



ARAŞTIRMA YAZISI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNİN SAĞLIK HİZMETİ SUNDUĞU AİLELER

Pemra C. Ünalın, Arzu Uzuner, Serap Çiççili, Mehmet Akman, Çiğdem Kaya Apaydın
Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: “Aile merkezli sağlık hizmeti” sunumu Aile Hekimliği’nin temel ilkelerindedir. Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğinde hizmet kalitesini arttırmak düşüncesiyle, ailelere verilen sağlık hizmetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif, kesitsel, tanımlayıcı olan bu çalışmada, 1999 yılından beri polikliniğimize başvurmuş olan 245 ailenin (601 kişi) özellikleri, başvuru nedenleri, istenen konsültasyonlar, verilen ve izlenen tedaviler incelenmiştir.

Bulgular: Aileler, tüm hastalarımızın %25’ini oluşturmuştur, bunların %52.7’si üniversitemiz öğretim üyeleri ve aileleri, %25’i hastanemiz çalışanları ve aileleridir. Başvuranların %58’i kadındır, %41.6’sı 36-55 yaş arasındadır ve %70’i lise ve üzeri eğitilidir. Başvuranların %42.4’ü polikliniğimizi 3 veya daha fazla kez ziyaret etmişlerdir. İlk başvuru yakınmaları içinde en sık ortaya çıkan genel sağlık muayenesi (%14.8) isteğidir. İlk başvurularda en çok konsültasyona ihtiyaç duyulan dallar; kadın hastalıkları ve doğum (%11.5), ve aynı sıklıkla fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji ve diyet polikliniğidir (%7.7). İlk başvurular sonunda sıklık sıralarına göre konulan ilk 5 tanı:1-Üst solunum yolu infeksiyonları, 2-Hipertansiyon, 3-Sağlıklı birey izlemi, 4-Dislipidemi ve 5-Anemi’dir.

Tartışma ve Sonuç: Aile odaklı birincil bakım, aile hekimlerinden talep edilmektedir. Ancak bu tip hizmetlerin sunulabilmesi için uygun alt yapı ve yetişmiş insan gücü olanakları bulunmalıdır. Bu nedenle üniversite hastaneleri içinde var olan polikliniklerimiz olabildiğince birinci basamağa uygun hale getirilerek desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, Poliklinik, Aile merkezli yaklaşım, Birincil sağlık bakımı

İletişim Bilgileri:

Dr. Pemra C. Ünalın
Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul,
Türkiye
e-mail: punalan@marmara.edu.tr

Marmara Medical Journal 2009;22(2):090-096



FAMILIES THAT ARE OFFERED HEALTH SERVICE BY THE FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC IN MARMARA UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL

ABSTRACT

Objective: “Family centered health care” is a basic principle of Family Medicine. We aimed to evaluate the health service for families in order to improve the quality of Family Medicine outpatient-clinic (FMOPC) in Marmara Medical School.

Method: In this retrospective, cross-sectional, descriptive study, 245 families (601 patients) who had applied to our outpatient clinic, between January 1999- September 2004, were evaluated according to their characteristics, complaints, consultations and the given therapies.

Results: Families form 25% of all policlinic patients. 52.7% were faculty members and their families, and 25% were health professionals from the hospital and their families. Fifty eight percent of the patients were female, 42.3% had visited the FMOPC 3 or more times. The most common complaint was the demand for healthy adult physical examination (14.8%). The most commonly referred clinics were obstetrics and gynecology (11.5%), physical therapy and rehabilitation, dermatology and diet (7.7% for each). The most frequent 5 diagnoses on the first visit were 1-upper respiratory tract infections, 2-hypertension, 3-periodical health examination, 4-dyslipidemia, 5-anemia.

Conclusion: Family oriented primary care is demanded from family physicians. But, to deliver that kind of health care there is a need for appropriate infrastructure and manpower. So our clinics in University hospitals must be developed and supported in order to provide good primary family care.

