



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Eyyup KALA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2019



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Eyyup KALA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2019

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
(Tez Onay Formu)

Arş. Gör. Dr.Eyyup KALA tarafından hazırlanan“K.S.Ü. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

(imza)
Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 04/10/2018... tarihinde kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı	Anabilim Dalı	İmza:
Başkan Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM K.S.U TIP FAKÜLTESİ Aile Hekimliği A.B.D. Öğr. No: 128745
	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.	
Üye Dr. Öğr. Üyesi Celal KUŞ	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Dr. Öğr. Üyesi Celal KUŞ K.S.U TIP FAKÜLTESİ Aile Hekimliği A.B.D. Öğr. No: 14008121100
	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.	
Üye Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK K.S.U TIP FAKÜLTESİ Aile Hekimliği A.B.D. Öğr. No: 14008121100
	İnönü Üniversitesi	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 201...

Prof. Dr. Mehmet SEKERECİOĞLU

Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince davranış ve kişiliğiyle örnek olan, tezimin her aşamasında desteğini yanı başımda hissettiğim, bilgi ve becerileriyle bana yol gösterici olan, sabrını, candan yaklaşımını asla unutamayacağım tez danışmanım, KSÜ Aile Hekimliği ABD Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca yetişmemde emeği olan ve aynı zamanda KSÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD'nin kurucusu olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve birikimyle her konuda desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Celal KUŞ'

Tezimin istatistiğini hazırlamamda yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Adem DOĞANER'e,

Birlikte çalıştığım başta aile hekimliği asistanları olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanlarıma,

Bu günlere gelmem için bana maddi manevi tüm imkanlarını sunan sevgili anneme, merhum babama ve kardeşlerime,

Her zaman olduğu gibi bu süreçte de büyük destekçim olan, heyecanımı ve sıkıntılarımı paylaşan ve tez konusu seçmemde de büyük katkısı olan sevgili eşime, yaşamıma renk ve mutluluk katan canım oğullarım Mehmet Hamza ve Talha Eymen'e şükranlarımı ve en derin minnet duygularımı sunarım.

Kasım -2019

Eyyup KALA

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Eyyup KALA

T.C. KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Temmuz-2019

ÖZET

Amaç: 1993 yılı Edinburg Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi, “tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda olduğu hastanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri mekanlarda, yani gerçek koşullarda eğitim görmelerinin” gerekliliği kararı çerçevesinde çalışmamızın amacı; tıp fakültesi eğitimlerini tamamlayarak kısa bir süre sonra aktif olarak sağlık hizmeti sunacak olan tıp fakültesi öğrencilerinin, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olması gereken (5,8) aile hekimliği disiplini bilgi düzeylerini belirlemek, öğrencilerin birinci basamağa yaklaşımı, aile hekimliği kariyerine olan ilgisini ve bunu etkileyen faktörleri saptamak ve sağlık sunumu üzerine aile hekimliği uygulamasının etkisini araştırmaktır.

Materyal ve metot: Araştırmamızın evreni 713 kişi olup 2018-2019 eğitim ve öğretim yılında KSÜ tıp fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise rastgele örneklem yöntemiyle % 5 hata payı ve %95 güven aralığında 250 kişi olarak hesaplandı. Daha sonra rastgele her sınıftan eşit ve 41’ er kişi olmak üzere toplam 246 anket çalışma için değerlendirmeye alındı. Veri toplamada, 6’si öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili,56’sı ise tıp fakültesi öğrencilerinin aile hekimliği hakkındaki bilgi,tutum ve davranışlarını ölçen toplam 62 sorudan oluşan anket kullanıldı.Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları bağımsız iki örnek t testi ikiden fazla grup

karşılaştırmaları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılmayan değişkenlerde ise iki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney u test ile üç veya daha fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis h testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerde dağılım ilişkisi Chi-Square test ve exact test ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Veriler IBM SPSS versiyon 22 programında değerlendirildi.

Bulgular: katılımcılar tıp fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinden oluşmaktaydı. Katılımcı sayısı her dönemden eşit ve 41 'er kişi olmak üzere toplam 246 kişiydi. Katılımcıların %50.4'i erkek,%49.5' u kadındı ve yaş ortalaması 22 ± 2.4 idi. Katılımcıların çoğu (%52)"Anadolu Lisesi" mezunuydu ve tıp fakültesini en fazla (%61) iş garantisinden dolayı tercih etmişlerdi. Katılımcıların %75.6' sı birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşması gerektiğini düşünüyordu. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%95.5) uzmanlık yapmak isterken,%34.6'sı aile hekimliği uzmanlığını istiyordu. Aile hekimi olarak çalışmak isteyenler ise %36.2 idi. Öğrencilerin %66.3' ü aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, %69.5 'i aile hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti olduğunu düşünüyordu. Son bir yılda aile hekimine hiç gitmeyenlerin oranı %41.1 idi. Aile hekimine gitme sayısı arttıkça aile hekiminden memnuniyetin de arttığı tespit edildi. Katılımcıların %76.8'i aile hekimini seçme ve değiştirme haklarının olduğunu biliyordu. Katılımcılar acil durumlar dışında ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurduklarını (%28.5), aile hekimine gitme nedeni olarak da en çok (%63.8) küçük sağlık sorunlarını belirtirken; gitmeme nedeni olarak "Eğitim aldığım tıp fakültesi hastanesinde muayene olduğum için" (%53) yanıtını verdiler. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%79.3) sevk sisteminin uygulanmasını istiyordu. Katılımcıların aile hekimlerinin görevleri ile ilgili verdikleri yanıtlar incelendiğinde en çok bildikleri üç önerme sırasıyla ; "Aile hekimi bebeklik, çocukluk ve erişkin dönemi aşılmasını yapar" (%90.2), "Aile hekimliği uygulamasında pansuman, enjeksiyon ve yara bakımı hizmetleri verilmektedir." (%87) ve "Aile hekimi sağlık raporu verebilir" (%84.1) iken en az bildikleri üç önerme ise; "Aile hekimliği uzmanı devamlı ilaç kullanımı için ilaç raporu çıkarabilir" (%43.9), " Aile hekimi mobil sağlık hizmeti verir." (%49.6) ve "Aile hekimi kanser taraması yapar." (%54.1) oldu. Katılımcılardan aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduklarını söyleyenlerin, aile hekimi olarak çalışmak isteyenlerin ve aile hekimi uzmanı olmak isteyenlerin aile hekiminin görevlerini daha

çok bildikleri tespit edildi. Genel olarak 1.sınıftan 6.sınıfa doğru gidildikçe öğrencilerin aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyinin arttığı görüldü. Katılımcıların aile hekimlerinin görevleri ile ilgili bilgi düzeyi puan ortalaması 12.03 (0-18) olarak bulunmuş olup iyi düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir.

