

# Sürekli Bakım: Aile Hekimliği Uygulamasında Ne Yapıyoruz, Neler Yapmalıyız?\*

CONTINUITY OF CARE: THE CASE IN FAMILY PRACTICE IN TURKEY

Okay Başak<sup>1</sup>

## Özet

Sürekli bakım aile hekimliğinin temel ilkelerinden biridir. Sürekli bakım geleneksel olarak hastanın aynı hekimi görmesi anlamını taşır, hastayla hekim arasında kişisel bir ilişkinin gelişmesinde belirleyici olabilir. Bakımın sürekliliği, hizmetin kısa ve orta sürede ortaya çıkan birçok sonucunu olumlu etkilemekte ve özellikle hasta ve hekim memnuniyetini artırmaktadır. Bununla birlikte oldukça kişiselleşmiş bir bakım sunma çabası, aile hekiminin kişisel ve sosyal yaşamını zorlamaktadır. Son zamanlarda, bazı gelişmiş ülkelerde, hekime ulaşılabilirliği artırmak için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yapılan değişiklikler bakımdaki sürekliliği azaltma eğilimindedir. Ülkemizde de son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili reform girişimleri söz konusudur. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda aile hekimliği uygulama ilkelerinin benimsenmesi sürecinde, sağlık ocaklarıyla ilgili bazı düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Bu yazıda, sürekli bakımla ilgili gözlenen genel eğilimler çerçevesinde, ülkemizdeki aile hekimliği uygulaması için birinci basamakta yapılması gerekenler tartışılmaktadır. Sürekli bakım ve kişisel hekimlik, aile hekimi için kişisel ve sosyal maliyeti olmasına karşın hala iyi bir aile hekimliği uygulamasının vazgeçilmez bir parçasıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sürekli bakım, aile hekimliği, birinci basamak, Türkiye

## Summary

Continuity of care is one of the fundamental principles of family medicine. Continuity of care traditionally means care from one doctor over time and it may determine the degree to which a personal relationship between doctor and patient is allowed to develop. Seeing the same patients increases the doctor's job satisfaction in addition to patient satisfaction but requires personal commitment and high personal availability. Continuity of care may be declining with current trends in the organisational development of primary health care in some developed countries. Recently some reform efforts have been observed in the delivery of health services in our country. Some organisational changes in the health centres are necessary to adopt the principles of family practice in the delivery of primary health care services. In this paper, I tried to review the troubles with continuity of care and to interpret the developments and practices in primary care of our health care system in the light of general considerations about continuity of care. Although continuity of care is costly to deliver in the day-to-day service, personal doctoring is still an essential part of good family practice.

**Key words:** Continuity of care, family medicine, primary care, Turkey

**T**üm dünyada hükümetler, bir yandan sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmeye çalışırken, diğer yandan teknolojik ilerlemelerin ve artan hasta beklentilerinin yol açtığı; tıbbi bakım hizmetlerindeki maliyet artışlarını sınırlandırmaya çalışmaktadır.<sup>1,2</sup> Bu amaç-

la gerçekleştirilmekte olan reform çabalarının temeli, birinci basamak sağlık hizmetinin güçlendirilmesi ve ulusal sağlık sisteminin merkezinde yer almasıdır.<sup>1,3,4</sup>

Birinci basamak sağlık hizmeti, bir grup sağlık hizmeti ya da mesleki bir disiplin değil, bir uygulama or-

\* Makale içeriğinin bir bölümü, 27-30 Mart 2002 tarihlerinde Adana'da yapılan V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi etkinlikleri içinde yer alan 'Sürekli Bakım' panelinde sunulmuş ve kongre kitapçığında yer almıştır.

<sup>1)</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr.

tamıdır.<sup>1,5</sup> Sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturması, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon, birinci basamağın hemen tüm tanımlamalarda yer alan temel unsurlarıdır.<sup>1,6,7</sup> İşlevi sağlık hizmetlerinin yapılanmasından ve birinci basamağın örgütlenmesinden etkilenmekle birlikte<sup>8</sup> aile hekimliği bu çalışma yöntemlerine ve ilkelerine en uygun tıp disiplini ve uzmanlık dalıdır. Dolayısıyla bakımda süreklilik aile hekimliğinin başlıca ilkelerinden biridir.<sup>9</sup>

Pahalı ikinci basamak sağlık hizmetine olan talebi azaltması ve giderek daha kapsamlı hizmet sunması, dışarıdan denetime ve karşılaştırmaya açık olması, kolay ulaşılabilmesi, bilimsel verilere dayalı, etkili, sürekli ve kişiselleşmiş bir tıbbi bakım sunması, günümüzde modern aile hekimliği merkezlerinden beklenen başlıca işlevlerdir. Birinci basamağın, giderek artan iş yükünün hekimlerde yol açtığı tükenmişliği ve yılgınlığı önleyici, hekimlerin kişisel ve bilimsel olarak kendilerini geliştirmelerini ve işlerinden hoşnut olmalarını sağlayıcı şekilde örgütlenmesi, sağlık sistemleri ile ilgili reform girişimlerinin en çok tartışılan konularından biridir.<sup>10</sup>

Başta İngiltere olmak üzere birçok gelişmiş batı ülkesinin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda gözlenen gelişmeler, bakımda sürekliliğin sağlanmasını güçleştirmekte ve hastaları daha az kişisel hizmet alma tehlikesiyle karşı karşıya bırakmaktadır.<sup>10</sup> Sürekli bakım konusu ülkemiz açısından farklı bir durum ortaya koymaktadır. 1961 yılında çıkarılan "224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" yasası<sup>11</sup> çerçevesinde örgütlenen birinci basamak sağlık hizmetlerinin, günümüz Türkiye'sinin sorunlarına yanıt veremediği ve değişen gereksinim ve önceliklere göre sağlık ocağı modelinin özellikle kentsel bölgelerde yeniden gözden geçirilmesi gerektiği birçok kez vurgulanmıştır.<sup>12-14</sup> Yapılan çalışmalar, halkın sağlık ocaklarını kullanımında sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır.<sup>14,15</sup> Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili yasa ve yönergelerin vurgulanmış olmasına karşın, sağlık ocaklarında sürekli ve kişisel sağlık hizmeti sunumu konusunda henüz temel adımlar bile atılamamıştır.<sup>11,16,17</sup> Bununla birlikte son zamanlarda ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili yeni gelişmeler ve uygulamalar dikkati çekmektedir. Sağlık ocaklarında çalışan hekimler için bölge tabanlı kişisel hasta listelerinin oluşturulması, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda da döner sermaye uygulamasına geçilmesi ve işlevsel bir sevk zincirinin oluşturulmasına yönelik girişimlerin, aile hekimliği uygulamasının ülkemizde yerleştirilmesi ve özellikle bakımda sürekliliğin sağlanması yönünden irdelenmesi gerekmektedir.<sup>18</sup>

