ile de ASM’yi desteklemiş olmasından dolayı olabilir.

Çalışmamıza göre 20 yıl üstü çalışma deneyimi olan hekimlerin günlük hasta sayıları daha fazladır($p<0,001$). Sonuç olarak hastalara ayrılan süre daha kısadır. ($p<0,001$) 20 yıl üstü grubu oluşturan hekimlerin ASM’de çalışan hekimler olduğunu düşünerek bu sonuç beklenmektedir. İki grup arasında en sık başvuru nedenleri içinde 20 yıl altında çalışma deneyimi olanların kontrol muayene ve rapor yazdırma nedenleri daha sıktır. Bu durum grubu oluşturan hekimlerin ağırlıklı olarak 2. ve 3. basamakta çalışan asistan hekimler olmasından dolayı olabilir.

5.5. SAHU Asistanları ve Pratisyen Hekimlerin Karşılaştırılması

Çalışmamızda SAHU asistanları ve pratisyen hekimlerin yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,028$) Bu durum meslekte çalışma beklentisi daha uzun olan hekimlerin uzmanlık programına katılma konusunda motivasyonlarının yüksekliğinden dolayı olabilir. İki grup arasında günlük hasta sayıları, hastalara ayrılan süre, kronik hastalık yönetiminde yaşadıkları güçlükler ve en çok sorun yaşanan ve tedaviye dirençli hastalıklar açısından anlamlı fark yoktur. SAHU asistanları halen ASM’de görev yapan hekimlerdir. Pratisyen hekimler ile aynı şartlarda çalışmaktadırlar bu nedenle arada fark olmayabilir. Ancak rehber kullanımı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,020$) SAHU asistanları %76,5, pratisyen hekimler ise %47,1 sıklıkla rehber kullanmaktadır. SAHU asistanlarının uzmanlık eğitimleri nedeni ile farkındalıkları ve kullanma sıklıkları daha yüksek olabilir.

5.6.Rehberler

Çalışmamıza göre hekimlerin %57,3 kronik hastalıkların yönetiminde ulusal ve uluslararası tanı ve tedavi rehberlerini kullandıkları bulunmuştur. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*’na göre hekimlerin rehber kullanımı Türkiye çapında %45, Ege Bölgesi için %49,3 olarak bulunmuştur.(2) Saygılı ve ark. akılcı ilaç kullanımı üzerine yaptıkları çalışmada hekimlerin reçeteleme yaparken başvurdukları kaynaklar arasında tanı tedavi rehberlerinin kullanım sıklıkları

%51,3'tür.(80) Yine Saygılı'nın aile hekimleri ve KDT uygulamaları ile ilgili diğer çalışmada da "Sağlık Bakanlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için İlk Kez 2003 yılında yayınladığı ve son olarak 2012 yılında güncellemiş olduğu Tanı ve Tedavi Rehberi hakkında bilgi sahibi olma durumu" için verilen cevaplar doğrultusunda aile hekimlerinin rehberi kullanma sıklıkları ise (ara sıra ve sık sık kullananlar toplamada) %49,2'dir.(81) TEMD diyabet rehberi oluşturulması noktasında ciddi katkıları olan Satman ve ark. yaptığı ADMİRE çalışmasında; %54,2 ile aile hekimlerinin Türkiye'de diyabet rehberine yatkınlığını beklenenin altında (suboptimal) bulunmuştur. (20) Çalışmamızdaki rehber kullanım sıklığı diğer çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Özellikle *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'ndan belirgin olarak yüksektir. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'nda evren kırsal ve kentsel alanda yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ise katılım daha çok kentsel ilçelerden olmuştur. Ayrıca *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'nda belirtildiği üzere batı bölgelerinde rehber kullanım oranları daha yüksektir. Bizim çalışmamızın da Ege'nin en merkezi ve gelişmiş ili olan İzmir'de yapılmış olması bu sıklığı yükseltmiş olabilir. Literatürdeki çalışmalar sahada çalışan aile hekimleri üzerinde yapılmıştır.(2, 80-82) Bizim çalışmamızda akademik personel ve eğitimleri devam etmekte olan asistan hekimlerin de örneklemimiz içinde olması yine rehber kullanım sıklığını artırmış olabilir. Rehber kullanım sıklığı tüm çalışmalardan yüksektir *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması* haricindeki diğer çalışmalar ile değerler birbirine yakındır. Rehber kullanımı noktasında bulgularımız uyumludur.

Satman'ın değindiği diğer bir nokta da; rehberleri uzman hekimlerin ve üniversite düzeyinde görev yapan hekimlerin, sahada görevli aile hekimleri ve devlet kurumlarında çalışan hekimlerden daha iyi takip ettikleridir.(83) Bizim çalışmamızda da akademik grubun rehber kullanım sıklığı en yüksek bulunmuştur. Akademisyen ve uzman hekimlerin her ikisinde de farkındalıkların tam olmasına rağmen akademisyenlerin tamamı ancak uzmanların ise %66'7'lik kısmında rehber kullanımı olması, uzman hekimlerin sahada çalışıyor olmasına, bu nedenle hasta görüşmelerinin ve rutinlerinin daha yoğun olması ve yeterli zaman bulamamalarına bağlı rehber kullanım oranlarının düşük olmasının nedeni olabilir. Asistan hekimlerin rehber kullanım sıklığı %66,4 ile uzmanlardan hemen sonra gelmektedir. Bu oran uzman hekimler ile hemen hemen

aynıdır. Rehberlerin aile hekimliği asistanlığı eğitimlerinin bir parçası olması bu oranın yüksekliğini açıklayabilir. Özellikle uzmanlık sınavına doğru aile hekimliği asistanlarının rehberlerle ilgili farkındalıkları ve bilgi düzeyleri artmaktadır. Yalnız çalışmamızda asistan hekimlerin %4,2'lik bir kısmının rehberlerden haberdar olmadığı sonucuna ulaşıldı. Nitekim asistan hekimlerin neden rehber kullanmadıkları sorusuna %20 nasıl kullanılacağını bilmedikleri, %8,6 ise alanları ile ilgili rehberlerden haberdar olmadıkları yanıtları alınmıştır. Bu durum bu katılımcıların, asistanlık eğitiminin başındaki asistanlar olmalarından dolayı olabilir.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin rehber kullanım sıklığı %49,6 ile Türkiye *Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'nın Ege bölgesindeki hekimlerin rehber kullanma sıklığı (%49,3) ile uyumludur. Ancak diğer ünvan gruplarından belirgin derecede düşüktür. Asistan hekimlerin günlük rutinlerinin yoğun olması, ASM'nin negatif performans nedeni ile yoğun kâğıt işlerinin olması bu sıklığın düşük olmasının nedeni olabilir. Ancak uzman aile hekimlerinin de aynı şartlarda çalıştığı düşünülürse pratisyen hekimlerin uzman aile hekimlerine göre eğitim azlığı olması en başında farkındalık sıklıklarının düşüklüğünü açıklamaktadır. Çünkü daha önce de belirtildiği gibi aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir parçası klinik uygulama rehberleri tarafından desteklenmedir. Yine de ASM'de çalışan tüm hekimler (uzman ve pratisyen hekimler) açısından değerlendirildiğinde rehber kullanım sıklığı %52,9 ile yine de Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nın az da olsa üzerindedir.

Çalışmamızda hekimlerin %5,1'i bu rehberlerden haberi olmadığını bulunmuştur. Ünvanlara göre ise bu pratisyen hekimler için %6,6, asistan hekimler için %4,2'dir. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında bu oran Türkiye için %9,6, Ege Bölgesi için 8,3'tür. (2)Pratisyen hekimlerin rehberlerden haberdar olmama sıklığı genel ortalamamızdan yüksek olsa da bu sıklık da yine Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'ndaki değerlerden daha iyi bir sonuçtur. (2) Yine Saygılı'nın aile hekimleri ve KDT uygulamaları ile ilgili diğer çalışmasında da "Sağlık Bakanlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için ilk kez 2003 yılında yayınladığı ve son olarak 2012 yılında güncellemiş olduğu Tanı ve Tedavi Rehberi hakkında bilgi sahibi olma durumuna"na yönelik verilen cevaplar doğrultusunda *aile hekimlerinin rehberlerden hiç haberi olmama oranı* %10,4'tür. (81) Çalışmamızdaki oranların Türkiye

Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması ve Saygılı'nın çalışmasından daha iyi olması yine çalışmanın İzmir ilinde yapılması ve çalışma evreninin kapsamından (akademisyen ve asistan hekimlerin varlığı) dolayı olabilir. Linan ve arkadaşlarının Çin 'de yaptığı kapsamlı bir çalışmada hekimler düzeyinde rehberlerden haberdar olmama sıklığı %10'dur. Bu oran Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması ile benzer ancak bizim sonucumuzdan yüksektir.(84) Tugay'ın 2015 tarihli "Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberlerine yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi" isimli tezinde Türkiye çapında %25 sıklıkla ulaştığı aile hekimlerinin ilgili rehberler hakkında bilgi sahibi olmama sıklıkları %51,1 olarak bulunmuştur.(43) Tugay'ın çalışmasındaki sıklık belirgin yüksektir. Türkiye çapında bir veri vermesi açısından değerlidir. Bu çalışmada sıklığın yüksekliği soruda belirtilen rehberlerin bilinmemesinden dolayı da yüksek çıkmış olabilir. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması kapsamında hekimlere yöneltilen soru "Kronik hastalık kapsamında kullanılan ulusal ve uluslararası rehberleri kullanıyor musunuz?"dur ve bu sorunun içeriği daha kapsamlıdır. Türkiye ortalamasını daha doğru yansıtıyor olabilir.