Sonuç ve öneriler: Birinci basamakta verilen sağlık hizmetleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok önemli bir yere sahiptir. İnsanların büyük çoğunluğu herhangi bir sağlık problemi yaşadığında ilk olarak aile hekimine başvurmak yerine üst basamak sağlık vericilerine başvurmaktadır. Bu durum hem üst basamak sağlık kuruluşlarının maliyetini hem de iş yükünü oldukça artırmakta ve birinci basamağı kuvvetlendirmeye yönelik yapılan tüm girişimleri ve harcamaları anlamsız kılmaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısının son bir yılda aile hekimine hiç gitmediklerini belirtmiş olmaları, durumun ne denli vahim olduğunu rakamsal olarak göstermektedir. 2.ve 3.basamak sağlık vericilerine ulaşmak için sevk sisteminin getirilmesi birinci basamağın daha etkili kullanılmasını sağlayabilir. Aile hekimine başvurmayanların önemli sebeplerinden biri ASM’lerde tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olmasıdır(%27.1). Bu konudaki eksiklikleri gidermek adına ASM lerde olmayan bazı teknolojik cihazların alınması sağlanabilir ya da gerekli ek işlemlerin aile hekimlerince isteği yapılarak hastanede yapılması ve sonuçların yine aile hekimince değerlendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca aile hekimi tarafından üst basamağa yönlendirilen hastalara ayrıcalık tanınabilir. İnsanların ASM’leri ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak benimsemesi için öncelikle bu konuda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Ülkemizde yürütülmekte olan Aile Hekimliği Uygulamasının istenen başarıya ulaşması ancak kişilerde uygulamayla ilgili farkındalığın artırılması ve hasta beklentileri de göz önüne alınarak iyi eğitilmiş, görev ve sorumluluk tanımında belirtilen işleri yetkinlikle yürütecek, yoğun hizmet içi eğitim alan doktorların çalıştırılması ile mümkün olabilir. 2023 yılı için hedeflenen sayıda aile hekimliği uzmanının yetiştirilmesi için de akılcı ve gerçekçi çalışmalar yürütülmeli ve mevcut aile hekimliği uzmanlarının birinci basamağa yönlendirilmesini teşvik edici düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, aile hekimliği, sağlık hizmetleri, tıp eğitimi, hastalık

Sayfa Adedi:109

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

**KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF FAMILY MEDICINE
STUDENTS OF KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE**

(Specialization Thesis)

MD Eyyup KALA

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE**

November-2019

ABSTRACT

Objective: 1993 Edinburgh World Medical Education Summit, “Removing medical education from being dependent on hospitals that do not represent the prevalent disease pattern of society and where primary health care function is at the forefront, within the framework of the decision that students should be able to study and evaluate the health problems of the society and the living health system more closely, that is, in real conditions” , purpose of our study ; to determine the level of knowledge of the discipline of family medicine which should play a central role in providing quality, social justice, efficiency and low cost in health service systems of medical students who will provide active health services shortly after completing medical school education, the students' approach to primary care is to determine their interest in the family medicine career and the factors affecting it and to investigate the effect of family medicine practice on health presentation.

Materials and methods:The population of our study was 713 and consisted of KSU medical faculty 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th and 6th grade students in 2018-2019 academic year. Sample size was calculated as 250 people with 5% error margin and 95% confidence interval by random sampling method. Subsequently, a total of 246 questionnaires, randomly equal to 41 from each class, were evaluated for the study. Data were collected by a questionnaire consisting of 62 questions, 6 of which were related to sociodemographic characteristics and 56 of them were measuring their knowledge, attitudes and behaviors about family medicine. In the evaluation of the data, Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate the appropriateness of the variables to normal distribution. Two groups comparisons of variables with normal distribution were performed by independent two sample t test and more than two group comparisons were

performed by one way analysis of variance (ANOVA). For non-normally distributed variables, two groups were compared using Mann-Whitney u test and three or more groups were compared using Kruskal-Wallis h test. The distribution of categorical variables was examined by Chi-Square test and exact test. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$. Data were evaluated in IBM SPSS version 22 program.

Results: Participants consisted of 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th and 6th grade students of medical school. 41 students from each class were selected and the total number of participants was 246. 50.4% of the participants were male, 49.5% were female and the mean age was 22 ± 2.4 . Most of the participants (52%) graduated from "Anadolu High School ve and preferred the medical school (61%) most because of the guarantee of employment. 75.6% of the participants thought that primary care physicians should specialize. The majority of the participants (95.5%) wanted to do specialization, while 34.6% wanted family medicine. The rate of those who wanted to work as a family physician was 36.2%. While 66.3% of the students stated that they had knowledge about family medicine practice, 69.5% thought that family medicine practice was a suitable health service for our country. The rate of those who had never been to a family physician in the last year was 41.1%. As the number of visits to family physicians increased, satisfaction with family physicians increased. 76.8% of the participants knew that they had the right to choose and change the family physician. The participants stated that they mostly consulted the family physician (28.5%) except for emergencies and the most common reason for going to the family physician (63.8%) was small health problems. As a reason for not going to the family physician, they answered: "I was examined at the medical school hospital where I was educated" (%53). The majority of the participants (79.3%) wanted the referral system to be implemented. When the answers of the participants about the duties of family physicians were examined, the three most common propositions were known: "Family doctor vaccinates infancy, childhood and adulthood" (90.2%), "In the practice of family medicine, dressing, injection and wound care services are provided" (%87), and "Family doctor can give health report"(%84.1) at least three propositions they know; "The family physician can issue drug reports for continuous drug use" (43.9%), "The family physician provides mobile health care" (49.6%) and "The family physician performs cancer screening" (54.1%). It was found out that the participants who knew about the practice of family medicine, those who wanted to work as family physicians and those

who wanted to become family physicians were more aware of the duties of the family physician. In general, it was seen that the level of knowledge of the students about the duties of the family physician increased as we went from 1st grade to 6th grade. The average level of knowledge of the participants about the duties of family physicians was found to be 12.03 (0-18) and it was determined that they had a good level of knowledge.