Kişiselleşmiş birinci basamak sağlık hizmeti sunmak olası mı? Yalnızca başka hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetleri koordine eden birinci basamak hekimi mi, yoksa birinci basamaktan beklenen tüm tıbbi hizmetleri sunabilecek aile hekimleri mi? Bunlar ülkemiz sağlık sistemini ve son zamanlarda dikkati çeken reform çabalarını değerlendirirken yanıtlamamız gereken sorulardır.

## Sürekli Bakım

Sağlık hizmetlerinde sürekliliği açıklayan çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Süreklilik kavramı farklı kişilere farklı anlamlar ifade edebilmekte ve tanımı ile ilişkili karışıklık sürmektedir.<sup>6</sup> Sürekli bakım geleneksel olarak hastanın aynı hekimi görmesi anlamını taşır.<sup>2,19</sup> "Bir hekimle ya da sağlık kuruluşuyla kurulan uzun süreli ilişki",<sup>20</sup> "düzenli olarak bir hekimden ya da sağlık kuruluşundan hizmet alma"<sup>21</sup> ve "sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak tek bir hekimden ya da sağlık kuruluşundan alma"<sup>22,23</sup> çeşitli araştırmacıların kullandıkları tanımlardır. Hastaların algılamalarına ve önceliklerine göre de tanımlamalar yapılmıştır.<sup>24</sup>

Starfield'e göre<sup>5</sup> sürekli bakım kavramı, hastaların aynı hekimi görme ya da her durumda ya da belli bir zaman döneminde aynı sağlık birimine başvurma derecesini tanımlar. Sorunu ne olursa olsun kişilerin bakımından çok, belli sorunların çözümüne odaklanır ve dolayısıyla birinci basamağın yanı sıra ikinci basamak uzman bakımının da bir özelliği olabilir.

Hizmetlerin sürekliliğini zaman ilişkisi içerisinde açıklayan sürekli bakım kavramı, bakımdaki ilişkiler boyutunu yeterince yansıtamamaktadır. Oysa aile hekimliği uygulamasında, aile hekimi ile hasta arasında kurulan kişisel ilişkinin önemi özellikle vurgulanmaktadır.<sup>25</sup> Bu nedenle Starfield,<sup>5</sup> "sürekli bakım" kavramı yerine birinci basamak sağlık biriminde aile hekimi ile hastalar arasında kurulan uzun süreli kişisel ilişkiyi de vurgulamak amacıyla longitüdünel ilişki (longitudinality) kavramını tercih etmekte ve bunun sağlık hizmetlerindeki süreklilik anlayışını daha iyi ifade ettiğini düşünmektedir.

Longitüdünel (uzunsal) ilişki, sağlıkla ilgili özel sorunların olup olmamasına ya da varolan sorunların tipine bakmaksızın, belli bir zaman kesiti içinde bakım kaynağı olarak hizmet veren bir kişi, ekip ya da birimin bulunması anlamını taşır. Hangi nedenle olursa olsun bakımın sürekliliğindeki kesilmeler, bu ilişkiyi bozamaz. Bakımdaki zamansal sürekliliğin özü, zaman içinde kurulan kişisel ilişkidir ve önemli olan bireylerin bir bakım kaynağını 'kendilerinin' olarak tanımlayabilmesidir. Bu ilişki aracılığıyla hekim hastasını, hasta da hekimini tanır.<sup>5</sup>

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün Birinci Basamak Raporu, sürekli bakımın kişisel ilişki boyutuna 'ortaklık' anlamını eklemektedir (Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. 1997). Rapora göre 'sürekli paylaşım', hastanın değerleri ve tercihleri dikkate alınan bir birey olarak görülmesidir.<sup>5</sup>

Böylece sürekli bakımın iki bileşeninden ya da boyutundan söz edilebilir: Zamansal süreklilik ve kişisel süreklilik. Sunulan hizmetin zaman içindeki sürekliliği bakım kaynağının sürekli kullanımını dikkate alırken, kişisel süreklilik hasta ile hekim arasında kurulan ve hastanın içinde bulunduğu, yaşadığı ortamın dikkate alınmasını sağlayan uzun süreli empatik ilişkiyi ve kişisel sorumluluğu vurgulamaktadır.<sup>19,26,27</sup> Bu iki boyut birbiriyle ilişkilidir; hizmet kaynağının sürekli kullanımı, hasta ile hekim arasında kişisel bir ilişkinin gelişme düzeyini belirler.<sup>10</sup>

Kuşkusuz bakım kaynağı olarak bir sağlık biriminin, bir aile hekimleri grubunun ya da kişisel bir aile hekiminin kullanılması, hastayla hekim arasındaki ilişkiyi etkileyecektir. Aynı hekimle kurulan ilişki, aynı sağlık kuruluşundaki farklı hekimlerden alınan sağlık hizmetlerinin sağlayamayacağı sonuçlar doğurur.<sup>22</sup> Tek bir hekimle sağlanan süreklilik, hasta hakkında daha fazla bilgi elde edilmesini ve hastayla hekim arasında güven oluşmasını sağlar. Güven, hastanın hekiminin kendisi için en iyisini yapacağına olan inancıdır. Bakımda süreklilik hekime duyulan güvenle, güven de tıbbi bakımın etkinliğiyle ilişkilidir.<sup>28</sup> Bilgi ve güvendedeki artış, hekimin hastasının sağlık sorunlarıyla baş etmesini kolaylaştırabilir ve böylelikle hastaneye yatışları ve acil başvuruları azaltabilir.<sup>21</sup>

Aile hekimliği kendini ilişkiler bağlamında tanımlayan bir disiplindir. Hasta ile hekim arasındaki ilişkilerde süreklilik ve bireyin sağlık gereksinimleri için üstlenilen sorumluluk aile hekimliğinin en belirgin özelliklerindedir.<sup>26,29</sup> Burada esas olan, aile hekiminin her hizmeti her zaman kendisi sağlayamasa da, hizmetlerin sürekliliğinde ve ilişkilerde sorumluluk duymasındır.