ASM ve akademik kurumlarda çalışan hekimlerin rehber kullanma sıklıkları arasında anlamlı fark vardır($p=0,018$). Akademik kurumlarda rehber kullanım sıklığı daha yüksektir. Akademik kurumlarda eğitim faaliyetleri kapsamında bu beklenen bir sonuçtur. Ayrıca ASM'de hekimlerin iş yükünün akademik kurumlara göre daha fazla olması da ASM'de rehber kullanım sıklığını etkileyen bir faktör olabilir. Rehber kullanmama nedenleri arasında iki grup için de birinci neden motivasyon yokluğu, ikinci sıklıkta zaman yokluğu üçüncü sıklıkta ise yabancı dil engelidir. İki grup arasında zaman yokluğu açısından ASM anlamlı olarak daha yüksektir($p=0,013$).

Çalışmamızdaki sonuçlara göre; hekimlerin rehber kullanmama nedenleri açısından en sık neden olarak motivasyon yokluğu (%58,8), zaman yetersizliği (%49,3) ve yabancı dil engeli (%29,1) olarak bulunmuştur. Daha az sıklıkla rehberlerin nasıl kullanılacağına bilinmemesi, alanları ile ilgili rehberlerden haberdar olunmaması, rehberdeki bilgilerin doğruluğuna güvenilmemesi, günlük pratik ile çelişeceği, erişim güçlüğü ve performans ödemesi olmayışı belirtilen diğer nedenlerdir.

Ünvan grupları (Asistan/uzman/pratisyen hekimler) açısından değerlendirildiğinde rehber kullanılmaması konusunda en sık belirtilen neden yine motivasyon eksikliği olmuştur. Bu oran %71,4 ile uzmanlarda en yüksektir. Daha sonra asistanlar %62,9 ve en

son olarak da %55,6 ile pratisyen hekimler gelmektedir. Ancak gruplar arasında motivasyon eksikliği açısından anlamlı fark yoktur. Zaman azlığı yine 2. en sık nedendir. Zaman azlığı %55,6 pratisyenler ve %50 ile uzmanları da asistan hekimlerden (%31,4) belirgin oranda yüksek belirtilmiştir. Bunun nedeni ASM de çalışan pratisyen ve uzman hekimlerin iş yükünün fazlalığı olabilir. Yabancı dil engeli üçüncü en sık belirtilen neden olmasına rağmen uzman hekimler tarafından belirtilmemiş, pratisyen ve asistan hekimler için bir sorundur. Rehberlerden şüphe edenler 5 kişi olarak pratisyen hekimler ve asistan hekimlerdir. Çelişecek endişesi %14,3 ile en çok uzman hekimlerdedir, performans ödemesi olmaması sadece 5 pratisyen hekim tarafından belirtilmiştir. Erişim kısıtlılığı ise en çok pratisyen hekimlerin sorunu olarak görülmektedir. Nasıl kullanıldığını bilmeyenler en çok asistan hekimler, ikinci sırada pratisyen hekimlerdir. Alanı hakkında rehberlerden haberdar olmayanlar ise en çok pratisyen hekimleridir.

Kısaca özetlersek zaman ve motivasyon azlığı hem çalışma evrenimizde hem de kıyaslanan gruplar içinde en sık nedenlerdir. Pratisyen hekimler yabancı dil engeli, erişim ve performans konusunda daha endişelidirler. Uzman hekimlerin ise doğruluk, erişim, performans ve yabancı dil engeli konusunda bir kaygısı yoktur. (Akademik kadronun tamamı rehberleri kullanmaktadır. Bu nedenle bu başlık altında tartışılmamıştır.)

Cabana ve ark. Yaptığı 1999 yılına ait hekimlerin neden rehberleri takip etmediği hakkındaki yaptıkları sistematik derlemeye göre incelenen 76 makalede 293 farklı neden bulunmuştur; nedenleri *bilgi*, *tutum* ve *davranış* başlıkları altında gruplamışlardır. Ancak çalışmaların bir kısmının kalitatif olmasında dolayı net bir oran bildirilememektedir yine de sonuç olarak motivasyon eksikliği, eylemsizlik (sorunun farkında olma ancak konu hakkında harekete geçmeme), alışkanlıklar gibi ağırlıklı olarak hekimlerin tutumlarını kapsayan durumlar vurgulanmaktadır.(35) Çalışmamızdaki nedenleri Cabana'nın çalışmasındaki (35) bilgi tutum ve davranış başlıkları altında grupladığımızda; hekimlerin belirttiği nedenlerin yüzdesel dağılımı şu şekildedir; %17,6 bilgi, %4,2 tutum ve %74 davranışa bağlı engeller nedeni ile rehber kullanmadıkları görülmüştür. Çalışmamıza göre hekimlerin rehber kullanmamasındaki en büyük engel davranışları ile ilgilidir. Bu demek oluyor ki çalışmamızdaki hekimlerin çoğu gereken bilgi ve tutuma sahiptir ancak uygulama aşamasına geçememektedirler.

Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında hekimlerin yoğun iş yükü, kişisel deneyim azlığı ve bazen de bilgi eksikliği nedeni ile yeterli

seviyede rehber kullanılmadığı belirtilmektedir.(2) Saygılı'nın KDT uygulamalarının önündeki engeller konusunda KDT konusunda eğitim eksikliği %66,7, zaman yetersizliği %45,7, Türkçe kaynak yetersizliği %44,4 ve motivasyon eksikliği %37 sıklıkla en sık bildirilen nedenlerdir. Bizim çalışmamızda motivasyon eksikliği %58,8 ile Saygılı'nın çalışmasından belirgin olarak yüksektir. Ancak zaman yetersizliği konusunda bulgular uyumludur. (%49,3) Türkçe kaynak yetersizliği ve bizim çalışmamızdaki yabancı dil engeli oranlarına bakarsak çalışmamızda bu oran belirgin düşüktür. Daha az belirtilen nedenler rehberlerdeki bilgilere olan güvensizlik, rehberin nasıl kullanılacağını bilmeme ve nasıl erişileceğini bilmeme gibi nedenler belirtilmiştir. Genele baktığımızda iki çalışma arasındaki nedenler ve oranları benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmanın da aile hekimleri üzerinde yapılmış olması bu uyumun kaynağı olabilir.

Gené-Badiaa ve ark. yaptığı kalitatif bir çalışmaya göre rehber kullanımına engel olan nedenler arasında yeterli zaman yokluğu, rehberlerin referans kaynak olarak görülmeşi ve hastanın asıl ihtiyacının ikinci planda kalması gibi nedenler belirtilmiştir. Özellikle üzerinde durulan bir nokta ise hekimin otonomisine karşı görülen bir müdahale olarak algılandığı, hekim ve hasta görüşmesinde hekimin tecrübelerinin ve hastaya spesifik tedavinin planlanmasının daha önemli olduğu vurgulanmıştır.(85) Çalışmamızda da bazı hekimler deneyimlerinin yeterli olduğunu bu nedenle rehber kullanımının gerekli olmadığını ve kendi gözlemlerinin daha önemli olduğunu belirtmişlerdi.

Çalışmamızda uluslararası rehberler için yabancı dil bilgisi eksikliği de üçüncü en sık nedene olarak yanıtlanmıştır (%10,9). Linan ve ark. Çin'de yapılan çalışmada yabancı dil engeli %16,2 ile rehber kullanımı da zorluk oluşturmaktadır.(84) Bu noktada yabancı dil engeli bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Ancak Gené-Badiaa'nın İspanya-Katalonya'da yapılan çalışmada ise farklı dillerde ulaşılabilir rehberlerin olmasının rehber kullanımını artıracığı yönündedir. Bu durum bir Avrupa ülkesi olan İspanya'nın İngilizce ve diğer dillere daha fazla aşina olmasına bağlı olabilir. (85)

Linan ve arkadaşlarının çalışmasında rehber kullanımına dair engel olarak en çok eğitim eksikliği, erişim zorluğu ve rehberlerin farkında olunmaması olarak belirtilmiştir. Linan'ın çalışmasında evren hekimlere ek olarak birinci basamağın diğer çalışanları olan hemşire ve yardımcı personelden de oluşmaktadır, ayrıca Çin'deki coğrafi durum ülkenin her bölgesine sağlık hizmeti götürmekte zorluk oluşturmakta ve birinci basamak sağlık

sisteminin gelişim aşamasında olması da rehber kullanımına yönelik öncelikli nedenleri değiştirmiş olabilir. (84)

James ve ark. New York'ta aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada rehberler ile ilgili tutumlarını değerlendirdiği çalışmada hekimlerin rehberleri eğitim aracı olarak önemsediklerini, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) gibi merkezlerin yazdığı rehberlere, devlet kurumları ve sigorta şirketlerinin yazdığı rehberlerden daha çok güvendiklerini belirtmişlerdir. Ancak genel değerlendirmede aile hekimlerinin rehberleri kullanım oranları düşük bulunmuştur, hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri daha çok tercih ettikleri bulunmuştur. Ayrıca kullanımın artırılması için rehberlerin mevcut sistemde uygulama ve dağıtımının artırılması gerekliliği belirtilmiştir. (34) Bizim çalışmamızda rehberlere karşı olan güvensizlik daha az derecede belirtilmiştir. Amerika'daki sağlık sigortalarının gereği hekimler rehberleri takip etmek durumundadırlar. Ancak ülkemizde böyle bir yaptırım yoktur.