Keywords: Family medicine, Outpatient clinic, Family centered approach, Primary health care

GİRİŞ

Aile; tüm üyelerinin fiziksel ve ruhsal sağlığını en yoğun şekilde etkileyen bir sosyal birimdir. Dünya Sağlık Örgütü, aileyi, sağlığı geliştirme politikalarını belirleyen en önemli etken olarak tanımlamaktadır¹. Çünkü yaşam şekilleri, sağlıklı ya da sağlıksız, aile içinde geliştirilmekte, oluşturulmakta ve değiştirilmektedir. Bu nedenle sağlık göstergelerini olumlu etkileyen sağlık hizmeti sunum modellerinden biri de, aileyi merkeze alan bir sağlık bakımı vermektir^{1,2}.

“Aile Merkezli Yaklaşım” aile bireylerinin sağlıklı olma ve sağlıklı kalma durumlarını etkileyen ruhsal, sosyal ve biyolojik ilişkileri anlamak, aile içi gerilimleri ya da aile içi destek mekanizmalarını belirleyerek tüm bu kaynakları bireylerin sağlık göstergelerini iyileştirmek için kullanmaktır³. Anabilim dalımız; uzun süreli izlemin önemsendiği, bütüncül, kapsamlı ve insancıl hizmet ilkelerinin benimsendiği poliklinik ortamımızda alt yapı koşulları tam bir ilk başvuru ünitesi olarak tasarlanmamış olmasına rağmen aile merkezli yaklaşım modelini uygulama çabası içindedir.

Bu çalışmamızda; 1999 yılından beri polikliniğimize başvuran aileler, başvuru nedenleri, istenen konsültasyonlar, uygulanan ve izlenen tedaviler açısından incelenerek, bir hizmet sunum değerlendirmesi yapılması amaçlanmıştır. Böylece, hizmet sunumu güncelleştirilebilir, saptanan eksikler giderilir, ve uygun hizmet içi eğitim çalışmaları planlanabilir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma, 1999-2004 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği (MÜ-AHEP)’ne başvuran 245 ailenin (601 birey) hasta dosyalarının retrospektif olarak değerlendirildiği bir durum belirleme çalışmasıdır. Aralarında yasal, genetik ve/ya da duygusal bir ilişki olan insan topluluğu aile olarak kabul edilmiştir^{4,5}.

Polikliniğimizde, literatür taramaları sonrasında anabilim dalımızca şekillendirilmiş olan hasta muayene, ilk başvuru ve takip dosyaları kullanılmaktadır⁶. Böylece toplanan verinin standardizasyonu sağlanmaya çalışılmaktadır. Başvuranların geliş nedenleri, kaç kez geldikleri, ilk gelişlerinde konulan ön-tanı ve tanılar,



planlar, verilen tedaviler ve konsültasyon istenen birimler önerildiği gibi bu formatlanmış dosyalara kaydedilmiştir. Diyet-beslenme önerileri de yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında bir tür tedavi olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri bu dosyalardan toplanmıştır.

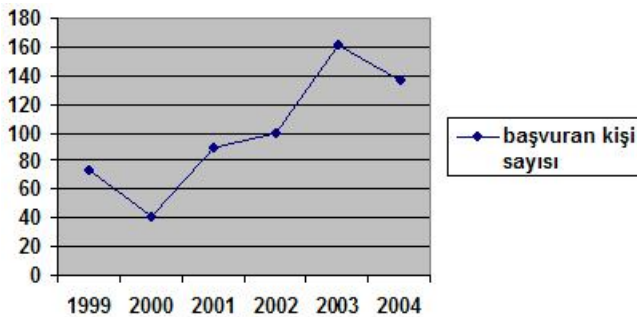
Bu tarihten sonra hastanemizde merkezi bilgi-işlem ve kayıt sistemi kurulmuş ve tüm polikliniklerin bu işletim sistemini kullanması zorunlu kılınmıştır. Bu sistem aileleri izlemeye elverişli olmadığından çalışma 2004 yılından sonrasını kapsamamaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 programında tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış ve tablolar oluşturulmuştur.