Conclusions and recommendations: The health services provided in primary care have a very important place in our country as well as all over the world. The majority of people apply to upper level health care providers when they experience any health problems, rather than first referring to a family physician. This increases both the cost and workload of the upper level health institutions and renders all attempts and expenditures made to strengthen the primary level meaningless. The fact that almost half of the participants stated that they have never been to a family physician in the last year shows numerically how grave the situation is. Introducing a referral system to reach the second and third level health donors can make the first step more effective. One of the important reasons for those who do not apply to a family physician is insufficient facilities for diagnosis and examination in family health centers(27.1). In order to overcome the deficiencies in this subject, it may be ensured that some technological devices not in family health centers are purchased or the necessary additional procedures can be done in the hospital by requesting the family physicians and the results can be evaluated by the family physician. In addition, patients referred to the upper level by the family doctor can be granted privilege. In order for people to adopt family health centers as the first health institution to be consulted, first of all, they should be informed. Achieving the desired success of the Family Medicine Practice conducted in our country, but increasing the awareness about the practice in people. Taking into account the expectations of the patients, it is possible with doctors who are well trained, competent in the tasks specified in the definition of duty and responsibility, and receiving intensive in-service training.

Key Words: Primary care, family medicine, health care, medical education, disease

Page Number: 109

Advisor: Assist. Prof.Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık ve Sağlığın Tanımı.....	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	5
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	5
2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	6
2.3.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	6
2.3.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri.....	6
2.3.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	7
2.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri.....	7
2.3.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.....	7
2.4. Dünyada Aile Hekimliği Tanımları.....	8
2.5. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	9
2.6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları.....	11
2.6.1. İngiltere’de aile hekimliği.....	11
2.6.2. Almanya’da aile hekimliği.....	11
2.6.3. Amerika’da aile hekimliği.....	12
2.6.4. Kanada’da aile hekimliği.....	12
2.6.5. Küba’da aile hekimliği.....	13

2.6.6. Norveç'te aile hekimliği	13
2.6.7. Portekiz'de aile hekimliği	13
2.6.8. İsveç'de aile hekimliği.....	14
2.6.9. Hollanda' da aile hekimliği.....	14
2.6.10. Danimarka'da aile hekimliği.....	14
2.6.11. Çek Cumhuriyeti'nde aile hekimliği	15
2.6.12. Bulgaristan'da aile hekimliği	15
2.6.13. Finlandiya'da aile hekimliği.....	15
2.6.14. Romanya'da aile hekimliği	15
2.7. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Tarihçesi	16
2.8. Türkiye'de Aile Hekimliği Sisteminin Mevcut Uygulaması	17
2.9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.....	19
2.10. Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı.....	21
2.11. Aile Hekimliğinin İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikleri	22
2.11.1. Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği.....	22
2.11.2.Aile hekimliği disiplininin ilkeleri	23
2.11.3. Aile hekimliği disiplininin genel özellikleri	24
2.11.4. GP/AH temel ilkelerinden çekirdek yeterlilikler.....	26
2.12. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Türkiye Örneği ve Müfredat.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
3.1. Araştırmanın Yeri.....	32
3.2. Araştırmanın Tipi	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	32
3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	32
3.5. İstatistiksel Yöntem	33
3.6. Etik Konular	33
3.7. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	33
3.8. Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	60

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
7. KAYNAKLAR.....	81
8. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	91
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	92
10. EKLER DİZİNİ.....	94
EKLER	95



KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	: World Health Organization
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
UTEAK	: Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AMA	: American Medical Association
UNİCEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHUD	: Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
TAHUD	: Türkiye Aile hekimliği Uzmanlık Derneği
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
GP/AH	: Genel Pratisyen/ Aile Hekimi
RCGP	: Royal Collage of General Practice
TAHYK	: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
TUKMOS	: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
TAHYK-YK	: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu-Yürütme Kurulu
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
OMÜTF	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
ASM	: Aile Sağlık Merkezi
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
KSÜ	: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
ORT	: Ortalama
SS	: Standart sapma
BB	: Birinci Basamak

1.GİRİŞ VE AMAÇLAR

1.1. Giriş

Tıp eğitimi tıp fakültesine girişle başlayan ve emekliliğe kadar süren yaşam boyu bir egitimdir (1).

Tıp eğitiminin amacı, 1988 yılında Edinburg Deklarasyonu ile “tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltecek hekimler yetiştirmek” olarak belirlenmiştir. Aynı deklarasyonda tıp eğitimi uygulamaları esnasında toplumun tüm kaynaklarının kullanılması, ülkenin sağlık önceliklerine uygun programların geliştirilmesi, öğrencinin öğrenme sürecinde aktif rol alması, öğrencilerin değerlendirme süreçlerinin bilgi birikimi ve mesleki yeterliliği birlikte ölçebilecek şekilde planlanması, sağlık hizmetlerinin tıp eğitimine entegre edilmesi konuları üzerinde de durulmuştur (2).

1993 yılında yine Edinburg’da Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi’nde tıp eğitimi için 22 eylem önerisi içerisinde; “var olan sağlık sistemine uygun olmayan ve ulusalgereksinimleri karşılamayan tıp eğitiminin başarılı sayılamayacağı belirtilmiştir. Ayrıca, “tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve ikinci basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda tutulduğu hatanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık problemlerini ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri yerlerde, yani gerçek koşullarda eğitim görmelerinin” gerekliliği vurgulanmıştır (3).