İspanya-Katalonya'da birinci basamakta sağlık sisteminin performansa göre ödeme şemaları doğrultusunda sistemin sağladığı rehberleri düzenli kullanmak durumundadırlar. Ancak klinik uygulama rehberlerinin yeterince pratik olmayışı ve hekimlerin özerkliğini engelleyecek derecede bürokratik yük getiriyor olmasından yakınılmaktadır. Bunun yanında birinci basamakta karşılaşılan sorunlara yönelik çok da yol gösterici değillerdir. Yaptıkları kalitatif çalışmaya göre hekimler hasta muayenesi için yeterli zaman olmadığını, rehberlerin hastaya özel tedaviden çok standardize tedavi öneriyor olması, kullanımının pratik olmadığını ve rehberlere dayalı birçok bürokratik iş yükü oluştuğunu ve hekimin kendi özerkliğini sınırladığını belirtmişlerdir.(85)

Lugtenberg ve ark.'nın 2009'da Hollanda'da genel pratisyenler üzerinde yaptıkları kalitatif bir çalışmada hekimlerin rehberlerin önerilerine uymama nedenlerini incelemişlerdir: En çok belirtilen engel rehberlerin fikir birliğinin olmadığıdır. (Kanıt yetersizliği ya da uygulanabilir olmaması) (%68) İkinci en sık neden olarak çevresel etmenler; zaman yetersizliği, kaynak kısıtlılığı, geri ödeme eksikliği ve organizasyon kısıtlılıkları (%52), üçüncü en sık olarak sık sık değişen ve güncellenen rehberler ili ilgili bilgi eksikliği (%46) ve dördüncü en sık neden olarak ise rehberlere bağlı nedenler, rehberlerin belirsizliği ve net olmaması, tamamlanmamış ve güncel olmaması, kullanımını kolay olmamasıdır.(86) Çalışma kalitatiftir ancak yalnızca genel pratisyenlerin üzerinde yapılmış olması ve geniş bir grup rehberin de eş zamanlı

incelenmesi çalışmanın güçlü yönüdür. Avrupa’da ve Amerika’da yapılan derleme ve çalışmalarda yukarıda belirtilen nedenler farklı oranlarda belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda hekimler genel olarak sunulan seçeneklere yönelmiştir ve açık uçlu olan *diğer* seçeneğini büyük oranda boş bırakmışlardır. Bu çalışmadaki gibi ayrıntılı cevaplarımız olmayışı ve rehber kullandığını belirten hekimlerin bu konudaki daha ayrıntılı soru sormayı çalışmamızın zayıf noktasıdır ve bu noktada daha ileri yorum yapmamıza engel olmaktadır. Ayrıca rehber kullanımının hekimler arasında yaygın olmayışı nedeni ile hekimlerimizin rehberlerin kullanımı ile ilgili engeller konusunda fikir belirtmemiş olması da olasıdır.

Dünya çapında özellikle kronik hastalıkların tüm ülkelerin sağlık sistemine büyük oranda yük olması, eş zamanlı tıp literatüründe hızla artan bilgilerin güncel tıpta KDT zemininde kullanılmak istenmesi rehberlerin oluşmasını hızlandırmıştır. Bu rehberlerin bir bölümünün birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımına yönelik olması için ayrıca çaba gösterilmektedir. Avrupa Birliği Ülkelerinin Kronik Hastalık Rehberleri konusundaki raporuna göre; Rehber geliştirme ve uygulama konusunda İngiltere, Fransa, Hollanda gibi rehber sistemi oluşturulmuş ülkeler ile yapılanmasını geliştirme aşamasında olan ülkeler yanında henüz planlama aşamasında olan ülkeler de mevcuttur.(18) Ülkemize baktığımızda; Türkiye’de sağlık alanındaki sivil toplum kuruluşları(STK) (Türk Kardiyoloji Derneği-Hipertansiyon Kılavuzu, TEMD-Diabetes Mellitus Kılavuzu, Türk Toraks Derneği- Astım ve KOAH kılavuzu vs.)ve Sağlık Bakanlığı’nın rehberleri mevcuttur. Bu rehberlere aile hekimlerinin erişimine açıktır. Çekiç ve arkadaşlarının analizinde ülkemizde bulunan 959 STK’nın 47 tanesinin klinik uygulama rehberlerinin olduğu, bu STK’lardan 3 tanesinin rehberlerine erişim için üyelik şartı arandığı, diğer 47 STK’nın yayınladığı 401 rehberle açık erişim olduğu belirtilmektedir. Yine bu analize göre %72,3’ü de novo yöntem ile geliştirilmiş, %16,4 ise çeviri rehber olduğu saptanmıştır.(30) Ancak STK rehberleri daha çok ilgili branşın uzmanlarına ve onların hastane ortamındaki teknik şartları dahilinde günlük pratiklerine uygun şekilde basılmışlardır. Birinci basamak için kullanımı çok pratik değildir. Ayrıca düşük prevalans hekimliği uygulaması yapan aile hekimlerinin rehberlerde bahsedilen ayrıntılı bilgilere çok nadir ihtiyacı olmaktadır. Bu da rehberi inceleyen hekimi rehberden uzaklaştırmaktadır. Diğer tarafta Sağlık Bakanlığı da konunun önemini görmüş ve birinci basamak tanı ve tedavi rehberlerinin geliştirilmesine başlanmıştır ancak bu rehber henüz

taslak aşamasındadır.(31) Sağlık Bakanlığı en son 2014 yılına kadar yayınlanmış olan tüm sağlık çalışanlarına yönelik farklı yayınları E-kütüphane kapsamında erişime sunmaktadır.(32)Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı itibariyle Finlandiya Tıp Birliği Duodecim ile yaptığı anlaşma kapsamında Kanıta Dayalı Tıp Rehberinin (EBMG-Evidence Based Medicine Guidelines) elektronik versiyonunun kullanımı başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin erişimine açılmıştır.(33) Aile hekimlerinin günlük iş yüklerinin yoğunluğu ve birinci basamak hizmetlerinin daha çok aşılama, gebe ve çocuk takiplerine odaklanmış olması, henüz kronik hastalıkların yönetimi konusunda yapılandırılmamış olmasından dolayı aile hekimleri rehberleri kullanmamaktadır ya da çok az kullanmaktadır. Çalışmamıza göre İzmir deki aile hekimlerinin rehber kullanmama nedenleri daha çok davranış (zaman ve motivasyon düşüklüğü) ve bilgi (haberdar olmama, yabancı dil kısıtlılığı) bağlamındaki engeller nedeni ile kullanılmamaktadır. Türkiye de aile hekimlerinin ve birinci basamak çalışanlarının rehber kullanımı hakkında yapılmış yeterince çalışma yoktur. Mevcut çalışmalar ise diyabet, akılcı ilaç kullanımı gibi belirli konular üzerine yapılmıştır. Bizim çalışmamızda da bu konuda kısıtlı veriye ulaşılmıştır. Rehber kullanımı konusunda kullanım sıklıkları, kullanım konusundaki engeller ve rehberlerin kullanım zorlukları hakkında gerek kapsam gerekse sayı açısından yeni çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

5.7. Veri Formu Sonuçları

Çalışmamıza katılan hekimlerin PACİC ölçeğinden yararlanılarak oluşturulmuş olan veri formundan ve alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamasına göre kendilerini *orta-iyi* seviyede değerlendirmişlerdir. Veri formu puan ortalaması $3,67 \pm 0,56$ 'dır. Literatürde çalışmamıza benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak hastalar üzerinde PACİC ölçeği ile yapılan çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde ise kısıtlı sayıda çalışma olup çoğu 2. ve 3. basamak merkezlerde yapılmıştır. En son 2017'de İzmir Balçova ilçesinde birinci basamakta yapılmış bir çalışmada hastaların kronik hastalık bakımı yönünden puan ortalamaları $2,41 \pm 0,84$ 'tür ve bu çalışma yurt içi çalışmalarda en düşük PACİC ortalamasıdır. (68) İncirkuş'un PACİC geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre örneklem grubunda ölçek ortalaması $2,44 \pm 0,90$ 'dır. (20) Dede ve ark. çalışmasında ise $2,81 \pm 0,86$ 'dır ve ülkemizde yapılan çalışmalarda en yüksek ortalamadır. (69) Ülkemiz ve yurtdışı yayınlar dahilinde hastalara uygulanmış PACİC ölçek değerlendirmeleri

açısından literatürde yapılan çalışmalara göre hastaların değerlendirmelerine göre ölçek ortalama puanları 3.2 (Glasgow ve ark.) ile 2,4 arasındadır.(26, 68-75) Çalışmamızda hekimlerin veri formu puan ortalamalarının PACİC puan ölçeğinden daha yüksek olmasının nedeni hekimlerin kendilerini yüksek puanlandıracak şekilde subjektif değerlendirmelerinden dolayı olabilir.