Hennen<sup>30</sup> bakımda sürekliliğin yedi boyutundan söz etmektedir:

- kronolojik boyut (zamansal süreklilik)
- yerleşimsel boyut (bölge bağlantılı, hastane, sağlık merkezi ve ev gibi uygulama ortamları arasında süreklilik)
- disiplinler arası boyut (bireyin değişik gereksinimlerinin sağlanmasında süreklilik, çeşitli uzmanlıkların ve tıp dışı mesleklerin sunduğu bakımın bütünleştirilmesi)
- ilişkiler boyutu (hizmeti alanla sunan arasındaki ilişki)

- bilgi boyutu (tıbbi kayıtlarla sağlanan süreklilik)
- ulaşılabilirlik boyutu (bakımın sunulduğu yerden çok örgütlenmesiyle ilişkili)
- değişmezlik boyutu (hastanın yaşadığı ortamın sürekliliği)

Fleming,<sup>6</sup> değişmezlik boyutuna, bakım sunan ekibin sürekliliğini de eklemektedir.

Hasta-hekim ilişkisinde süreklilik, "zaman, karşılıklı çaba ve her iki tarafın da etkin olmasını" gerektirir. Dolayısıyla ilişkilerde süreklilik için hekimin; kolay ulaşılabilmesi, mesleğinde yeterli olması, iyi iletişim kurabilmesi ve hastasıyla yaptığı görüşmeler arasında bağlantı oluşturabilmesi gerekir.<sup>26</sup>

Hastaların sürekliliği algılayışı da genellikle aşağıdaki ifadelerde yansımaktadır:<sup>26</sup>

- "Doktorum beni tanıyor."
- "Doktorum benim sağlık gereksinimlerim için sorumluluk duyuyor."
- "Doktorumun çalıştığı ekiple de ilişki kurabiliyorum."
- "Bana sunulan hizmetler oldukça kapsamlı ve ben gereksinim duyduğum anda hazır."

### Kişisel hekimlik ve aile hekimliğinin gelişimi

Bakımda süreklilik, aile hekimliğinin son zamanlarda üzerinde en çok tartışılan ilkesi olmuştur. Olesen<sup>31</sup> ve ark., tıpta disiplinlerin sınırlarını çizmenin gittikçe güçleştiğini vurgulayarak, disiplini disiplin yapan çekirdek özellikleri tanımlamak ve sınırlarda ise örtüşmenin olabileceğini kabul etmek gerektiğini savunmaktadırlar. Bu çerçevede tarihsel olarak aile hekimlerini diğer hekimlerden ayıran, sabit bir topluluğa uzun süreli, tam gün ve yıl boyu hizmet verme anlayışını gerektiren kişisel hekimliğin, günümüz toplumunda ne ölçüde sağlanabileceğini sorgulamaktadırlar. Kişisel hekimliğin hekime yüklediği kişisel ve toplumsal maliyeti giderek yükselmektedir. Sonuçları kişisel olarak son derece tatmin edici olsa da, aile hekimleri kişiselleşmiş hizmeti sunmakta zorlanmaktadırlar.

Fleming<sup>6</sup> de birinci basamakta hastaların sürekli aynı hekim tarafından görülmesinin giderek güçleştiğini ve daha az uygulanır olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle sürekliliğin sağlanması sorumluluğunun bireysel hekim yerine birinci basamak sağlık ekibine yüklenmesi gerektiğini savunmaktadır.

Giderek daha büyük merkezlerde grup uygulamalarının yapılması, kişisel hasta listelerindeki azalma, çalışma saatleri dışındaki hizmetlerin paylaşılması ve birinci basamak sağlık hizmeti veren polikliniklerin (drop-in cli-

nics, walk-in clinics) kurulması gibi, aile hekimliği uygulamasını geliştirmeyi hedefleyen ulusal sağlık sistemlerinin son yıllarda getirdiği bazı değişiklikler, kişisel sürekliliği azaltmışa benziyor.<sup>19</sup>

Yanlış giden nedir? Kişisel bakım gerçekten tehdit altında mıdır?<sup>32</sup> Sürekli bakım ilkesiyle modern aile hekimliğinin gelişmesi arasında gerçekten bir çelişki var mı? Geleneksel kişisel hekimliğin modası geçti mi? 'Benim doktorum' mu, yoksa herhangi bir doktor mu?

Sürekli bakım ilkesi üzerinde sürdürülen tartışmaların temelinde, 50 yıldan fazla bir süredir aile hekimliğinin temel ilkelerinden biri olmayı sürdürmesine karşın, kavramın gerçekten ne demek istediğine ilişkin hala açık ve üzerinde uzlaşmış bir tanımının yapılamamış olması yatmaktadır.<sup>33</sup> Hastanın zaman içinde sürekli olarak kendisi tarafından görülmesi, aile hekimi için önemli bir araçtır. Aile hekimliği için daha da önemlisi, sürekliliğin ne için kullanıldığı ve ne gibi sonuçlara yol açtığıdır. Hastalarımızla profesyonel bir ilişki kurmayı ve onlara sağlık hizmeti sunmayı hedefleriz. Bunu sağlama sürecindeki süreklilik, daha iyi bilgiler elde etmemize ve sorumluluk ve güven duygusunun gelişmesine yol açabilir ki bu 'kişisel hekimlik' olarak tanımlanabilir. Süreklilikle kişisel hekimlik arasında oldukça yakın bir ilişki olmasına karşın her ikisi de ayrı kavramlardır: Süreklilik bir araçtır, kişisel hekimlik ise amaç.<sup>33</sup>

Bakım kaynağının sürekli kullanımını sağlamanın birinci basamak sağlık sistemlerinde giderek güçleşmekte oluşuna karşın, kişisel ilişki aile hekimliği felsefesinin özüdür ve aile hekimi böyle bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi için hastalarına yardımcı olmalıdır.<sup>2,25</sup>

Öte yandan süreklilik gerçekten istenen düzeyde bir kişiselleşmeye yol açabiliyor ve sunulan hizmetin niteliğini artırabiliyor mu?