BULGULAR

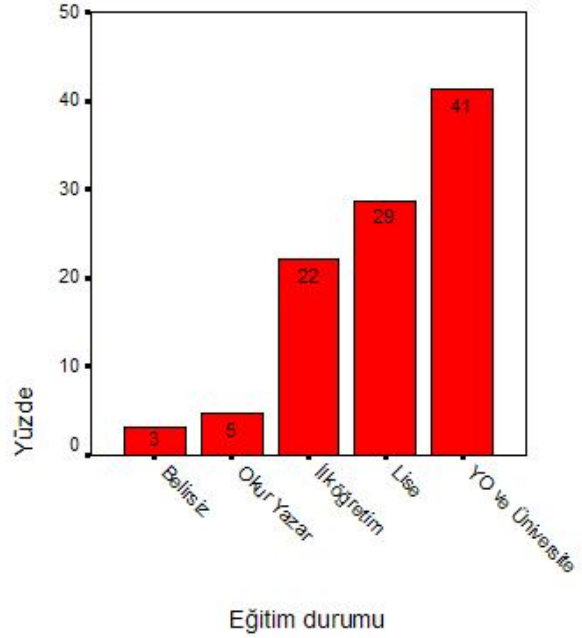
Ocak 1999 ile Eylül 2004 tarihleri arasında polikliniğimizde aile bireylerinden en az biri ile beraber başvuruda bulunmuş olan hasta sayısı toplam 601'dir. Bu hastalar 245 ailenin bireyleridir. Polikliniğimizden hizmet alan aileler hastalarımızın %25'ini oluşturmaktadır. Bu ailelerin %52,7'si Marmara Üniversitesinin diğer fakültelerinde görevli öğretim üyelerinin aileleri ve %25'i ise hastane hemşire ve personelinin aileleridir.

Ailesiyle beraber polikliniğimizden hizmet alan kişilerin başvurularının yıllara göre dağılımına bakıldığında gittikçe artan bir eğilim saptanmıştır (Şekil 1).



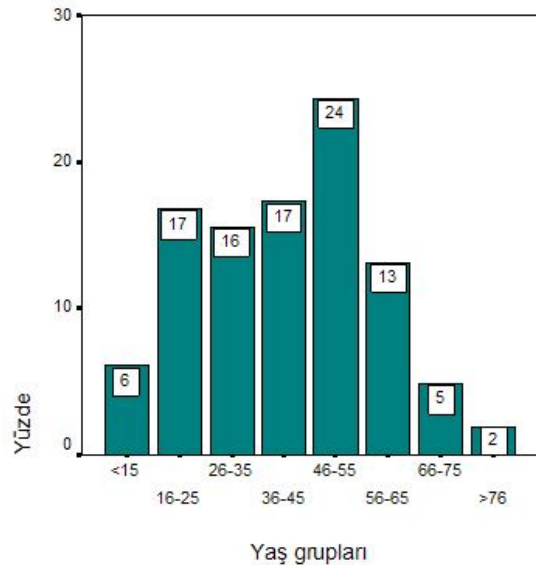
Şekil 1: Yıllar içinde aile bireylerinden en az birinin başvuru sayısı

Aile bireylerinin %58'i kadındır, %3.2'si okur yazar değil, %4.7'si okur-yazar, %22.1'i ilkökul mezunu, %28.7'si lise mezunu ve %41.3'ü yüksek okul ya da üniversite mezunudur. (Şekil 2).



Şekil 2: Başvuranların eğitim durumu

Polikliniğimizden aileleriyle beraber hizmet alan kişilerin yaş ortalaması 41.2 ± 17.4 (en küçük 4.0 en büyük 95.0)'tür. Yaş gruplarına ayrıldığında en kalabalık yaş grubu 36-55 (%41.6) arasındadır (Şekil 3).



Şekil 3: Başvuranların yaş gruplarına göre dağılımı



Hastalarımızın polikliniğimize ortalama kişi başı başvuru sayısı 3.63 (en küçük:1 en büyük:48, ortanca 2)'tür. Hastaların %28.3'ü ilk başvuru sonrası kontrole gelmemiş, %29.3'ü ikinci kez kontrollerine gelmiş, %42.4'ü ise 3 veya daha fazla kez polikliniğimizi ziyaret etmişlerdir.

İlk başvuru yakınmalarını incelediğimizde karşımıza en sık çıkan başvuru nedeni genel sağlık muayenesi (%14.8) isteği olmuştur. Bunu izleyen ikinci sıklıkta, öksürük gelmiştir. Başvuru nedenlerinden ilk 10'u şu şekilde sıralanmıştır.