Çalışmamızda alt ölçeklerin puan ortalamaları açısından en yüksek puan ($3,97\pm 0,70$) *hastanın katılımını sağlama* başlığında, sonrasında sıra ile *problem çözme* ($3,75\pm 0,72$), *izlem koordinasyon* ($3,65\pm 0,66$), *karar verme desteği* ($3,64\pm 0,63$) ve *amaç belirleme/rehberlik* ($3,48\pm 0,69$) başlıklarındadır. Çalışmamızda *amaç belirleme/rehberlik* alt ölçeği haricinde hekimler ölçekten yüksek puan almışlardır (3,5 üstü). Yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarında hastalara uygulanan PACİC değerlendirme sonuçlarına göre ise alt ölçek puanlarının sıralanması çok farklıdır. Çalışmaların çoğunluğunda en yüksek puanlar karar verme desteği için verilmiştir. Sonra sırası ile problem çözme, hastanın katılımını sağlama, amaç belirleme /rehberlik gelmektedir. En sonda ise izlem ve /koordinasyon alt ölçeği vardır. Hastaların gözünden hekimler hastaları yeterince takip etmemektedirler. Hekimler bu konuda daha iyimserdir. (3. Sırada) Hekimlere göre ise en üstte olan ‘‘hastanın katılımını sağlama’’ hastaların gözünde 3. sıradadır. Bu farklılık hasta ve hekimlerin kronik hastalık yönetimindeki odak noktalarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hekimin önceliği rahatsızlığı gidermek ya da tanı koyduğu hastalığı tedavi etmektir. Bu doğrultuda planladığı tedavinin uygulanması açısından hastanın tedaviye katılımı hekim için daha öncelikli olabilir. Hastalar ise şikayetlerinin azalmasını ve günlük hayatlarını devam ettirmeyi hedeflemektedirler. Bu noktada hekimlerden beklentileri yüksektir. Bu nedenle izlem ve koordinasyon konusunda daha düşük puan vermiş olabilirler.

Çalışmamızda hekimlerimiz veri formunda hastaların katılımını sağlama alt ölçeği kapsamındaki 3 soru içinden ‘‘ilaçlar ile ilgili sorun yaşarlarsa bilgi vermeleri’’ konusunda 20 soru içinde en yüksek puanı vermişlerdir. Diğer iki sorunun ortalaması da yüksektir. Bu nedenle *hastanın katılımını sağlama* puan ortalaması yüksek sonuçlanmış olabilir. (Bkz. Ek 1. Anket formu)

Hastalar açısından en düşük puanla değerlendirilen *izlem/koordinasyon* alt ölçeğinde hekimler kendilerini yetkin olarak değerlendirmişler ve kendilerine yüksek puan vermişlerdir. Eser’in çalışmasında göre $1,86\pm 0,98$ olan ortalama puan bizim

çalışmamızda $3,65 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin bu alt ölçeği değerlendiren 5 soru içinde ‘kontrol dışında da durum değerlendirmesi için hastalarına ulaştıkları’ maddesine 20 madde içinde en düşük puanı vermişlerdir ancak ‘‘hastaların dal uzmanlarına, diyetisyen ve eğitim hemşirelerine gitmelerini önermeleri’’ ve’’ bu görüşmeler ile ilgili geri bilgi aldıkları’’ yönündeki maddelerde ortalamaları 4’ün üzerindedir. (Bkz. Ek 1. Anket formu) Bu durum alt ölçek ortalama puanını artırmış olabilir. Ayrıca aile hekimlerinin hizmet verdiği nüfus ile sürekli etkileşim içinde olması sayesinde hekimler hastalarını takip edebilmektedirler. Bu nedenle de hekimler kendilerini izlem/koordinasyon konusunda daha yetkin değerlendirmiş olabilirler. Amaç belirleme/rehberlik hekimlerin ortalamasının en düşük olduğu alt ölçektir. Hastalarında izlem koordinasyon alt ölçeğinden sonra en düşük seviyede belirttikleri noktadır. Bu alt ölçekte yöneltilen 5 soruda hastalara hastalık dışında, hastanın yaşam tarzı ve tedaviden beklentileri ile ilgili soruların da sorulup sorulmadığı değerlendirilmektedir. (Bkz. Ek 1. Anket formu) Mevcut hasta yükü ve hastalara ayrılan kısa süre nedeni ile hekimler bu konuda yeterli müdahaleyi yapamadıkları için daha düşük puanda değerlendirmeler yapmış olabilirler.

Çalışmamızda cinsiyet açısından karşılaştığımızda; kullandığımız veri formundan kadın hekimler erkek hekimlerden daha yüksek puan almışlardır. *Karar verme desteği* alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,007$) Karar verme desteği alt ölçeğinde değerlendirilenler, hastanın tedaviyi anlamasını sağlayacak şekilde bilgi verilmesi ve hastanın bakımının düzenlenmesini kapsar. Kadın hekimlerin erkek hekimlere göre hastaları ile iletişime daha açık olmalarından dolayı puanları daha yüksek olabilir. Roter ve arkadaşlarının hekimin cinsiyetinin tıbbi iletişime etkisi hakkında yaptıkları metaanaliz sonuçlarına göre hekimlerin verdikleri sağlık hizmetinin kalitesi ve içeriğinden bağımsız olarak kadın hekimlerin görüşmelerde bilgi almak için psikososyal konularda dahil olmak üzere hastaların özel hayatlarına ilişkin daha geniş kapsamlı soru sordukları bulunmuştur. Yine erkek meslektaşlarına göre hastalar ile görüşme süreleri anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur. Genel sonuç olarak kadın hekimlerin hasta ile iletişimlerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir.(87)

Çalışmamızın sonucunda ünvanlar arasında veri formları kıyaslamasında en yüksek puanları tüm başlıklarda akademisyenler almıştır. En düşük puanları ise hastanın katılımını sağlama ve karar verme desteği alt ölçeklerinde pratisyen hekimler, diğer alt ölçeklerde ve veri formu ortalamasında ise asistan hekimler almıştır. Ünvan grupları arasında *karar verme desteği* ($p=0,049$), *amaç belirleme/rehberlik* ($p=0,020$), *problem çözme* ($p=0,003$) ve *veri formu ortalaması* ($p=0,032$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Akademisyenlerin alt ölçek ortalamaları karar verme desteğinde pratisyen hekimlerden, amaç belirleme/rehberlik başlığında pratisyen ve asistan hekimlerden, problem çözme ve veri formu ortalamasında ise tüm gruplardan anlamlı olarak yüksek bulundu. Akademisyenlerin diğer üç gruba göre hastaya ayrılan süre açısından avantajlı olduklarını düşünürsek hastalarına daha fazla bilgi verebileceklerdir. Ayrıca meslek tecrübelerinin de asistan hekimlerden daha fazla olması beklenmektedir. Bu kriterler göz önüne alındığında ölçek ortalamalarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Asistan hekimler uzman hekimlerden amaç belirleme/rehberlik, pratisyen hekimlerden ise problem çözme ortalamaları açısından anlamlı olarak düşüktür. Asistan hekimlerin daha genç olması ve eğitimlerinin halen devam ediyor olması nedeni ile mesleki tecrübeleri azdır. Ayrıca eğitim sürecinde hastalardan birinci düzeyde sorumlu değillerdir. Ancak ASM'de çalışan uzman ve pratisyen hekimler için hastalarının memnuniyeti daha önemlidir çünkü hasta ile sürekli temastadır ve hastasından sorumludur. Ayrıca çalışmamızda pratisyen ve uzman aile hekimlerinin yaş ortalaması ve meslek yılları asistan hekimlerden yüksektir. Bu doğrultuda daha tecrübelilerdir. Bu faktörler açısından asistan hekimler daha düşük ortalamaya sahip olabilirler.