Sürekli bakım, tek başına hasta ile hekim arasındaki kişisel bir ilişkiyi güvence altına almasa bile, böyle bir ilişkinin gelişmesinde önemli bir önkoşuldur. Görüşmeler sırasında kurulan iletişimin niteliği de bakımın kişisellik derecesini etkilemektedir.<sup>34</sup> Sonuçlar açısından yaklaşıldığında, bakımın sürekliliği ile hekim ve hasta memnuniyeti arasında oldukça güçlü bir ilişkinin varlığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır.<sup>7,19,35</sup> Bir kısım hasta, bulunabilirliği yani hekimin her an hazır oluşunu ve seçme hakkını süreklilikten daha önemli görebilmektedir.<sup>36</sup> Yine de ileri düzeylerdeki süreklilik, hastaların çoğunda memnuniyet düzeyini artırmakta ve hastalar aynı hekimi görme uygulamasını hala aile hekimliğinin önemli bir özelliği olarak görmektedirler.<sup>37</sup> Hastalarla kurulan sürekli ilişki, öğrenci ve eğitici aile hekimlerinin memnuniyetini de artırmaktadır.<sup>38</sup> Aynı hekimin bakımında ol-

ma, hastaneye yatışları ve harcamaları azaltmakta<sup>21,39</sup> ve yalnızca iyi bir hasta-hekim etkileşimi tek başına iyileştirici olabilmektedir.<sup>40</sup> Sürece ilişkin etkenler de aynı ölçüde önemlidir. İlişkilerdeki süreklilik güven oluşturur, iyileşme için ortam yaratır, hekimin ve hastanın birbiriyle ilgili bilgilerini artırır.<sup>5,29</sup> Öte yandan hasta-hekim ilişkisinin kurulması ve geliştirilmesi zaman alır. Hekimle kurulan ilişkinin süresi, tüm diğer değişkenlerden bağımsız olarak hastayla hekim arasında oluşan güvene bağlıdır.<sup>21</sup> Hekimin hastasıyla ilgili sorumluluğu da ilişkinin süresi ve kurulan temas sayısı ile artmaktadır.<sup>33</sup>

Hasta uyumu, koruyucu bakım alımı ve kaynakların kullanımı gibi orta vadeli tıbbi sonuçların düzelmesi de ilişkinin niteliğini gösteren bulgulardır.<sup>2,7,19,35,41</sup>

### **Bakım kaynağı olarak aile hekimi ya da uygulama birimi**

Sürekliliğin tek bir aile hekimi, aile hekimleri grubu ya da uygulama birimiyle sağlanması kişisel hekimlik açısından farklılık yaratır mı? Kişinin bir hekim, bir hekimler topluluğu ya da bir sağlık merkezinin listesine kayıtlı olmasının kişiselleşmiş bakım üzerindeki etkisi nedir? Uygulama birimi düzeyinde tutulan kayıtlarla sağlanan süreklilik kişisel bakımı güvence altına alabilir mi?

Aile hekimleri grubunun ya da uygulama biriminin ortak hasta listesi büyüdükçe, hastaların "hekimini iyi tanıma" oranı düşmektedir.<sup>42</sup> Kişisel hasta listelerinin bulunması sürekliliği artırmaktadır.<sup>34,36</sup> Yapılan çalışmalar hastaların küçük birimleri büyük merkezlere tercih ettiğini göstermektedir.<sup>10,43</sup> Hastaların hekimleriyle yaptıkları görüşmelerden memnuniyeti de kişisel hasta listelerinin varlığı ve uygulama biriminin büyüklüğü ile ilişkilidir; merkez büyüdükçe hasta memnuniyeti azalmaktadır.<sup>10,43,44</sup>

Öte yandan sağlık merkezinin sürekliliği teşvik edici politikalar izlemesi durumunda liste büyüklüğünün kişisel bakımı etkileyebileceği öne sürülmektedir.<sup>7</sup> Kayıtlarla sağlanan sürekliliğin sürekli bakımın yerini alabileceği yaklaşımı, hastalarla ilgili biriken bilginin ve süregelen ilişkinin değerini dikkate almamaktadır. Hasta kayıtlarındaki bilgilere ulaşılabilirliğin sağlanması modern aile hekimliğinin önündeki sorunun çözümü gibi görünmekle birlikte, kayıtların yalnızca bilgi içerdiği, oysa hekimin çoğu doğrudan temasla ve zaman içinde elde ettiği bu bilgileri bütünleştirebilmesi ve karşılıklı güven oluşumu için, hasta ile hekim arasında kişisel karşılaşmanın gerçekleşmesi gerektiği unutulmamalıdır.<sup>7,33,39</sup> Hastayla hekim arasındaki ilişkiyi güçlendiren bir diğer unsur da yardımcı sağlık çalışanlarıyla hastanın ilişkisidir. Bazen bekleme odasında sekreter ile yapılan bir sohbet, hemşir-

renin hastayı ismi ile hatırlaması ve hal hatır sorması, hastanın kendisini özel hissetmesi bağlamında kişiselleşmiş ilişkiyi pekiştirecektir.