Dünya Hekimler Birliği de tıp eğitiminin amacını, “hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde “yetenekli ve yeterli” olan hekimleri yetiştirmek” şeklinde belirtmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi kapsamında, 1994 yılında Ontario-Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dökümanının özet bölümünde şu ifadelere yer verilmektedir:

“İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile

hekim, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşilmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda DSÖ ve WONCA tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir” (5).

WONCA sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde her tıp fakóltesinin genel tıbbi bakım öğretisini mezuniyet öncesi tıp eğitimi ders programının bir bölümü haline getirmesini ve yeni mezunların birinci basamakta bir kariyer yapmaları için daha büyük teşvikler ve itici faktörler sağlanmasını tavsiye etmiştir (6).

Türkiye’de Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi (UTEAK) Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları arasında “Tıp fakólterindeki eğitim ortamları sadece hastaneler ile sınırlı kalmamalı, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumların uygun bir birleşimi sağlanmalıdır ve toplumun kendisi de uygun bir plan ve programla eğitim ortamı olarak mutlaka değerlendirilmelidir” kararına varmış, klinik eğitim ortamı ve fırsatları açısından “Tıp fakólterleri öğrencilerine mümkün olan en erken dönemden itibaren ayaktan bakım birimleri, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında klinik deneyim edinme ve öğrenme fırsatı sunmalıdır” diyerek tıp fakóltesi eğitiminde birinci basamağın da mutlaka eğitim müfredatının içinde yer alması gerektiğini vurgulamıştır (1).

1.2. Amaç

Birinci basamak sağlık hizmetleri tanımı ve stratejileri 1978 yılında Alma-Ata bildirgesiyle belirlenmiştir. Türkiye de bu bildireye imza atan ölkelerden birisidir (7,8). Birinci basamakta sverilen hizmetin; devamlı, toplum yönelimli ve bütüncül olması beklenir (9).

Dr. Francis Peabody, 1923 yılında tıpta uzmanlaşmanın hızla arttığını ve hastaların ortada kalmaması için onları bir bütün olarak değerlendirecek kapsamlı ve kişiye yönelik hizmet veren genel pratisyenliğe dönölmesi gerektiğini (10) savunmasının ardından; aile hekimliği, geçen yüzyıl boyunca pek çok aşamadan geçerek ve önemini her geçen gün kanıtlayarak bu günkü şeklini almış ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi temel sağlık hakkı, DSÖ sağlık hedefleri ve Alma Ata konferansı Bildirisi çerçevesinde WONCA şemsiyesi altında tüm dünyada akademik bir tıp

disiplini olarak Birinci Basamağın temel yapıtaşını oluşturmaktadır. Dünyadaki gelişmeleri takiben ülkemizde de birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce ilinde başlanmış ve 2010 yılından itibaren de tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (11). Aile hekimliği uygulama yönetmeliği madde 4-(1) e göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (12).

1993 yılı Edinburg Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi, “tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda tutulduğu hastanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri mekanlarda, yani gerçek koşullarda eğitim görmelerinin” gerekliliği kararı çerçevesinde çalışmamızın amacı; tıp fakültesi eğitimlerini tamamlayarak kısa bir süre sonra aktif olarak sağlık hizmeti sunacak olan tıp fakültesi öğrencilerinin, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olması gereken (1,5,6) aile hekimliği disiplini bilgi düzeylerini belirlemek, öğrencilerin birinci basamağa yaklaşımı, aile hekimliği kariyerine olan ilgisini ve bunu etkileyen faktörleri saptamak ve sağlık sunumu üzerine aile hekimliği uygulamasının etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlığın Tanımı

Toplumları meydana getiren bireylerin öncelikli hedefi, sağlıklarını koruyarak yaşam mücadelesi vermeleridir. Bireyler sağlıklı olmasalar da alacakları sağlık hizmetleri sayesinde hayatlarını sürdürebilirler. Ancak hayatta yaşamlarını devam ettiren insanların ilk önceliği sağlıklı olarak yaşam mücadelesine devam etmektir. Çünkü yaşamın kaynağı sağlıklı olmaktan geçmektedir. Bireyin sağlıklı bir yapıya sahip olması diğer hayati gereksinimlerinin en üstünde yer alır ve bunundışında kalan maddi gereksinimlerinin çok da önemi yoktur. Bu bağlamda sağlık, bireyler için enbüyük servettir (13).

Sağlık ve hastalık kavramları toplumun ihtiyaçları ya da kültürlerine göre farklılık göstermektedir. Toplumların yaşayış biçimleri, ihtiyaçları, hayatlarını sürdürdükleri coğrafya, biyolojik ihtiyaçları ve güvenlik ihtiyaçları gibi gereksinimler sağlık ve hastalık ifadelerinin tanımı üzerinde etkili olmaktadır. Bu bağlamda sağlığın en genel ve geçerli tanımını DSÖ'nün kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. DSÖ'nün1948'deki tanımına göre "Sağlık hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, ruhsal, bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak ifade edilmektedir. Bu tanıma ek olarak yakın bir tarihte "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir ömür sürebilme" ifadesi de ilave edilmiştir. (14). Bu tanımlara göre sağlık, yaşamın bir amacı değil, günlük yaşamın bir kaynağıdır. Sağlık, İnsan Hakları Beyannamesi'nde (1948) insanların sahip olduğu hakların yapıtaşısı olarak belirtilmiştir (13).

Yukardaki tanımlara göre sağlık kavramı insanın yalnız biyolojik olarak iyi olma durumundan etkilenmemektedir. Ruhsal durumu, psikolojik durumu, yaşadığı kültür, insanlarla olan etkileşimi ve maddi durumlar bireyin sağlığı üzerinde etkili olan faktörlerdendir.Sağlıklı bireylerden, mutlu ve ekonomik yönden daha iyi toplumlar ve milletler meydana gelmektedir (15).