ASM ve akademik kurumda çalışanların veri formu ortalamaları, hastanın katılımını sağlama ve karar verme desteği haricinde ASM'de çalışan hekimlerde daha yüksektir. Hasta katılımını sağlama alt ölçeğinde akademik kurumların ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir. Akademik kurumların hasta sayısı ve hastaya ayrılan süre açısından daha avantajlı olmaları hastaların tedavi açısından görüşlerinin alınması ve hastaya seçenek sunma açısından bir avantajdır. Bu durum hastanın katılımını artıracaktır. Yine karar verme desteği kapsamında hastaya daha fazla bilgi vermek akademik kurumların çalışma şartlarında daha mümkündür. Bu nedenle akademik kurumların ortalaması daha yüksek bulunmuş olabilir. Diğer tarafta amaç belirleme/rehberlik,

izlem/koordinasyon ve problem çözüme alt ölçeklerinin kapsamında ASM'de çalışan hekimler daha avantajlıdır çünkü bu 3 alt ölçek hasta için tedavi planlarken hastanın kişisel, çevresel özelliklerini, tercihlerini ve engellerini bilme durumunu ve izlemlerini yapmak için takipte olmayı kapsar. ASM hekimlerinin kendilerine kayıtlı belirli bir nüfusu takip ediyor olmaları, hastaları biyopsikosozal olarak değerlendirmelerine imkan sağlamaktadır. Eğitimleri gereği sık birim değiştiren aile hekimi asistanlarının aynı hasta ile tekrar karşılaşma ihtimali düşüktür. Bu durum iki grup arasındaki kıyaslamada diğer alt ölçeklerde ASM ortalamalarının daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği ve veri formu puanları ortalaması kıyaslamalarına göre sürenin yeterli olduğunu düşünen hekimlerin ortalamaları veri formu ortalamasında ve alt ölçekler açısından bakıldığında diğer iki gruptan yüksektir. Hastanın katılımını sağlama alt ölçeğinde ise sürenin yeterli olduğunu ve yetersiz olduğunu düşünen hekimler arasında anlamlı fark vardır. Hastanın katılımını sağlama kapsamında hastanın görüşlerini almak ve ortak karara varmak adına soruların sorulmasını kapsar. Bu eylemlerin yapılması açısından hastanın zamana ihtiyacı vardır. Hastaya yeterli süre ayırabilen hekimlerin ortak karar verme sürecine hasta katılımını sağlama sıklıkları daha fazla olabilir.

Kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda güçlük yaşamadıklarını belirten hekimlerin veri formu ve alt ölçek ortalamaları daha yüksektir. Bunun nedeni hizmet sunumunda daha rahat olan hekimlerin hastalara ayrılan süre ve günlük hasta sayısı açısından daha avantajlı olmasından dolayı olabilir. Bir diğer nokta da bu hekimlerin mesleki birikimi ve hastaların yönetimi konusundaki kişisel becerilerinden de kaynaklanıyor olabileceğidir. Akademisyenlerin hastaya ayırdıkları sürenin pratisyen hekimlere göre daha fazla olması ve teorik anlamda bilgilerinin sürekli güncelleniyor olması nedeni ile ortalamaları daha yüksek olabilir

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmaya 393 aile hekimi katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması $42,50 \pm 10,82$ ve %46,6'sı kadındır. Hekimlerin %57,5'i pratisyen hekim, %30,3'ü asistan hekim, %10,7'si uzman aile hekimi ve %1,6'sı akademisyendir. Hekimlerin %65,9'u ASM'de, %32,6'sı akademik kurumlarda çalışmaktadır.

Günlük başvuran hasta sayısı ortalama $49.1 \pm 24,3$ 'tür. ASM'de günlük bakılan hasta sayısı $61,0 \pm 18,9$, akademik kurumlarda ise $25,8 \pm 14,2$ 'dir. Günlük gelen hasta sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır. ($p < 0,001$)

Hekimlere göre, hastaların en sık başvuru nedenleri %51,1 şikâyet varlığı, %41,2 ilaç talebi nedeniyledir.

Hastalara ayrılan süre ortalama $8,3 \pm 4,8$ dakikadır ASM'de hastalara ayrılan süre $6,7 \pm 2,9$ dk./hasta, akademik kurumlarda $11,2 \pm 5,5$ dk./hastadır. İki grup arasında hastalara ayrılan süre açısından anlamlı fark vardır. ($p < 0,001$)

Katılımcılar çoğunlukla (%50,6) sürenin yetersiz olduğunu düşünmektedir ve bu katılımcılara göre gereken süre ortalaması $18,0 \pm 5,9$ dakikadır

Katılımcılara göre en sık başvuran kronik hastalıklar sırası ile HT (%79,9) ve DM'dir (%28,8). Katılımcıların %17,6'sı kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunumunda güçlük yaşamaktadır %56,5'i bazen güçlük yaşamaktadır. Katılımcılara göre kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri %61,6 ilaç tedavisine uyum sağlanmaması, %78,4 ilaç dışı tedaviye (diyet, egzersiz vb.) uyum sağlanamamasıdır.

Hekimlerin, yönetiminde en çok sorun yaşadıkları kronik hastalıkların sıklıkları sırasıyla DM, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH'tır.

Hekimlere göre, tedavide en çok direnç gösterilen/tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıkların sıklıkları yine sırasıyla DM, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH'tır.

Katılımcıların %57,3'ü kronik hastalıklar için hazırlanmış tanı ve tedavi rehberlerini kullanmaktadır, %37,7'si (n=148) rehber kullanmamaktadır. Kalan %5,1'i (n=20) ise bu tür rehberlerde haberdar değildir.

Rehber kullanmayan hekimlerden %58,8 günlük pratiklerinde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonlarının olmaması, %49,3 rehberleri kullanmak için yeterli zamanlarının olmaması, %29,1 uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dil yeterliliklerinin olmaması nedeniyle rehber kullanmadıklarını belirtir.

Sonuç: Dünyadaki uzun geçmişine kıyasla Türkiye’de henüz yeni olan aile hekimliği sistemine 2010 yılında ülke genelinde tamamen geçilmesiyle halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı da artmıştır. Ancak mevcut aile hekimi sayısı yeterli değildir. Ayrıca aile hekimlerinin iş yükü ve hekim başına düşen kayıtlı nüfusu gelişmiş ülkedeki düzeylerin çok üzerindedir. Bu nedenle hekimler kısıtlı zamanda çok hasta bakmaya çalışmaktadırlar.

Kronik hastalık yönetimi için koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin uygun şekilde planlanması gerekmektedir. Türkiye’de kronik hastalıkların birinci basamak hizmetlerinde yönetimi konusunda müdahaleler yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı da aile hekimlerinin kronik hastalıkların yönetiminde daha etkin olabilmesi için çalışmalara başlamıştır ve uygulamada değişiklik yapılması planlanmaktadır. Ancak günümüzde aile hekimleri kronik hastalık yönetiminde çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar. Özellikle pratisyen hekimlerin yetkilerinin kısıtlılığı kronik hastalık yönetiminde aktif rol oynamalarını engel olmaktadır. Ayrıca kronik hastalıkların takip ve tedavileri için gerekli tahlil ve tetkiklerin tamamı ASM’lerde yapılamamaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi konusunda güncel tanı ve tedavi rehberlerini en çok da motivasyon ve zaman eksikliği nedeni ile takip edememektedirler.

Aile hekimlerinin nitelik ve niceliklerinin artırılması, birinci basamak bakımının güçlendirilmesi ve aile hekimlerinin gerek eğitim gerek yasa ve yönetmeliklerle desteklenmesi ile mevcut sorunların çözülmesi, ek olarak birinci basamak için tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi, elektronik ortamdaki ulaşılabilen entegre bilgi sistemleri için gerekli alt yapıların oluşturulması sonrası aile hekimlerimiz de kronik hastalık yönetiminde daha aktif rol alabileceklerdir.

Öneriler;

Aile hekimi uzmanlarının sayısı artırılmalıdır. Sahada çalışan aile hekimlerinin sıklığının uzman hekim yönünde artması sağlanmalıdır. Gelişmiş ülkelerdeki gibi aile hekimi uzman oranının tüm uzmanların %50'si olacak seviyeye getirilmesi için gerekli asistanlık kadroları açılmalıdır.

Aile hekimlerinin nüfusu azaltılmalıdır. Yeterli hızda azalma sağlanamıyorsa hekim dışı sağlık çalışanlarının yapabileceği hizmetler doktorların üzerinden alınmalıdır. ASM'de yardımcı sağlık personeli sayısı artırılmalıdır.

Aile hekimlerinin günlük rutinlerinin büyük kısmını kapsayan poliklinik hizmetinin belli günlerle sınırlandırılarak koruyucu sağlık hizmetleri yönünde de hizmet vermesi amaçlanmalıdır. Aile hekimlerine de hastanedeki hekimler gibi randevu sistemi getirilmesi değerlendirilmelidir. Ayrıca dal uzmanları tarafından raporlanan ilaçların reçetelenmesi aile hekimlerinin çok zamanını almaktadır. Bu konuda da düzenleyici müdahaleler yapılmalıdır.

Türkiye'ye kanıta dayalı tıp temelinde ve ülkenin ihtiyaçlarına özgü rehberlerin geliştirilmesi ve ortak bir veri tabanı oluşturulması için Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan hareketin hızla yapılandırılması gerekmektedir. Rehber geliştirilmesi aşamasında rehberlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olması ve sık görülen hipertansiyon ve DM gibi kronik hastalıkların birinci basamak kurumlarında yönetimine yönelik uygulanabilir rehberlerin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın, akademisyenlerin, sahada çalışan aile hekimlerinin ve dal uzmanlarının iş birliği yapması sağlanmalıdır.