### **Gönüllü mü, zorunlu mu?**

Sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanmasında tartışma konusu olan bir nokta da hastaların hekim seçme hakkıdır. Sıkı sıkıya uyulan hasta listeleri, sürekliliği artırmasına karşın kişisel bakımda artış sağlamayabilir. Hastalarına hekim seçme şansı veren merkezlerle aynı aile hekimini görmeleri yönünde teşvik eden merkezlerin, hastalar tarafından bildirilen kişisel bakım düzeyleri benzer bulunmuştur. Sürekliliği sağlamada çok sıkı yaklaşım, olasılıkla hastanın hekimini bulma şansını ve dolayısıyla ilişki kurma rahatlığını azaltmaktadır.<sup>7</sup> Hastaların aynı hekime gitmeye zorlandığı süreklilik durumu, aile hekimi ile hastaları arasında iyi ilişkiler kurulmasına engeldir.

Kişisel ilişkinin temelinde bilgilendirilmiş seçim vardır. Hekimler arasında kişisel hasta listesini geliştirme ve sürdürme yönünde bir yarış olmalı, bireylerin hekimini seçebilmesi ve gerektiğinde değiştirebilmesi sağlanmalıdır.<sup>21</sup>

### **Hastalar kişisel bakım istiyorlar mı?**

Süreklilik hastalar için vazgeçilmez bir hizmet gibi görünüyor. Yapılan bir araştırmada hastaların %64'ü kişisel hekime sahip olmayı önemli bulmuştur.<sup>7</sup> Ciddi hastalıklarda bu oran %90'a kadar yükselirken, küçük rahatsızlıklarda düşmektedir. Yine bir başka araştırmanın sonuçları da hastaların kişisel bakım isteğinin nedene bağlı olduğunu göstermektedir.<sup>45</sup> Hastalar daha çok ciddi ve emosyonel sorunları için kişisel bakım isterken, hekimlerin kendileri hakkında ön bilgiye sahip olmalarını da oldukça önemli bulmaktadırlar. Hastaların sürekli bakıma yaklaşımı yaşla değişebilmektedir. Genç ve sağlıklı olanlar her seferinde farklı bir aile hekimine gitme eğiliminde iken, yaşlılar ve ciddi rahatsızlığı olanlar hep aynı hekime baş vurmayı tercih etmektedirler.<sup>26</sup>

### **Ne yapmalıyız?**

Ulaşılabilirliği artırmak uğruna son 10 yılda özellikle Batı Avrupa'da giderek daha büyük uygulama merkezlerinin oluşturulması sorgulanmaya başlamıştır.<sup>19</sup>

Büyük birimlerin ulaşılabilirlik, kaynak kullanımı ve maliyet azalması gibi örgütsel üstünlükleri uğruna küçük ekiplerin kişisel üstünlüklerini yitirmek gerçekten zorunlu mu?

Bakımın sürekliliği birinci basamağın diğer üç temel özelliği ile yakından ilişkilidir. Düzenli bir kaynakla ilişki, o kaynağın ilk temas yeri olduğunu varsayar. Düzen-

li bir bakım kaynağı ayrıca, bakımın kapsayıcı ve eşgüdümlü oluşunu sağlar. Öte yandan, longitudinal ilişkinin kaynağı bir ekip ya da sağlık birimi olduğunda, ilk temas ve kapsayıcılık büyük ölçüde sağlanırken, koordinasyonu sağlamak olasılıkla daha güçtür. Tersine, kaynak tek bir hekim olduğunda koordinasyon kolaylaşırken, ulaşılabilirliği ve kapsayıcılığı sağlama daha çok sorun olmaktadır.<sup>5</sup>

Hastaların seçtikleri aile hekimine daha kolay ulaşabilmesi kişisel bakımda artışı getirir. Ancak ulaşılabilirlik olma özelliği hekimin kişisel ve sosyal yaşamını zorlamaktadır. Her ikisinin de dikkate alınması gereği açıktır. Dolayısıyla hekimin hastaları tarafından kolay bulunabilmesi ile kendi kişisel ve sosyal yaşamını sürdürbilmesi arasında bir denge kurulmalı ve hizmetlerin örgütlenmesinde bunu gözetilen düzenlemeler yapılmalıdır.

Nüfus yaşlandıkça ve tıp uygulaması giderek karmaşıklaştıkça, sürekli bakım giderek daha önemli hale gelecektir. Eğer aile hekimleri olarak kişisel süreklilikle gerçekten ilgileniyorsak, bunu sağlayacak örgütsel düzenlemeleri ve değişiklikleri yapmalıyız. Çabalarımızı süreklilikle ulaşılabilirlik arasında uygun bir denge kurarak, isteyene ve gereksinimi olana sürekli hizmet sunma üzerinde yoğunlaşmalıyız.<sup>10,33</sup>

Kişisel hasta listelerine sıkı sıkıya bağlı kalmaksızın kişisel hekimlik yapma olası gibi görünüyor. Ancak bu, hekim, hasta ve sağlık merkezinin belli derecede süreklilik sağlama tutumu göstermesini gerektirmektedir.<sup>7</sup> Kişisel bakım zorunlu olarak değil, hastalara kendi hekimlerini seçme hakkı tanıyarak ve teşvik ederek sağlanmalıdır.

Klinik uygulama birimleri giderek büyüme eğilimindedir ve büyüdükçe de kişisel süreklilik azalmaktadır. Görünen o ki, aile hekimliği uygulamasında daha büyük ve daha kapsamlı hizmet veren birinci basamak sağlık merkezlerine doğru yönelim artacaktır. Uygulama birimleri hem klinik, hem de yönetimle ilgili özellikleri barındırmak zorunda kaldığı sürece başka seçenek de görünmemektedir.<sup>10,19</sup>

Sağlık merkezleri şeklinde örgütlenme, klinik ve yönetim işlevlerinin ayrılmasını sağlayabilir. Birinci basamak sağlık ekibiyle birlikte 2-4 aile hekiminin çalıştığı küçük birimler (sağlık ocakları) klinik birimler olarak işlev görürken, birkaç küçük birim yönetim, teknolojik donanım, bilgisayar, personel eğitimi gibi sorumlulukları paylaşmak üzere sağlık merkezleri oluşturabilir. Ulaşılabilirlik hafta boyunca aile hekiminin bulunabilirliği düzeyinde benimsenerek "kişisel hekimlik" ilişkisi küçük

birimdeki hekimler arasında paylaşılabilir. Tercih küçük ya da büyük sağlık merkezleri arasında değil, küçük ya da büyük uygulama ekipleri arasında olmalıdır. Uygulama küçük ekipler tarafından yürütülürken, koordinasyon ve yönetim büyük merkezlerde toplanabilir.<sup>10,19</sup>