Bireyin sağlıklı olması önemli olduğu gibi mevcut sağlık durumunun devam ettirilmesi de çok önemlidir.Sağlığın korunması, devamının sağlanması ve daha iyi duruma getirilebilmesi için sosyal ve ekonomik çevrelerin bir arada çalışması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri için ekonomik çevreler finans kaynağını sağlarken, sosyolojik çevreler de fiziki çevrenin oluşmasını sağlamalıdır. Bu kapsamda ülkeler

vatandaşlarının sağlıklarını devam ettirmelerini sağlayabilmek için çeşitli etkinliklerle birlikte farklı alanlarda sağlık hizmetleri sunarak sağlıklı bir toplum oluşturmaya çalışmaktadırlar (16).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri kısaca “Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü” olarak ifade edilebilir (17). Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri; tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere e ayrılırlar. Modern sağlık tanımının içerdiği tam iyilik halinin anlaşılabilmesi için bunlara dördüncü bir başlık olarak sağlığın geliştirilmesini de eklemek gerekir. Sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı bir tanımı ise “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması, kişilerin ve toplumun bu faktörlerin zararlı etkilerinden sakınması, hastaların tedavi edilmesi, tam olarak iyileşmeyi sekel kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların kimseye ihtiyaç duymadan hayatlarını devam ettirmeleri için rehabilite edilmesi ve insanların sağlık seviyesini artırmak amacıyla yapılan organize çalışmaların tümü” şeklinde yapılabilir (18).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilitee edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört aşamadan meydana gelmektedir.

2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Bireyleri erken ölümden, sakat kalmaktan, yaralanmaktan ve hastalanmaktan sakınmak maksadıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu korumanın da birincil, ikincil ve ncl koruma olmak üzere 3 ayrı boyutu vardır.

Birincil korunma; hastalık bireyde biyolojik olarak ortaya çıkmadan gerekli tedbirler olarak söz konusu hastalığın ortaya çıkmasını engellemektir.

İkincil korunma; hastalıkların semptomsuz zamanlarında veya semptomların hafif olduğu dönemlerde teşhis edilip gerekli müdahalelerin yapılmasıdır.

Üçüncül korunma; hastalığın klinik bulgu ve belirtileri meydana geldikten sonra, hastaların en uygun şekilde tedavi edilmesi ve sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetlerden oluşur(18).

Koruyucu sağlık hizmetleri başka bir sınıflamaya göre bireye ve çevreye yönelik sunulan koruyucu sağlık hizmetleri olarak da incelenebilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri erken teşhis, ilaçla koruma, aşılama, aile planlaması, beslenmenin düzenlenmesi, sağlık eğitimi, bireysel hijyenin geliştirilmesi gibi doğrudan bireylere yönelik verilen hizmetlerdir. Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise temiz su sağlanması, vektörlerin kontrolü, gıda kontrolü, atıkların zararsız duruma getirilmesi, gibi çevredeki olumsuz kimyasal, fiziksel ve biyolojik faktörlerin insanları etkilemelerini önleyerek kişisel sağlıklarını koruyabilmektir (17, 18).

2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, insanlarda hastalık veya sakatlık halinin meydana gelmesi durumunda sunulan sağlık hizmetleridir. Bu sağlık hizmetleri, kişilerin tekrar eski sağlığına kavuşması için yapılan fiziki muayene ve tedavi sürecini kapsamaktadır ve üç aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha gelişmiş olup üst düzey sağlık çalışanları tarafından daha gelişmiş teknolojilerle verilmektedir (19).

2.3.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

İnsanlarda ortaya çıkan hastalıkların tedavisi için ilk başvuru yaptıkları ve genelde ayakta tedavi alabildikleri sağlık hizmetidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaneye yatırmaya gerek duyulmayan, iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kişinin tedavi hizmeti aldığı ilk sağlık kuruluşudur (20). Hastanın sağlık personeli ile ilk temasının sağlandığı yerdir. Türkiye’de bu sağlık hizmetini veren yerler; sağlık evi, ana-çocuk sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, muayenehaneler ve verem savaş dispanserleridir (19).

2.3.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastalara genellikle yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık hizmetleridir (21). Türkiye’de yataklı sağlık merkezleri, özel sağlık

kurumları ve devlet hastaneleri ikinci basamak sağlık hizmeti sunan yerler arasında bulunmaktadır (19).

2.3.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzeyde uzmanlaşmış ve gelişmiş özel teknolojilerin kullanıldığı sağlık merkezleridir. Bu merkezlerde birinci ve ikinci basamakta verilemeyen özel tedavi gerektiren ve ileri derecede hastalanmış bireylere sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu sağlık kuruluşları genellikle belli bir hastalık üzerinde uzmanlaşmış ya da belli bir yaş aralığına hizmet veren ekiplerden oluşmaktadır. Türkiye’de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren yerler arasında; üniversite hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve kanser hastaneleri bulunmaktadır (19).

2.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, insanların hastalık, kaza ya da farklı bir nedenle ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik sekellerinin tedavi veya rehabilite edildiği sağlık hizmetidir. Bu sağlık hizmetinde öncelik bireylerin hastalıklarını iyileştirmektir, bu mümkün değil ise hastalığı en aza indirebilmek ve bireylerin başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlamaktır (22). Rehabilite edici sağlık hizmetleri iki şekilde sunulmaktadır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Fiziksel sakatlıkların, sekellerin giderilmesidir

Sosyal Rehabilitasyon; meslek öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamadır (19).

2.3.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı bireylerin, sağlık seviyelerini artırmak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde esas sorumluluk, bireyin kendisine aittir (23). Sağlığın geliştirilmesi bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık düzeylerini en üst seviyeye yükseltmek için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (24).

2.4. Dünyada Aile Hekimliği Tanımları

Aile hekimliğine olan gereksinim tıp bilimlerinde uzmanlaşmaların artması sonucunda hastalara temel yaklaşımı uygulayacak hekimlerde eksikliğin doğması neticesinde ilk defa 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde dile getirilmiştir. Bunu takiben aile hekimliği konusunda çeşitli tanımlar yapılmıştır (13).

Leeuwenhorst 1974 yılında, aile hekimini, “Yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın kişilere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı kişilere bireysel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti veren tıp fakültesi mezunu” olarak tanımlamıştır. Leeuwenhorst’a göre aile hekiminin temel amacı erken tanı koymaktır. Bir doktor olarak kendisine sunulan her probleme yönelik ilk kararları verir. Kronik, tekrarlayan ya da terminal dönem hastalıkları olan kişilerin sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir (25).