- 1) genel sağlık muayenesi (%14.8)
- 2) öksürük (%10.5)
- 3) baş ağrısı (%6.8)
- 4) halsizlik, çabuk yorulma (%5.8)
- 5) yanma, ekşime, hazımsızlık, mide ağrısı (%5.1)
- 6) sırt ve bel ağrısı (%3.9)
- 7) ve 8) üzüntü, sıkıntı, huzursuzluk (%3.6)
- ve nefes darlığı, tıkanma (%3.6)
- 9) ve 10) Göğüs ağrısı ve aile içi iletişim problemleri (%3.2)

İlk başvurular sonunda sıklık sıralarına göre polikliniğimizce konan ilk 5 tanısı:

1. %19 üst solunum yolu infeksiyonları

2. %14.3 hipertansiyon

3. %11.9 sağlıklı birey

4. %9.8 dislipidemi

5. %8.9 anemi olarak sıralanırken, ilk başvurularda düzenlenen tedavilerde kullanılan ilaç grupları incelendiğinde ise antibiyotiklerin %14.9 sıklıkta başta geldiği gözlenmektedir. Diyet-beslenme önerileri de yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında bir tür tedavi olarak değerlendirilerek bu gruba dahil edilmiştir (%11.9). Bu iki tedavi seçeneğini antigribal ilaçlar, antihipertansifler ve demir preparatları izlemektedir (sırasıyla %6.6, %6.0 ve %4.8).

Polikliniğimizin sunduğu hizmetlerden aile bireyleriyle beraber yararlanmak isteyen hastalarımızın ilk başvurularında %62'sinden hiç konsültasyon istenmemiştir. En çok konsültasyona ihtiyaç duyulan dallar ise; kadın hastalıkları ve doğum (%11.5), fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji, diyet polikliniği (%7.7) olmuştur (Tablo I). İlk başvurulardan istenen konsültasyonlardan %9.9'una konsültasyon istenilen poliklinikte tanı konmuş ve tedavi düzenlenmiş ve polikliniğimize konsültasyon notu ulaşmıştır.

Tablo I: İlk başvuruda konsültasyon istenmiş olan bölümler

<i>Sıralama</i>	<i>Konsültasyon istenen bölüm</i>	<i>Sıklık(yüzde) %</i>
1	Kadın Hastalıkları ve Doğum	11.5
2	Diyet polikliniği	7.7
2	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7.7
2	Dermatoloji	7.7
3	Endokrinoloji	7.1
3	Kardiyoloji	7.1
3	Gastroenteroloji	7.1
4	Nöroloji	6.4
5	Göğüs Hastalıkları	5.8
6	Psikiyatri	5.1
6	Üroloji	5.1



TARTIŞMA

İlk başvuruları 1999 yılında Marmara Üniversitesi Hastanesindeki polikliniğinde kabul etmeye başlamış olan anabilim dalımızın, hedef hasta gruplarını; herhangi bir şikayetle ilk başvurusunu yapan ya da “sağlıklı erişkinin izlem protokollerinden” yararlanmak isteyen üniversitemizin diğer fakültelerinin çalışanları, hastane bünyesinde görevli personel, düzenli bir aile hekimliği programına dahil olmak isteyen kişiler ve aileleri oluşturmuştur. Polikliniğimizin tek odası olması nedeniyle aile görüşmeleri yapılmasına olanak yoktur. Buna rağmen polikliniğimizden hizmet alan aileler hastalarımızın %25’ini oluşturmaktadır. Bu ailelerin %52.7’si öğretim üyesi aileleri ve %25’i ise hastane hemşire ve personelinin aileleridir. Bu oranlar ve tekrar eden başvurular, aile merkezli bakımın bir gereksinim olduğunu ve polikliniğimizde karşılanabildiğini düşündürmüştür. Yine hedef hasta gruplarının özellikleri nedeniyle başvuranların eğitim seviyesi Türkiye ortalamasının üzerindedir ve çalışan orta yaş grubu çoğunluktadır.