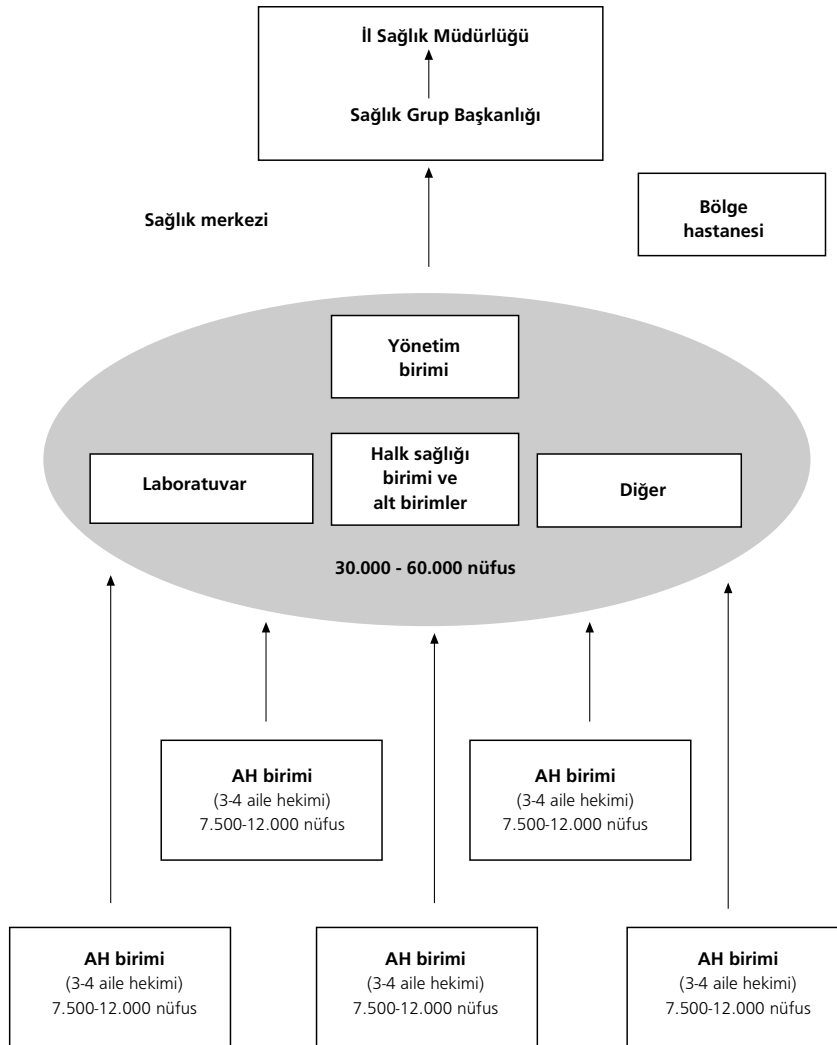
Sonuç olarak sürekliliğin tek bir hekimle, birinci basamak sağlık ekibiyle ya da sağlık birimiyle sağlanması, birbiriyle çelişkili gibi duran oldukça kişiselleşmiş bakımla serbest seçim arasındaki dengenin nasıl kurulacağı, sürekli bakımın farklı bileşenlerinin nasıl gerçekleştirileceği konuları, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yanıt verilmesi gereken temel sorulardır.

## Ülkemizdeki Durum

Bugün ülkemiz, sağlık sisteminin birinci basamağında aile hekimliği ilkelerini uygulanır kılma sürecini ya-

samaktadır. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası ile oluşturulan birinci basamağın yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Sağlık ocakları temelinde gerçekleştirilmiş olan birinci basamak sağlık örgütlenmesini ve burada verilen sağlık hizmetlerinin sürekliliğini irdelediğimizde ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır:

- Sağlık ocakları belli bir bölgede yaşayan belli bir nüfusa dayalı olarak kurulmuşlardır. Bu yaklaşım hastaların seçme özgürlüğünü ortadan kaldırmaktadır. Süreklilik zorunluluğuna dayalıdır ve düzenli bakım kaynağı sağlık birimidir.
- Sağlık ocağında çalışan hekimlerin kendi hasta listeleri yoktur ve hastalar her gelişlerinde farklı hekimler tarafından görülebilmektedir. Hastanın sağlık ocağını seçme şansı olmadığı gibi, ocağa gelişinde hekim seçme şansı da bulunmamaktadır.



Şekil 1

Aile hekimliği uygulama birimlerinin (sağlık ocaklarının) sağlık merkezi şeklinde örgütlenmesi (AH - Aile Hekimliği)

- Sağlık ocaklarında hasta kayıtlarına yönelik oldukça gelişmiş bir sistem öngörülmüş olmakla birlikte, uygulamada bu kayıtların tutulmasındaki eksiklikler, tıbbi kayıtlar aracılığı ile sürekliliği sağlayamamaktadır.
- Düzenli hizmet birimi olarak ele alabileceğimiz sağlık ocaklarında pratisyen hekimlerden ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan birinci basamak sağlık ekipleri bulunmakla birlikte özellikle tıbbi bakım hizmetlerinin koordinasyonu oldukça zayıftır. İkinci basamak sağlık hizmetleriyle koordinasyon da yok denecek kadar azdır.
- Sağlık güvencesi sisteminin parçalanmışlığı, halkın önemli bir bölümünün birinci basamağa girişini zorlaştırmaktadır. Nüfusun neredeyse üçte birini kapsayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) güvencesindeki bireylerin ilk temas yeri ve düzenli bakım birimleri, ayrı olarak oluşturulmuş SSK dispanserleri ya da ikinci basamak sağlık hizmeti veren SSK hastaneleridir.
- Dar bir yerleşim bölgesine çok amaçlı sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarının oluşturduğu yatay örgütlenmenin yanı sıra, geniş bir bölgede tek amaçlı sağlık hizmeti veren dikey örgütlenmeler de varlıklarını hala sürdürmektedir. Bu durum düzenli olarak gidilen sağlık biriminde sunulan sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını ve dolayısıyla sürekliliğini azaltmaktadır.
- Sonuç olarak birinci basamağın birbiriyle yakından ilişkili dört temel özelliği olan ilk temas, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyonun sağlanmasının önünde ciddi engeller bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının temelini oluşturan klinik ortamın değerlendirilmesi ve hastayla uzun süreli kişisel ilişki kurulması, sağlık ocaklarındaki hekimlik uygulamasının en zayıf yönlerindedir. Pratisyen hekimlerin tüm bu uygulama ilkeleri konusundaki eğitimleri de yetersizdir.