WONCA, aile hekimini 1991 yılında yaptığı tanımlamada “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı olarak bakım sağlayan ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekim” olarak tanımlamaktadır. Genel pratisyen / aile hekimi, tıbbi bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp doktoru olarak işlev görür (25).

Olesen (2000) yılında aile hekimini “Aile hekimini, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık problemi (problemleri) için bakım verici ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzman” olarak tanımlamaktadır. Aile hekimi, hastanın ve hastalığın özelliklerine bakmaksızın problemin çözümü için mevcut olanakları hastaların faydasına olacak biçimde sunan kişilerdir (25).

DSÖ aile hekimi kavramını "Kendisine bağlı olan nüfusa yaş cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti sunan, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktoru" olarak tanımlamaktadır (26).

Milis ve Willard raporlarına göre, Aile Hekimi, bütün hastalarına hakim olan, tedavide hem insani değerleri hemde bilimsel tıbbi kullanan kişisel hekimdir. Hastanın ilk başvuru noktasında bütün sağlık gereksinimlerini değerlendirir, kişisel ya da diğer uzman doktorlarla beraber bakım verir, ihtiyaç halinde sevk eder, sağlıkla ilgili her

konuda devamlı bir sorumluluk üstlenir, hastanın, aile, toplum ve sosyal çevresini de kapsayacak biçimde sağlığıyla ilgili her konuda sorumluluk üstlenir (27).

Dünya genelinde aile hekimi tanımlarını incelediğimizde; bireyleri ayırım yapmaksızın tedavi eden hekimler olarak değerlendirildiğini görmekteyiz. WONCA'nın (1991) tanımında aile hekimliğinin bir ekip işi olduğu kavramları ön plana çıkarken, Olesen'in (2000) tanımlarında aile hekiminin birinci basamakta sağlık hizmeti vermesi ağırlık kazanmaktadır. DSÖ tarafından yapılan aile hekimi tanımı içerisinde WONCA (1991) ve Olesen (2000) tanımları içerisinde öne çıkan kavramların da yer aldığı geniş bir aile hekimliği tanımı yapılmıştır.

Aile Hekimi: Aile Hekimliği Kanunu'nda "Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir ortamda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" olarak tanımlanmıştır (Ek 1, Madde 2).

Aile hekimliği; kişileri biyolojik, psikolojik ve sosyal çevreleri ile birlikte doğumundan ölümüne kadar bir bütün halinde ele alan, kişilere hekimlerini seçme ve değiştirme hakkı veren bir uygulamadır (28).

2.5. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik ifadeleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu kavramın İngiltere'de kullanımı 1820'lere dayanır (29). Aile Hekimliği disiplinin bir uzmanlık dalı olarak benimsenmesi ise çok sonraları mümkün olmuştur. Dr. Francis Peabody, 1923 yılında tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını, kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti sunan bir uzmanlık dalının gerekliliğini belirtmiştir (30). 1952 yılında İngiltere'de genel pratisyenler birleşerek "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji' ni" (Royal College of General Practitioners) kurmuşlardır (31). Amerikan Tıp Birliği'nin (American Medical Association, AMA) isteğiyle kurulan Tıp Eğitimi Halk Komisyonu'nun tıp eğitiminin standartları ve niteliği konusunda hazırladığı rapor 1966 yılında Prof. John Millis tarafından kamuoyuna açıklanmıştır.

Millis raporunda bilgi artışı ve aşırı branşlaşmaya, sağlığa ilişkin talep ve beklentilerin artmasına, demografik yapının değişimine ve tıp uygulamasında kurumsallaşmanın artışına özellikle dikkat çekilmiştir. Aynı yıl Willard Komitesi olarak da anılan ve Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, Tıp Eğitim Konseyi, Amerikan Tıp Kolejlere Birliği ve Amerikan Tıp Birliği temsilcilerinden oluşan Aile Hekimliği Eğitimi Özel Komitesi'nin hazırladığı rapor da yayınlanmıştır. Bu raporda aile hekiminin tanımı yapılmış, görevleri sıralanmış, aile hekimliği eğitim programının temel ilkeleri ve bileşenleri belirtilmiş, Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu ve bir uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği'nden bahsedilmiştir (32). Aile Hekimliği'nin önemli kilometre taşları olarak kabul edilen bu iki raporun etkileri ile 1969 yılında ABD 'de Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (31).

WONCA, 1972 yılında kurulmuştur. 1978 yılında Alma Ata şehrinde UNICEF ve DSÖ'nün birlikte organize ettikleri Temel Sağlık Hizmetleri temalı uluslararası toplantının oldukça mühim neticelerinden biri de "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine doğru giderken birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine has bilgi ve şartlar barındırdığı ve bunun uzmanlaşmış doktorlarca verilmesi gerektiğinin belirtilmesidir. Bunun neticesinde dünya genelinde bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık politikalarını ve sistemlerini bu hedef çerçevesinde tekrardan değerlendirmeye almışlardır (31). DSÖ ve WONCA Kanada'nın Ontario şehrinde 1994 yılında "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" temalı ortak bir toplantı organize etmişlerdir. Bu toplantının sonunda yayınlanan bildiride aşağıdaki önerilere yer verilmiştir (33):

- Aile hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalıdır.
- Temel tıp eğitimi, sonraki uzmanlık eğitimi için uygun bir temel sağlamalıdır.
- Aile hekimliği disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalıdır.
- Her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitim programları yapılmalıdır.

1986 yılında Avrupa Konseyi, Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak doktorların tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bunun 1 Ocak 1995 yılından itibaren uygulanmaya koyulacağını

belirtmiştir.1996 yılında ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 2001 yılından itibaren geçerli olmak üzere en az 3 yıl olarak düzeltilmiştir (34).

2.6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Dünya genelinde birçok ülkede aile hekimi birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmakla beraber uygulamada ve adlandırmada farklılıklar vardır. Ülkeler ihtiyaçlarına, ekonomik kaynaklarına ve sosyal yapılarına uygun modeller geliştirmiş ve uygulamaya geçirmişlerdir (31, 35).