Aile hastalarımızın %52.7’sini oluşturan Marmara Üniversitesi’nin diğer fakültelerinin öğretim üyeleri ve aileleri, polikliniğimizin kurulma aşamasında, üniversitemizin tüm fakülte yönetimlerine bir duyuru göndererek, polikliniğimiz hakkında bilgilendirilmiş, böylece günlük iş saatlerinin yoğunluğundan sağlık izlemlerini yaptıramayan öğretim elemanlarının polikliniğimize başvurusu sağlanmaya çalışılmıştır. Kişi başına 3.6 olan başvuru ortalaması, Yunanistan’da benzer çevre koşullarında çalışan birinci basamak bir kuruluşa yapılan hasta başı başvuru ortalaması (2.64) ile yakındır⁷. Yıllar içinde başvuru yapan aile sayısındaki artış; ilk başvuruyu yapan kişinin memnun kalmasının ardından ailesini de aynı hizmetten faydalandırması ve polikliniğimizin bir periyodik muayene noktası olarak duyurulmuş olmasıyla açıklanmıştır. Başvurulardaki bu artış ve hastalarımızdan edindiğimiz olumlu geribildirimler, poliklinik çalışmalarımız için heveslendirici olmuştur.

Polikliniğimizde takip edilen aile bireylerinden polikliniğimize ilk başvuranların %58’ini kadınlar oluşturmasına rağmen, poliklinik odamız bölünmeye uygun olmadığından genital muayene için hazırlık yapılmasını sağlayacak bir alan oluşturulamamış ve jinekolojik masa yerleştirilememiştir. Bu nedenle aile hekimliğinde sunulması gereken koruyucu üreme sağlığı hizmetleri verilememiştir. En çok konsültasyon istenen polikliniğin kadın hastalıkları polikliniği olması da bu gereksinimi göstermektedir. Anabilim dalımızda sunulan uzmanlık eğitimi için de bir eksiklik yaratan bu durumun değiştirilebilmesi için ısrarcı olunmuş ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile iletişim kurularak 2007 yılından itibaren bu anabilim dalı ile işbirliği içinde bir üreme sağlığı polikliniği aile hekimliği uzmanları tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği polikliniklerine başvuru nedenleri sıralandığında ilk beş içindedir^{8,9}. Polikliniğimize genel sağlık muayenesi için başvuran bireylere ilgili yayınları tarayıp, kanıtları değerlendirerek oluşturduğumuz ve SERFİZ (Sağlıklı Erişkin Risk Faktörlerine göre İzlem Protokolü) olarak adlandırdığımız periyodik muayene protokolü uygulanmaktadır¹⁰. Bu protokolde; sağlıklı erişkinde izlenmesi ve taranması gereken durumlar, kadın ve erkek cinsiyeti ve iki yaş grubuna göre ayrı, ayrı hazırlanmıştır. Sağlıklı erişkin izlemi başvurularının ilk başvuru nedenini oluşturmuş olması (%14.8) aile hekimliği polikliniğinin amacına uygun ve hedeflenmiş bir sonuçtur.

İlk başvuru yakınmalarını incelediğimizde karşımıza en sık çıkan başvuru nedenleri genel sağlık muayenesi (%14.8) isteği ve öksürük (%10.5)’tür. Bu iki neden, yıllık hekim başvurularının %25’inin aile hekimlerine yapıldığı Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) de ilk iki başvuru nedenidir⁸. Polikliniğimize başvuru sebeplerinin en sık karşılaşılan diğer ikisi ise baş ağrısı (%6.8) ve halsizlik ile çabuk yorulma (%5.8) yakınmalarıdır. Bu