Son zamanlarda birinci basamak sağlık birimlerinde gözlenen değişiklikleri irdelediğimizde:

- Dikey örgütlenmelerin giderek ortadan kaldırılmasına yönelik bazı girişimler gözlenmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerine bölge verilmesi ve görev kapsamlarının sağlık ocaklarıyla eşitlenmesi gibi.
- Sağlık ocakları içinde hekimlere yerleşime göre belirlenen nüfusların bağlanması, birinci basamakta çalışan hekimlerin kişisel hasta listelerini oluşturması açısından olumlu bir gelişme olarak görülebilir (18). Ancak hastaların seçme özgürlüğünün olmayışı hala önemli bir engeldir ve yukarıda sıraladığımız olumsuzluklar da sürmektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda 'döner sermaye' uygulamasına geçilmesi, her ne kadar yalnızca sosyal güvencesi olanların ücretlendirileceği belirtilse ve hekimler dahil tüm sağlık çalışanlarına parasal destek sağlayacak gibi görünse de, şu anki uygulama ile halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşabilmesinin önüne eklenmiş yeni ve ciddi bir engeldir.
- Sağlık Bakanlığı ile SSK arasında yapılan bir protokol çerçevesinde SSK güvencesindeki hastaların da sağlık ocaklarından yararlanması uygulamasının başlaması, sağlık güvencesi sistemindeki parçalanmışlığın yol açtığı sorunların çözümü yolunda önemli bir adımdır.

## Öneriler

- Dünyadaki genel eğilim de dikkate alındığında, ülkemiz koşullarında sağlık ocakları düzenli bakım kaynağı olabilir. Bu bağlamda tüm dikey örgütlenmeler kaldırılmalı, sağlık ocakları sağlık güvencesi tipi ne olursa olsun tüm halkın sağlık sistemine giriş yerini oluşturmalıdır.
- Sağlık ocaklarına bağlı nüfusun belirlenmesinde daha esnek olunmalı ve daha geniş yerleşim birimleri temelinde insanlara sağlık ocağını seçme şansı verilmelidir. Ayrıca her birey seçtiği sağlık ocağında çalışan hekimlerden istediği birinin listesine dahil olabilmelidir. Her hekim diğer sağlık çalışanlarından oluşan bir ekiple birlikte (aile hekimi, ebe-hemşire ve tıbbi sekreter), kendi nüfusuna yönelik hizmet verecek ve ayrıca aynı sağlık ocağında çalışan diğer hekimlerle de ekip halinde çalışacaktır. Kişisel hasta listelerinin yanı sıra tüm hekimlerin hastalarından oluşan ortak bir sağlık ocağı hasta listesi de oluşmalıdır. Bir sağlık ocağında çalışan aile hekimi sayısı üç ya da dört ile sınırlanabilir ve bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı da 2500-3000 olarak belirlenebilir. Dört ya da beş küçük sağlık ocağı kendi arasında büyük bir sağlık merkezi şeklinde örgütlenebilir (Şekil 1). Bu merkezlerin örgütlenmesi, toplum sağlığı hizmetlerini, sağlık ocaklarına laboratuvar desteğini içerecek şekilde ve Fidaner'in<sup>13</sup> önerdiği gibi modüler tarzda olabilir.
- Sağlık ocaklarında iyi ve işleyen bir kayıt sistemi oluşturularak bakımın sürekliliği kayıtlarla desteklenmelidir.
- Bugün sağlık ocaklarının ve sağlık ocağı hekimlerinin görevleri arasında yer alan, çevre ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık merkezleri temelinde merkezileştirilmeli ve bunun için uygun

kişilerden oluşan ayrı ekipler kurulmalıdır. Sağlık ocaklarındaki aile hekimlerinin görev tanımı kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleriyle, iyileştirici ve sağlığı geliştirici tıbbi hizmetler temelinde yapılmalıdır.

- Tüm sağlık ocaklarına aile hekimliği uzmanı kadroları verilmeli ve aile hekimliği uzmanlarının bu kadrolara atanması sağlanmalıdır. Öte yandan aile hekimliği uzmanlık eğitimi programları ve uzmanlık öğrencisi kadroları aşamalı olarak artırılmalı ve yıllık tıp fakültesi mezunu sayısının yarısına kadar yükseltilmelidir. Uzmanlık eğitimi programına alınamayan pratisyen hekimler için geçici bir döneme özgü olmak üzere yeniden eğitim programları oluşturulmalı ve sağlık ocaklarında çalışan tüm pratisyen hekimlerin bu programlardan geçmeleri sağlanmalıdır. Her düzeydeki aile hekimliği eğitiminde hekimlerin sürekli bakıma önem vermesini teşvik eden ve sürekli bakım sunmayı öğrenmelerini sağlayan programlar oluşturulmalıdır.<sup>27,46</sup>
- Sağlık ocaklarında çalışan hekimlere uygulanan ücretlendirme – sabit maaş – sistemi değiştirilmeli; hekimleri parasal yönden motive edici ve hizmetin niteliğini artırıcı bir ödeme yaklaşımı benimsenmelidir. Bu açıdan bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA'nın ortak önerisi olan kişi başına ödeme ağırlıklı, karma bir sistemin getirilmesi uygun olabilir.<sup>39,47</sup>

### Teşekkür

Bu yazının hazırlanmasının değişik aşamalarında taslak metinleri gözden geçirerek katkı ve yorumlarda bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı sayın Doç. Dr. Dilek Güldal'a teşekkür ederim.