2.6.1. İngiltere’de aile hekimliği

Aile hekimliği değil "Genel Pratisyenlik" deyimi kullanılır. Tek başına veya 4-5 hekim birleşerek muayenehanelerinde görev yaparlar. Onlara duruma göre değişmek üzere hemşire, ebe, ev ziyaretçisi hemşire, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi veya paramedikal bir ekip eşlik eder (35). Bir aile hekimi yaklaşık 2000-3000 kişiye hizmet verir. Hastanın doktoru, doktorun de hastayı seçme özgürlüğü vardır (31). Uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl olup 2 yılı hastanede, 1 yılı sahada eğitici Aile Hekiminin yanında geçmektedir (29). Bu eğitimin sonunda sınav zorunlu olmamakla beraber Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji üyeliği için sınava girerler (35).

2.6.2. Almanya’da aile hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile doktorları tarafından sunulmaktadır. Birinci basamakta görev alacak doktorlar için aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1994 yılından itibaren zorunlu hale getirilmiştir. Hastalar kayıtlı oldukları aile doktorlarına en az 3 ay bağlı kalmak zorundadırlar. Aile doktorları gerek duyarlarsa, hastalarını hastaneye veya üst basamaktaki uzmanlara sevk edebilirler. Aile hekimleri acil hastalara çalışma saatleri dışında da hizmet vermek zorundadırlar (36). Alman sağlık sistemi işveren ve çalışan tarafından finanse edilen sosyal sigorta üzerinden yürümektedir. Kanuni sağlık sigortası toplumun %90'a yakınına kapsamaktadır. Temel Sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Aile hekimi muayenehanesinin ihtiyaçlarını kendisi almakta ve çalıştırdıkları personelinin maaşını da kendisi ödemek zorundadır (37).

2.6.3. Amerika’da aile hekimliği

ABD’de sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü özel sektör tarafından yürütülmekte ve toplumun sağlık ihtiyaçının % 86’sı bu Şekilde karşılanmaktadır. ABD’de sevk sistemi düzenli uygulanmamaktadır. Kişinin hekimini seÇme Őansı olduğu gibi, hekimin de hastasını seÇme imkanı vardır. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu aile hekimliği uzmanı, iÇ hastalıkları, kadın-doğum, ocuk sağlığı ve hastalıklarından oluşmaktadır. Sağlık giderlerindeki demeler muayene karŐılıđında alınmakta ya da kişi başına olarak ödenmektedir. ABD nüfus başına en fazla sağlık harcaması yapmasına rağmen, diğer gelişmiş ülkelere göre sağlık düzeyi daha geridedir (13). ABD’ de tedavi edici hizmetler dışında birinci basamak sağlık hizmetleri özel sektör ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında yrtlmektedir. Bu nedenle ABD ‘de birinci basamak olarak ifade ettiğimiz yapı, bireylerin rahatsızlandıklarında başvurdukları özel doktor muayenelerinden ya da hastanelerden meydana gelmektedir. İnsanlar muayene oldukları doktorlar tarafından bir üst basamağa sevk edilebileceği gibi kendileri de bir üst basamağa baŐvurabilirler ya da başka doktora gidebilirler. Yalnız bu uygulama anlaşmalı hekimlerle ve kişinin sahip olduğu sigorta poliçesinin kapsamı ile sınırlıdır (38).

2.6.4. Kanada’da aile hekimliği

Kanada’da bütün vatandaŐlar ulusal sağlık sigortası kapsamındadırlar. Ayrıca 65 yaş üstündekiler ve ekonomik durumu kötü olanlar devlete sağlık sigortası primi ödemezler. Aile doktorları tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca aile hekimleri ikinci basamağa sevkini uygun gördükleri kişilerin tedavi sürecini de takip ederler. Aile hekimleri genellikle Őehirlerde muayenelerinde çalışırken, kırsal alanda ise küçük hastanelerde ve sağlık merkezlerinde görev yaparlar. Aile hekimleri ülkedeki tüm hekimlerin yarısını oluşturur ve ülkedeki en büyük hekim grubudur. Kanada’da bütün tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri mevcuttur. Mezuniyet ncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde dört-altı hafta süreyle verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi  yıla çıkarabilirler ve böylece akademik kariyere, acil tıpa veya geriatriye yönelebilirler (13).

2.6.5. Küba’da aile hekimliği

Küba sağlık sistemi bütün bireyleri kapsar, kolay erişilebilir ve ücretsizdir. Aile hekimi başına yaklaşık 1000 kişi düşer. Her aile hekiminin bir hemşiresi vardır. Aile hekiminin, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı teşvik (egzersiz, yaşam tarzı, tütün ve alkol kullanımının azaltılması beslenme eğitimi,) aşılama, ve rehabilitasyon hizmeti görevleri bulunmaktadır. İnsanlar sağlık hizmetinden faydalanmak için genellikle aile hekimlerine başvuru yapmaktadırlar. Polikliniklerin sorumluluğu olduğu bölgelerde genellikle 60’dan fazla aile hekimi görev yapmaktadır. Bireylerin gerekli olması durumunda tetkik ve tahlilleri polikliniklerde yapılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında ödüllendirme veya rekabet yer almaz.. Aile hekimlerinin, ücretleri iyi düzeydedir. Son zamanlarda doktorların eğitimi değiştirilerek, bütün doktorların “Genel Tıp Uzmanı” olmaları sağlanmıştırdır (38).

2.6.6. Norveç’te aile hekimliği

Norveç’te sağlık merkezleri birinci basamak sağlık hizmetleri vermekle yükümlüdürler. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri bulunmaktadır. Yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, sağlık merkezlerinde ebe, hemşiire, diş hekimi gibi sağlık personelleri ile birlikte hizmet sunarlar. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri bir arada verilir. Hekim ödemeleri hasta başına yapılır. Aile hekimliği uzmanlık süresi beş yıl olarak belirlenmiş ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Bu beş yıllık eğitimin dört yılı uygulama şeklinde sahada bir aile hekiminin yanında geçirilirken, bir yılı klinikte geçirilir. Sürekli eğitim zorunludur (13).