Geliştirilen rehberlerin uygulanabilirliği ve etkinliği değerlendirilerek düzenli aralıklarla güncellemeler yapılmalı ve özellikle de elektronik bilgi sistemleri yardımı ile sisteme entegre edilmelidir. Rehberlerin hekimlere yardımcı birer araç olarak geliştirilmesi, rehberlerin ek iş yükü getirmemesi dikkate alınması gereken bir noktadır.

Geliştirilen rehberlerin hekimler tarafından kullanımını sağlamak için elektronik ortamda erişim sağlanması, kapsamlı rehberlerin yanında özet ve şemalarında hazırlanması ve basılı materyaller oluşturulması etkili olabilir.

Etkili elektronik bir hasta veri sistemi kurularak hekimlerin, hastaların kayıtlarına hızlı ve kolay ulaşması sağlanmalıdır. Hekimler bu elektronik bilgi sistemine girerek kayıtlı verilere istedikleri zaman erişebilmelidirler.

Genel ve yerel kampanyalar ve sağlık politikaları yoluyla hastaların da bilinçlenmesi, sağlık okur yazarlığı oluşturulması ve sağlıklı veya hasta tüm bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını almaları konusunda farkındalık geliştirilmelidir.

Hastalara üst basamak sağlık hizmetlerine sevk zorunluluğu ve ilgili hekimlerin sevk edilen hastalar hakkında, aile hekimlerine geri bildirim zorunluluğu getirilmesi, aile hekimlerinin hastalar ve meslektaşları içindeki yaptırım gücünü ve saygınlığını artıracaktır. Böylece kendine kayıtlı hastanın tıbbi müdahale sürecinde dışlanmamış olacak, doğrudan hareketin içinde olacaktır.

7. ÖZET

Giriş: Kronik hastalıkların sıklığı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Kronik hastalık yönetimi tüm ülkelerde sağlık sistemini zorlamaktadır. Dünyada kronik hastalık yönetimi için en çok kabul gören model Kronik Bakım Modelidir. KBM, etkili kronik hastalık yönetimi için birinci basamağı işaret etmektedir. Bu doğrultuda gelişmiş ülkelerde kronik hastalıkların yönetiminde birinci basamak hizmetlerinin gücünden yararlanılmaktadır. Birinci basamak sistemlerinin daha etkili çalışabilmesi için KDT temelinde birinci basamak için geliştirilen rehberlere gereklidir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı İzmir’de birinci basamakta çalışan uzman veya pratisyen aile hekimleri ile aile hekimliği asistanlarının ve akademisyenlerin kronik hastalıkların yönetimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikteki çalışma, 15 Eylül 2017-15 Kasım 2017 tarihleri arasında İzmir’de birinci basamakta çalışan aile hekimleri (uzman ve pratisyen) ile İzmir’de bulunan üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerindeki aile hekimliği anabilim dallarında bulunan aile hekimliği asistanları ve akademisyenlerle yürütülmüştür. Çalışmada veriler anket ve PACİC ölçeğinden yararlanılarak oluşturulan veri formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS version 22 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 393 hekim katıldı. Günlük hasta sayısı $49,1 \pm 24,3$ ’tür. En sık başvuru nedeni %51,1 şikâyet varlığıdır. Hastalara ayrılan süre $8,3 \pm 4,8$ dakikadır. Katılımcıların %50,6’sı sürenin yetersiz olduğunu belirtmiştir. En sık başvuran ilk iki kronik hastalıklar HT (%79,9,) ve DM’dir (%28,8). Bu hastalara hizmet sunmanın en önemli güçlükleri %61,6 ilaç tedavisine uyumsuzluk, %78,4 ilaç dışı tedaviye uyumsuzluktur. Hekimlerin, yönetiminde en çok sorun yaşadıkları kronik hastalıklar sırasıyla DM, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH’tır. Tedaviye uyumun en zayıf olduğu kronik hastalıklar sırasıyla DM, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH’tır. Katılımcıların %57,3’ü tanı ve tedavi rehberlerini kullanmaktadır. Rehber kullanmayanların (%37,7), %58,8’i rehberleri kullanmak için yeterli motivasyonlarının olmadığını, %49,3’ü zamanlarının olmadığını belirtmiştir.

Sonuç: Türkiye’de aile hekimliği sistemine yeni geçilmesine rağmen halkın birinci sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı giderek artmaktadır. Ancak mevcut aile hekimi sayısı yeterli değildir. Ayrıca aile hekimlerinin iş yükü ve hekim başına düşen kayıtlı nüfusu gelişmiş ülkedeki düzeylerin çok üzerindedir. Diğer tarafta artan kronik hastalık yükü aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimine katılımını gerektirmektedir. Bu amaçla müdahaleler yapılması gerekmektedir. Ancak günümüzde aile hekimleri kronik hastalık yönetiminde çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar. Özellikle pratisyen hekimlerin yetkilerinin kısıtlılığı kronik hastalık yönetiminde aktif rol oynamalarını engel olmaktadır. Ayrıca kronik hastalıkların takip ve tedavileri için gerekli tahlil ve tetkiklerin tamamı ASM’lerde yapılamamaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi konusunda güncel tanı ve tedavi rehberlerini en çok da motivasyon ve zaman eksikliği nedeni ile takip edememektedirler.

Aile hekimlerinin nitelik ve niceliklerinin artırılması, birinci basamak bakımının güçlendirilmesi ve aile hekimlerinin gerek eğitim gerek yasa ve yönetmeliklerle desteklenmesi ile mevcut sorunların üzülmesi, birinci basamak için tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi, elektronik ortamdaki ulaşılabilen entegre bilgi sistemleri için gerekli alt yapıların oluşturulması sonrası aile hekimlerimiz de kronik hastalık yönetiminde daha aktif rol alabilirler

Anahtar kelimeler: kronik hastalık yönetimi, aile hekimliği, klinik tedavi rehberleri

8.ABSTRACT

Introduction: The frequency of the chronic diseases is increasing both in the world and in our country. Management of the chronic diseases compels the health system in all countries. The best-accepted model for chronic disease management in the world is the Chronic Care Model (CCM). CCM points to the primary health care for the effective chronic disease management. In this direction, the primary health care services are utilized in the management of the chronic diseases in the developed countries. For the primary care systems to function more effectively, guidelines developed for the primary care based on evidence-based medicine are required.

Objective: The objective of this study is to evaluate the knowledge, attitudes, and behaviors of family physicians working as specialists or practitioners working in primary health care centers, family physician residents and academicians on chronic disease management in İzmir.

Materials and Methods: The cross-sectional study was conducted with family physicians (specialists and practitioners) working in primary care centers in İzmir and family physician residents and academicians in family medicine departments of the university hospitals and educational research hospitals in İzmir between September 15, 2017, and November 15, 2017. The data used in the study were gathered using the questionnaire and data form prepared by using the PACIC scale. The data were analyzed with the SPSS program version 22.0.

Findings: 393 physicians participated in the study. The number of patients per day was 49.1 ± 24.3 . The most common cause of the reference was the presence of a complaint with 51.1%. Duration of the spent time to the patients was 8.3 ± 4.8 minutes. 50.6% of the participants stated that the time was insufficient. The first two most frequent chronic diseases were HT (79,9%) and DM (28,8%). The most important difficulties in providing service to these patients were the incompatibility with drug treatment (61.6%) and non-drug treatment incompatibility (78.4%). The chronic diseases which physicians had the most problems in managing them were DM, psychiatric diseases, and COPD, respectively. Chronic diseases with the weakest compliance to the treatment were DM, psychiatric diseases, and COPD, respectively. 57.3% of the participants used diagnosis and treatment guidelines. Among the physicians who did not use guidelines (37.7%), 58.8% of them stated that they did not

have enough motivation to use the guidelines, while 49.3% of them stated they had no time for it.

Conclusion: Although the family physician system is newly put into practice in Turkey, the frequency of the applications to the primary health care is increasing. However, the number of available family physicians is not sufficient. In addition, the workload of family physicians and the registered population per physician is well above the levels than in the developed countries. On the other hand, the increasing chronic illness burden requires family physicians to be a part of the chronic disease management.

Interventions are needed for this purpose. Today, however, family physicians have various difficulties in chronic disease management. In particular, the limitation of the authority of the general practitioners prevents them from playing an active role in chronic disease management. Furthermore, all the analyzes and examinations required for the follow-up and treatment of chronic diseases could not be performed in FHCs. They cannot follow the current diagnosis and treatment guidelines for chronic disease management, mostly for reasons such as the lack of motivation and the time.

Family physicians could take an active role in the management of the chronic diseases after increasing the quality and quantity of family physicians, strengthening primary care and solving existing problems by supporting family physicians not only with education, but also with laws and regulations, the development of diagnostic treatment guidelines for primary care, and the establishment of the necessary infrastructure for integrated information systems that can be accessed from the electronic environment.