### Kaynaklar

1. **Starfield B.** Is primary care essential? *The Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. **Freeman G, Hjortdahl P.** What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314: 1870-3.
3. **WHO and WONCA.** Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor. WHO-WONCA Conference, Ontario, Canada November 6-8, 1994; 7-15.
4. **Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine.** A Guidebook. A Collaborative project of the World Organization of Family Doctors (WONCA) and the World Health Organization (WHO). Singapore, 2002; 30.
5. **Starfield B.** *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* New York, Oxford University Press, 1998; 143-68.
6. **Fleming DM.** Continuity of care: a concept revisited. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 140-5.
7. **Kearley KE, Freeman GK, Heath A.** An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 712-8.

8. **van Weel C.** The discipline of general practice in Europe. European union of general practitioners reference book, p: 31-2. [http://www.uemo.org/members/reference\\_book/positionofgp.pdf](http://www.uemo.org/members/reference_book/positionofgp.pdf) 05.07.2002 tarihinde erişilmiştir.
9. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2002, WHO Europe Office, Barcelona, Spain, 2002; 6.
10. **Baker R.** Will the future GP remain a personal doctor? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 831-4.
11. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Resmi Gazete, 12/1/1961 Sayı: 10705.
12. **Aksakoğlu G.** Kent sağlık ocağı. *Toplum ve Hekim* 1996; 11(71): 57-8.
13. **Fidaner C.** Birinci basamak sağlık hizmetleri için bir öneri: Modüler sağlık ocağı. *Aile Hek Derg* 1997; 1(2): 99-104.
14. **Başak O, Saatçi E.** The development of general practice in Turkey. *Eur J Gen Pract* 1998; 4(3): 126-9.
15. **Soyer A.** Bir araştırma nedeni ile "sağlık hizmetlerinin kullanımı" ve sağlık ocakları. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(5): 362-3.
16. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Birinci Kısım, Birinci Bölüm: Amaç, Kapsam ve Tanımlar. s.3. [http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y\\_saglik\\_hizm\\_yur\\_yon.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y_saglik_hizm_yur_yon.pdf) 05.07.2002 tarihinde erişilmiştir.
17. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Birinci Kısım, İkinci Bölüm: Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri. s.4. [http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y\\_saglik\\_hizm\\_yur\\_yon.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y_saglik_hizm_yur_yon.pdf) 05.07.2002 tarihinde erişilmiştir.
18. Bölge Tabanlı Hizmet Uygulaması Hakkında Genelge. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri G.M. 2001. <http://www.saglik.gov.tr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=78> 05.07.2002 tarihinde erişilmiştir.
19. **Guthrie B, Wyke S.** Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000; 321: 734-6.
20. **Weiss LJ, Blustein J.** Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1742-7.
21. **Mainous AG III, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM.** Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001; 33(1): 22-7.
22. **Mainous AG III, Gill JM.** The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalisation: is site of care equivalent to a predominant clinician? *Am J Public Health* 1998; 88: 1539-41.
23. **Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell F.** Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics* 1999; 103: 738-42.
24. **Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD.** The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA* 1998; 280: 1708-14.
25. **McWhinney IR.** Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 135-9.
26. **McWhinney IR.** *A Textbook of Family Medicine.* 2. baskı. New York, Oxford University Press, 1997; 18-20.
27. **Vogt HB, Lindemann IC, Hearn VL.** Teaching medical students about continuity of patient care. *Acad Med* 2000; 75: 58.
28. **Steadman L, Field S, Rutter DR.** Attendance at cancer screening in the wake of widespread adverse publicity surrounding test results. *J Med Screen* 1999; 6: 40-1.
29. **McWhinney IR.** Core values in a changing world. *BMJ* 1998; 316: 1807-9.
30. **Hennen BK.** Continuity of care in family practice: implications of continuity. *J Fam Pract* 1997; 3: 371-2.
31. **Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P.** General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7.
32. **McCormick J.** Death of the personal doctor. *Lancet* 1996; 348: 667-8.
33. **Hjorthdahl P.** Continuity of care – going out of style? *Br J Gen Pract* 2001; 699-700.
34. **Freeman GK, Richards SC.** How much personal care in four group practices? *BMJ* 1990; 301: 1028-30.



35. **Hjorthdahl P, Laerum E.** Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-90.
36. **Freeman GK, Richards SC.** Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 493-7.
37. **Smith CH, Armstrong D.** Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioners services. *BMJ* 1989; 299: 494-6.
38. **Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA, King CM.** Continuity of care in a family practice residency program: impact on physician satisfaction. *J Fam Pract* 1990; 31: 69-73.
39. **Maesseneer J, Hjorthdahl P, Starfield B.** Fix what's wrong, not what's right, with general practice in Britain. *BMJ* 2000; 320: 1616-7.
40. **Di Blasi Z ve ark.** Influence of content effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-62.
41. **Hjorthdahl P, Boregrevink CF.** Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303: 1181-4.
42. **Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, et al.** Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-44.
43. **Baker R, Streatfield J.** What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 654-6.
44. **Baker R.** Characteristics of general practitioners, practices and patients associated with satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 601-5.
45. **Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W.** Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 459-62.
46. Continuity of care in changing health care systems. Report on a WHO Working Group. Cittadella, Italy, 11-14 December 1991.
47. **Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook.** A Collaborative project of the World Organization of Family Doctors (WONCA) and the World Health Organization (WHO). Singapore, 2002; 139.

---

Geliş tarihi: 04.07.2002

Kabul tarihi: 18.01.2003

**İletişim adresi:**

Doç. Dr. Okay Başak  
Meşrutiyet Mah. Gazi Bulvarı  
Bahçeli Sok. No: 20 09100 AYDIN  
Tel: (0256) 225 31 66  
Faks: (0256) 212 01 46  
e-posta: obasak@superonline.com