yakınmalar da diğerleri gibi ABD'de ve Türkiye'de aile hekimlerinin en sık karşılaştıkları sağlık sorunları arasında yer almaktadır^{8,9,11}. Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen Değirmendere Aile Hekimliği Merkezi'nde de ilk başvuru nedenleri olarak sırasıyla eklem ağrıları ve öksürük olduğu belirtilmiştir⁹. Bununla uyumlu olarak, bizim çalışmamızda sırt ve bel ağrısı (%3.9) yakınması en sık başvuru nedeni olarak 6. sırada gelmesine rağmen diz ağrısı (%2.2), boyun ve omuz ağrısı (%2.2), kalça ve bacak ağrısı (%1.9), kollarda ağrı (%1.5), kol ve elde uyuşma (%2.0) ve yaygın artralji (%1.5) gibi kas iskelet sorunları bir araya toplandığında başvuru yakınmalarının en büyük kısmını (%15.2) oluşturmaktadır. Bu nedenle fizik tedavi, ortopedi ve romatoloji gibi bölümlerin yanı sıra aile hekimlerinin bu tip yakınmalarla başvuran hastaya yaklaşım, birincil tanı testlerinin uygulanması, güncel bir ayırıcı tanı algoritmasının izlenmesi ve olası ise hastanın tedavisinin düzenlenmesi, özellikle de bölgesel ağrılarda önerilecek olan egzersiz eğitimi konusunda donanımlı hale gelmesi gerekmektedir. Böylece birinci basamakta çözülebilecek bu sorunlar için konsültasyon istemi azalacak ve ilgili bölümlere yönlendirilecek olgular isabetli seçilmiş olacaktır. Polikliniğimizden en çok istenen konsültasyonlar arasında fizik tedavi ve nörolojinin olması da bu gereksinimi göstermektedir.

İlk başvurular sonunda polikliniğimizde konan tanılar başında üst solunum yolu infeksiyonları ve hipertansiyon gelmektedir. ABD ve Türkiye'deki aile hekimliği ofis verileri incelendiğinde, hipertansiyonun en sık konulan tanılar arasında başta olduğu, akut üst solunum yolu infeksiyonunun ise ilk beş yakınma içinde yer aldığı gözlenmiştir^{9,10,12}. Polikliniğimizde ikinci sıklıkta konan tanı olan ve önerilen birinci basamak kılavuzlarına göre izlenen dislipidemi, dünyada da yaygın olarak uğraşılan bir sorundur^{13,14}. Değirmendere'de yapılan çalışmada ise en sık konulan tanılar arasında 3.sırada yer almıştır⁹.

İlk başvurularda düzenlenen tedavilerde kullanılan ilaç grupları incelendiğinde,

literatürle uyumlu olarak en çok reçete edilen ilaç grubunu antibiyotikler oluşturmuştur⁸.

İlk başvurularda, polikliniğimizden yönlendirilen konsültasyon sıklığı %38'dir. ABD ve Kanada'da aile hekimlerinin konsültasyon isteme sıklığı %1.0 ile %5.4 arasında değişmekte olup, Avrupa ülkelerindeki sıklık; %4.7, Adana Aile Hekimliği Merkezinde ise %2.3 ile bu oranlara benzerlik göstermektedir^{11,15}. ABD'de muayenehane hekimlerinin konsültasyonuna sıklıkla başvurduğu dallar genel cerrahi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz, göz ve üroloji olarak sıralanmaktadır¹⁵. Polikliniğimizdeki konsültasyon sıklığının bu denli yüksek olması, birimizin bir üçüncü basamak üniversite hastanesinde, temelde eğitim amaçlı olarak çalışıyor olmasına bağlanabilir. Uzmanlık öğrencilerimiz diğer klinik ve polikliniklerdeki çalışmalarının yanı sıra polikliniğimizde çalışırken buraya başvuran olguların da izlenmesi ve tanıya ulaşması ile eğitimleri desteklenmektedir. Konsültasyonla ilgili olarak bulunan kaynakların çoğu olması gerektiği gibi hastane dışında, sahada yürütülmekte olan poliklinik hizmetlerini yansıtmaktadır. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmayı savunan aile hekimliğinin çalışma alanı, hastanın evine yakın yerleşimli ve ulaşılabilir olarak kurulduğunda bu merkezin belirli bir bölgeye hizmet vermesi ve bu hizmeti sürekli olarak verebilmesi birinci basamak işlevi ile çok daha uyumlu olacaktır¹⁶. Ancak anabilim dalımız, hem uzmanlık eğitimi için bir uygulama alanı hem de tıp fakültesi öğrencileri için birinci basamak hekimliği sergilemesi açısından şimdilik üniversite hastanesi içinde yer verilen poliklinik hizmetlerini sürdürmektedir.