Key Words: chronic disease management, family practice, clinical treatment guidelines



9.KAYNAKLAR

1. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. HALK SAĞLIĞI. ANKARA: ANKARA ÜNİVERSİTESİ; 2011.
2. T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI. TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI ÇALIŞMASI ANKARA: 2018, NİSAN 12; 2013. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases 2017, April 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
4. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health affairs. 2009;28(1):75-85.
5. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv Res. 2002;37(3):791-820.
6. Mackey K, Parchman ML, Leykum LK, Lanham HJ, Noel PH, Zeber JE. Impact of the Chronic Care Model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. Primary care diabetes. 2012;6(2):137-42.
7. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. Bmj. 2000;320(7234):569-72.
8. Akman M. Family practice and chronic care model. Turkiye Aile Hekimligi Dergisi. 2010;14(1):32-7.
9. Bodenheimer T. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. Jama. 2002;288(14):1775.
10. BİLİR N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ. 2006 Eylül;25(3).
11. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010 APRİL. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=06820AB523F46B11DEB6B27E6ADF1E86?sequence=1.
12. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2014 2014, JULY. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1.
13. JAKAB M, Hawkins L, Loring B, Tello J, Ergüder T, Kontaş M. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2 Türkiye Ülke Değerlendirmesi. TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU 2014.
14. ÖZPANCAR N, FESCİ H. HİPERTANSİYON VE YAŞAM KALİTESİ.
15. Delaware Health Care Commission. Chronic Illness and Disease Management. 2004.
16. Haskett T. Chronic Illness Management: Changing the System. Home Health Care Management & Practice. 2016;18(6):492-4.
17. [improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org). the Chronic Care Model 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2.
18. Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union. 2013.
19. İrgil E. Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir. Available from: http://halk-sagligi.uludag.edu.tr/ucuncu_sınıf_dosyalar/Emel_irgil_zorunlu/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf.

20. İNCİRKUŞ K. Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracı'nın geçerlik ve güvenilirliği. İSTANBUL: T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ; 2010.
21. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Global journal of health science*. 2014;7(2):210-27.
22. A.A. R, Wagner E. *Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care?* 2003.
23. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*. 2008;372(9642):940-9.
24. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*. 2003;7(1):73-82.
25. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical care*. 2005;43(5):436-44.
26. Fan J, McCoy RG, Ziegenfuss JY, Smith SA, Borah BJ, Deming JR, et al. Evaluating the structure of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey from the patient's perspective. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2015;49(1):104-11.
27. İNCİRKUŞ K, NAHCİVAN NÖ. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(1):66-75.
28. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Bmj*. 1999;318(7182):527-30.
29. Legido-Quigley H, Panteli D, Brusamento S, Knai C, Saliba V, Turk E, et al. Clinical guidelines in the European Union: mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. *Health Policy*. 2012;107(2-3):146-56.
30. Çekiç İ, Kahveci R, Ayhan Baser D, Koc EM, Baydar Artantas A. Türkiye'deki Sivil Toplum Kuruluşlarının Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. *Ankara Medical Journal*. 2017;17(1).
31. Bakanlık S. <tanivetedavirehberi2012taslak.pdf> 2012. Available from: <http://www.medixahbs.com/documan/tanivetedavirehberi2012taslak.pdf>.
32. Bakanlık S. E-Kütüphane Sistemi [10.05.2018]. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinListesi>.
33. Bakanlık S. Kanıta Dayalı Tıp Rehberi 2014 [10.05.2018]. Available from: <http://rehber.sagem.gov.tr/rehber.aspx>.
34. James PA, cowan TM, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *The Journal of family practice*. 1997.
35. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*. 1999;282(15):1458-65.
36. WONCA. The European Definitions of General Practice/Family Medicine 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir. Available from: <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%20011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
37. TAHUD. Aile Hekimliği Uzman Eğitimi Çerçeve Programı. 2013.
38. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi: Türkiye Aile Hekimliği Vakfı.
39. BAKANLIĞI S. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.Ocak.2013 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir. Available from:

<http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102-gorusler/2372-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii.html>.

40. Olgun N, Ulupınar S. Hasta güçlendirme ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi. Diyabet Forumu. 2004;1(1-2):57.
41. Turhan ES. Aile hekimliği dünya veTürkiye uygulamaları: Aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. Ankara: Ufuk Üniversitesi; 2014.
42. McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği: Medikal Akademi Yayıncılık; 2012.
43. Tugay D. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. ANKARA2015.
44. Baran Çeçem K, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal. 2015;15(3).
45. BAKANLIĞI S. Sağlıkta Dönüşüm 2003. 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir.
46. ALGIN K, İ. Ş, TOP M. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3).
47. TÖZÜN M, ÇULHACI A, ÜNSAL A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir) TAF Prev Med Bull. 2008.
48. BAKANLIĞI S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 13.04.2013 tarihinde erişilmiştir. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>.
49. ŞENSOY N, BAŞAK O, GEMALMAZ A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi. 2009(10):49-56.
50. İNCİRKUŞ K, NAHCIVAN NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Internet]. 2011 13.04.2018]. Available from: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4592/102-109_incirkus.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
51. BAKANLIĞI S. Dünya sağlık örgütü işyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme yöntemi birinci basamak sağlık kurumları uygulaması 2014. Available from: https://www.medikalakademi.com.tr/?get_group_doc=1/1421432497-isyukune_dayali_personel_ ihtiyaci.pdf.
52. Tay Z. Assessment of workload and human capacity of family physicians in Manisa province in 2011. Turkiye Aile Hekimligi Dergisi. 2014;18(1):5-15.
53. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Medical Journal. 2015;15(4).
54. Muldoon L, Dahrouge S, Russell G, Hogg W, Ward N. How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. Healthcare policy = Politiques de sante. 2012;7(4):26-34.
55. www.resmigazete.gov.tr. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ.
56. Yardım M, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? 2017.
57. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14. The Lancet. 2016;387(10035):2323-30.
58. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Archives of internal medicine. 2009;169(20):1866-72.
59. Kalan GZ, Ster MP, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. Zdravniski Vestnik. 2012;81(6).
60. SAĞLIK BAKANLIĞI. FAALİYET RAPORU 2013. 13.04.2018 tarihinde erişilmiştir.

61. BAKANLIĞI S. <TC Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2014.pdf> 2014. Available from: TC Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2014.pdf.
62. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the Patient–Physician Relationship. *Journal of general internal medicine*. 1999;14(Suppl 1):S34-S40.
63. Geraghty EM, Franks P, Kravitz RL. Primary care visit length, quality, and satisfaction for standardized patients with depression. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(12):1641-7.
64. Kucukerdem HS, Arslan M, Koc EM, Can H. Retrospective Evaluation of Family Medicine Outpatient Clinic Profile at a Tertiary Hospital in İzmir. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2017;7(3):112-6.
65. GÖKÇE E. Bir üniversite aile hekimliği polikliniğinin hasta profili ve başvuru nedenleri. İZMİR: AYDIN MENDERES ÜNİVERSİTESİ; 2015.
66. Ciğerli Ö, Topsever P, Topallı R, Görpelioğlu S, Filiz TM. HEREKE FAMILY PRACTICE CENTER 2001: EVALUATION OF THE REASONS FOR OFFICE VISITS AND REFERRALS. *Turkish Journal of Family Practice*. 2007;7(1):18-22.
67. Ayhan Baser D, Kahveci R, Koç EM, Aksoy H, Yaşar İ, Baydar A. Mapping of the Current Guidelines's of the Most Common Diagnosed Top 10 Diseases in Turkey According to Turkish Statistical Institute Health Data and Evaluation of that Guidelines. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2016;36(2):65-72.
68. ESER S. Birinci basamakta kronik hastalıklarda kronik hasta bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2017.
69. Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, et al. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(3):239.
70. Apaydın KÇ, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İcen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkiye Aile Hekimligi Dergisi*. 2013;4(3).
71. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. *BMC health services research*. 2014.
72. Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer S, et al. Implementation of chronic illness care in German primary care practices—how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC health services research*. 2014;14(1):336.
73. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes care*. 2005;28(11):2655-61.
74. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10(1):104.
75. Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing chronic disease*. 2008;5(4):A113-A.
76. TAHUD. Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi 13.04.2018'de ulaşılmıştır. Available from: <http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/%C3%87ALI%C5%9ETAY%20RAPORU.pdf>.
77. Kambhampati S, Ashvetiya T, Stone NJ, Blumenthal RS, Martin SS. Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. *Current cardiology reports*. 2016;18(5):49.
78. WHO. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009. Available from: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>.