SONUÇ

Aile hekimleri için gelecekte ön plana çıkacak alanlar; hasta eğitimi, hasta uyumu, aile terapisi, ölmekte olan hastaya yaklaşım, yenidoğan bakımı, yatağa bağımlı hasta bakımı, adolesan sağlığı, sağlıklı gebelik, postoperatif hasta bakımı, kronik hastanın izlenmesi ve evde bakım konuları olarak sayılmaktadır^{1,17}. Bu konuların neredeyse



tamamında ailenin etkisi göz ardı edilemez. Bu konuları anlayabilmek ve başarılı sağlık hizmeti sunabilmek için aile yapısı ve işleyişinin anlaşılmasını sağlayacak aile görüşmesi becerilerinin birinci basamakta kazanılması ve uygulanması yanında farklı disiplinlerin işbirliği ve koordinasyonunu da sağlayacak yeni düzenlemeler yapılmasına gereksinim vardır^{2,18}. Böylece bir yandan aile hekimlerinin tıbbi bilgi ve beceri donanımları artırılırken diğer yandan aile hekimliği polikliniklerinin alt yapısı sunabileceği hizmetlere uygun şekle getirilerek hastanelerdeki diğer uzmanlık dallarının poliklinik yükü azaltılabilir¹⁸.

MÜ-AHEP, üniversite hastanesi içinde anlamlı bir yeri olan, diğer bölümlerle ortak çalışmalara açık, çağdaş ve güncel bir sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan, birincil bakım konusunda örnek bir birim olmayı hedeflemektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO Regional Office for Europe. Beter health for the 870 million people of the European region. European Health for All Series No.6. Health 21 The health for all policy framework for the WHO European Region'da. Copenhagen, WHO Library Cataloguing in Publication Data, 1999;26-36.
2. Oona M, Kalda R, Lember M, Maaros HI. Family doctors' involvement with families in Estonia. BMC Family Practice 2004;5:24. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/5/24> adresinden açık erişim.
3. Baird MA, Grant WD. Families and health. Family Medicine Principles and Practice'de. Taylor RB, ed. 5th Edition. New York: Springer, 1998;26-30.
4. Taylor RB. Family medicine principles: current issues and future practice. Family Medicine Principles and Practice'de. Taylor RB, ed. 5th Edition. New York: Springer, 1998;1-4.

5. Rolland J. Family systems and chronic illness. A typological model. Family Prac 1987; 26: 203-221.
6. Stelman MA. A documentation tool to improve patient care. Fam Pract Manag 2003 April;33-39.
7. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, et al. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyrnas, Greece. BMC Health Services Research 2008, 8:124 doi:10.1186/1472-6963-8-124
8. Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Rakel RE, ed. 5th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995; 1-19.
9. Topallı R, Aladağ N, Tuncay MF, Topsever P, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp fakültesi aile hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere deneyimi. Türk Aile Hek Derg 2003; 7: 165-170.
10. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile Doktorları için Kurs Notları 1.Aşama'da. 1.Basım. TC.Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset, 2004; 99-109. <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC93F93D97214554F97> adresinden en son 28.10.2008'de ulaşılmıştır.
11. Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'dan bir aile hekimliği örneği. Türk Aile Hek Derg 2006; 10: 20-24.
12. Pace WD, Dickinson LM, Staton EW. Seasonal variation in diagnoses and visits to family physicians. Annals of Fam Med 2004; 2: 411-417.
13. ICSI:Institute for Clinical Systems Integration.http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/cardiovascular/hypertension_4/hypertension_diagnosis_and_treatment_11.html
14. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/cardiovascular/lipid_management_3/lipid_management_in_adults_4.html
15. Rakel RE. Use of consultants. Textbook of Family Practice. Rakel RE, ed. 5th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995; 214-224.
16. Başak O. Sürekli bakım:Aile hekimliği uygulamasında ne yapıyoruz, neler yapmalıyız? Türk Aile Hek Derg 2003; 7:122-130.
17. Green L. FP Report. News for Today's Family Physician 200;7:1.
18. Ahmann E, Johnson BH. New guidance materials promote family-centered changes in health care institutions. Ped Nurs 2001;27:173-175.