79. Association BM. Quality first: Managing workload to deliver safe patient care 2015 January. Available from: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Quality%20first%20managing%20workload%20to%20deliver%20safe%20patient%20care%20(2).pdf.
80. SAYGILI M, Özlem Ö. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2015;18(1).
81. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;4(3):104-10.
82. Yasar I, Kahveci R, Baydar Artantas A, Ayhan Baser D, Goksin Cihan F, Sencan I, et al. Quality Assessment of Clinical Practice Guidelines Developed by Professional Societies in Turkey. PloS one. 2016;11(6):e0156483.
83. Satman I, Imamoglu S, Yilmaz C, Group AS. Adherence to Guidelines and Its Effect on Glycemic Control During the Management of Type 2 Diabetes in Turkey: The ADMIRE Study. State of the Art of Therapeutic Endocrinology: InTech; 2012.
84. Zeng L, Li Y, Zhang L, Liu G, Zhang Y, Zhen S, et al. Guideline use behaviours and needs of primary care practitioners in China: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2017;7(9):e015379.
85. Gene-Badia J, Gallo P, Cais J, Sanchez E, Carrion C, Arroyo L, et al. The use of clinical practice guidelines in primary care: professional mindlines and control mechanisms. Gaceta sanitaria. 2016;30(5):345-51.
86. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implementation science : IS. 2009;4:54.
87. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication A Meta-analytic Review. Jama. 2002.

10.EKLER

EK.1. Anket Veri Formu

ANKET FORMU

A-Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1-Yaşınızı belirtiniz.....

2-Cinsiyetinizi belirtiniz.

a)Kadın b)Erkek

3-Mezun olduğunuz tıp fakültesini belirtiniz.

.....

4- Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yılı belirtiniz

.....

5-Halen çalıştığınız kurumu belirtiniz:

a)Aile Sağlığı Merkezi

b)Entegre Devlet Hastanesi

c)Eğitim Araştırma Hastanesi

d)Üniversite Hastanesi

e)Toplum Sağlığı Merkezi

f)Diğer (belirtiniz)

6-Halen çalıştığınız kurumun bulunduğu il ve ilçeyi belirtiniz.

İl:.....

İlçe:.....

7-Halen çalıştığınız sağlık kuruluşunda ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

..... yıl

8-Bu kurumda çalışmadan önce nerede çalışıyordunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a)Aile Sağlığı Merkezi

b)Toplum Sağlığı Merkezi

c)Devlet Hastanesi

d)Eğitim Araştırma Hastanesi(belirtiniz).....

e)Devlet Özel Dal hastanesi(belirtiniz).....

f)Üniversite Hastanesi(belirtiniz).....

g)Özel Hastane

h)Özel Poliklinik

ı) Sağlık Ocağı

i)Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması

j)Verem Savaş Dispanseri

k)Diğer (belirtiniz)

9- Ünvanınızı belirtiniz.

- a)Pratisyen hekim
- b)Asistan hekim
- c)Uzman doktor
- d)Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistanı
- e)Başasistan/Yrd.Doç.Dr
- f)Doç.Dr.
- g)Prof.Dr.
- h)Diğer(belirtiniz).....

10- Size günde ortalama olarak kaç hasta başvuruyor?.....hasta

11- Hastaların size en sık başvuru nedeni nedir?

- a) Şikâyet nedeni ile ilk başvuru
- b) Kontrol amaçlı başvuru
- c) Sevk amaçlı başvuru
- d) İlaç yazdırma amaçlı başvuru
- e) Rapor (sağlık raporu, istirahat raporu) amaçlı başvuru
- f) Diğer(belirtiniz).....
- g)

12- Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz?(Belirtiniz)

..... dakika

13-Sizce hastalarınıza ayırdığınız süre yeterli mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c)Bazen

14- Sizce hastalarınıza ayırdığınız süre yeterli değilse ne kadar süre ayrılması gerektiğini düşünüyorsunuz?

15-Size en çok başvuran kronik hastalık hangisidir?

.....

16-Kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunumunda güçlük yaşıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c)Bazen

17-Kronik hastalığı olan kişilere hizmet sunmanın en önemli güçlükleri nelerdir?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) İlaç tedavisine uyumun sağlanamaması
- b) İlaç dışı tedaviye (diyet, egzersiz gibi) uyumun sağlanamaması
- c) Hastaların düzenli kontrollere gelmemesi
- d) Sağlık uygulama tebliğinden kaynaklanan /ilaç seçimi vb sorunlar
- e) Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaya yeterli zaman ayıramamak
- f) Hastaların birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi
- g) Diğer (lütfen belirtiniz)

18-Yönetiminde en çok sorun yaşadığınız kronik hastalık nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hipertansiyon
- b) Diyabet

- c) Hiperlipidemi
- d) Koroner kalp hastalığı
- e) Tiroid hastalıkları
- f) KOAH
- g) Astım
- h) İnflamatuvar barsak hastalıkları
- i) Romatolojik hastalıklar
- j) Psikiyatrik hastalıklar
- k) Diğer(belirtiniz).....

19-Hastaların tedavide en çok direnç gösterdiği/tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalık sizce hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hipertansiyon
- b) Diyabet
- c) Hiperlipidemi
- d) Koroner kalp hastalığı
- e) Tiroid hastalıkları
- f) KOAH
- g) Astım
- h) İnflamatuvar barsak hastalıkları
- i) Romatolojik hastalıklar
- j) Psikiyatrik hastalıklar
- k) Diğer(belirtiniz).....

20-Kronik hastalıkların tanı ve tedavisi için hazırlanmış olan ulusal ve/veya uluslararası rehberleri düzenli olarak kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bu tür rehberlerden haberdar değilim

21-Neden kronik hastalıkların yönetiminde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmıyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- a) Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum.
- b) Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değildim.
- c) Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok.
- d) Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum.
- e) Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum.
- f) Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil.
- g) Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor.
- h) Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil.
- ı) Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok.
- J)
- Diğer(belirtiniz).....
-

B- Kronik hastalık yönetimi ile ilgili aşağıdaki tablodaki önermeleri günlük pratiğinizde ne kadar uygulayabildiğinizi belirtiniz.

1.Hiçbir zaman 2. Nadiren 3.Bazen 4.Çoğu zaman 5.Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Tedavi planını yaparken hastamın görüşlerini alırım.					
2. Tedavim konusunda karar vermesi için hastama seçenekleri sunarım.					
3. Hastamı, ilaçları ve etkileri ile ilgili bir sorun yaşarsa bana bildirmesi konusunda bilgilendiririm.					
4. Sağlığı için yapması gerekenleri hastama yazılı olarak veririm.					
5. Hastalarım genellikle bakımlarının iyi düzenlenmiş olmasından memnun kalırlar.					
6. Kendi bakımını sağlamak için yapacağı şeylerin sağlığını nasıl etkileyeceğini hastalarımaya açıklarım.					
7. Hastalarımaya tedavi sırasında/sonrası beklentilerinin/amaçlarının ne olduğunu sorarım.					
8.Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarını geliştirmesi için hastalarımaya yardım ederim.					
9.Tedavi planının bir kopyasını\örneğini hastama veririm.					
10. Hastalarımı, hastalıklarıyla baş etmede onlara destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik ederim .					
11. Hastalarımaya, sağlık alışkanlıklarıyla ilgili sorular sorarım.					
12. Hastalarımaya, gerekli olan tedaviyi önerirken onların değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alırım.					
13. Hastalarımaya, günlük yaşamında uygulayabileceği bir tedavi planı yapması için yardım ederim.					
14. Zor zamanlarında bile kendisine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda hastalarımaya yardım ederim? bilgi veririm?					
15. Hastalarımaya, hastalığının hayatını nasıl etkileyeceğini sorarım.					
16. Sağlık kontrolleri dışında da durumunu izlemek için hastalarımaya ulaşıyorum.					
17. Hastalarımı, hastalığı konusunda yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik ederim.					
18. Hastalarımı, diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacı olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendiririm.					
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmesinin hastamın tedavisine nasıl yardımcı olacağı kendisine açıklarım.					
20. Diğer hekimlerle yaptığı görüşmeler konusunda hastalarımaya bilgi alırım.					

EK2. Google Drive Anket Görüntüsü

← Kronik Hastalık Yönetimi Algısı

SORULAR YANITLAR 308

Bölüm 1/5

İZMİR'deki Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimi Algısı

Sayın katılımcı,

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "İzmir'deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı"dır. Bu çalışmanın amacı birinci basamakta çalışan uzman ve pratisyen aile hekimleri ile aile hekimliği asistanlarının kronik hastalıklar ve kronik hastalıkların yönetimi konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir. Bu ankette toplanan veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır. KİMLİK BİLGİSİ KESİNLİKLE İSTENMEMEKTEDİR. Ankete katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruları cevaplandırmak istemiyorsanız, bunu yapmakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz bile herhangi bir zamanda neden bildirmeksizin çalışmayı bırakabilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yaşınız. *

Kısa yanıt metni

2.Cinsiyetinizi belirtiniz. *

Kadın

Erkek

3.Mezun olduğunuz tıp fakültesini belirtiniz. *

Kısa yanıt metni

4.Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yılı belirtiniz. *

Kısa yanıt metni

5.Halen çalıştığınız kurumu belirtiniz. *

Aile Sağlığı Merkezi

Entegre Devlet Hastanesi

Eğitim Araştırma Hastanesi