2.6.7. Portekiz’de aile hekimliği

Portekiz’de 1979 da Ulusal Sağlık Sistemi kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl olup, uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Bu eğitim birinci basamakta hizmet veren doktorlar için 1987 yılından itibaren mecburi hale getirilmiştir (13). Portekiz’de aile hekimlerinin de içinde yer aldığı sağlık merkezleri bir ekip olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini vermektedirler. Her birey bir aile hekimine kayıtlı olmak zorundadır ve bireylerin doktorunu seçme hakları bulunmaktadır. Ortalama bir aile hekimine 1500 nüfus düşmektedir. Aile hekimlerinin sevk etmesi durumunda hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden

faydalanabilmektedirler. Genelde sağlık merkezlerin tanı yöntemleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmeti vermemektedir. Bu nedenle hastalar bu hizmetler için özel kuruluşlara sevk edilir (38).

2.6.8. İsveç’de aile hekimliği

İsveç’teki sağlık sisteminin en önemli özelliği zorunlu sevk sisteminin uygulanmamasıdır (39). Ancak birinci basamağa gitmeden üst basamaklara başvuran kişiler için farklı bir katkı payı sistemi uygulanmaktadır. İsveç’de sağlık sistemlerinin her basamağında katkı payı şahıslar tarafından karşılanmaktadır. Ancak birinci basamağı özendirmek maksadıyla kişiler aile doktorlarına gittiklerinde ödedikleri katkı payı miktarı, ikinci ve üçüncü basamaklara sevk almadan gittikleri zaman ödedikleri katkı payından daha azdır. Aile hekimi hastayı sevk ettiğinde özel sağlık kuruluşlarına gidilse bile ek ücret alınmamaktadır. Direkt olarak üst basamak sağlık merkezlerinden randevu alınabilsede, bekleme sürelerinin fazla olması nedeniyle hastalar birinci basamağı daha fazla tercih etmektedirler (40).

2.6.9. Hollanda’ da aile hekimliği

Acil durumlar dışında hastaların ilk olarak aile hekimine başvurma zorunluluğu vardır (39). Bir aile hekimine ortalama 2000-2500 arası kişi düşmektedir. Hollanda tam anlamıyla kapitutuculuk uygulaması yapan ülkelerden biridir (39). Halkın zorunlu kayıt olması gereken kamusal sağlık sigortaları ve tamamlayıcıözel sigortalar ile finansman sağlanmaktadır. Özel sigortaların da aile hekiminden sevk almadan uzman hekimden alınan hizmeti karşılamaması sevk sisteminin yürümesinde etkili olmaktadır.

2.6.10. Danimarka’da aile hekimliği

Sigorta sistemi bütün toplumu kapsamaktadır. Kişi Aile hekimine veya onun sevk ettiği uzman hekime gittiği zaman herhangi bir ek ücret ödemez. Nüfusun %3’ü ise farklı bir tip sigortaya sahiptir. Bunların ikinci basamaktan ya da uzman doktorlardan hizmet almak için aile hekimine başvurmalarına gerek yoktur. Ancak ek ödemeleri kendileri karşılarlar. Doktorlar hizmet başına ücret almaktadırlar. Ortalama bir aile hekimine 1600 kişi düşmektedir. Aile hekimine yıllık ortalama başvuru sayısı 6’dır. Aile hekimleri normal çalışma saatleri dışında acil sağlık hizmetlerini de nöbetleşe üstlenirler (41).

2.6.11. Cek Cumhuriyeti'nde aile hekimliği

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması bulunmaktadır.Hastaların aile hekimlerinden aldığı hizmetlerden veya aile hekiminin sevk ettiği uzmandan aldığı hizmetlerden dolayı ek ödeme yapmazlar. Sağlık hizmetleri bölge sağlık bürolarınca yürütölmektedir (41).

2.6.12. Bulgaristan'da aile hekimliği

Aile hekimine düşen ortalama süfus 1300 civarındadır. Acil durumlar dışında aile hekimlerine başvurma zorunluluğu vardır. Ancak uzmana yada üst basamağa sevk hızı %50'den fazladır.Aile hekimleri hem kendilerine kayıtlı nüfusa hem de verdikleri hizmet başına olacak şekilde ödeme alırlar. Ayrıca kırsal bölgelerde çalışan doktorlara zor koşullarda çalışmaları sebebiyle ek ödeme yapılmaktadır (41).

2.6.13. Finlandiya'da aile hekimliği

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması ile finansman sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti yerel yönetimler tarafından organize edilmektedir. Birinci basamakta daha çok sağlıklı yaşamı teşvik programları, koruyucu hizmetler ile tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Üst basamak hastanelerden hizmet almak için aile hekiminden sevk almak gerekmektedir (41).

2.6.14. Romanya'da aile hekimliği

Sosyalizmin sona ermesinden sonra Avrupa Birliği ve Dünya Bankası'ndan alınan kredilerle sağlık reformu başlatılmıştır. Birinci basamakta çalışan doktorlar kendi muayenehanesinde hizmet vermektedirler. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilere bağışıklama, birinci basamak teşhis ve tedavi hizmeti, gebe izlemi gibi bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini vermektedirler. Koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Aile hekimi aşılama hızı, kronik hastalıkların durumu, bulaşıcı hastalıkların bildirim ve gebe izlemi ile ilgili kayıtları hem bölge sağlık sigortasına hem de bölge halk sağlığı idaresine bildirir. Hastaların Acil durumlar dışında aile hekimine başvurma zorunluluğu vardır. Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı nüfus başına, verilen hizmet başına ve ofis giderleri için ödeme yapılmaktadır (42).

2.7. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile Hekimliği 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’a göre yürütülmektedir. 1970’li yılların ortalarında aile hekimliği genel olarak sağlık ocağı doktorunun fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel kabul görmemiştir. Aile hekimliğinin ülkemizde verilmesinin zorunlu hale gelmesi 1983 yılında mümkün olmuştur. (43). Ülkemizde aile hekimliğinin gelişmesinde 3 dönemden bahsedilebilir

Bu dönemlerden ilki 1983-1993 dönemidir. Aile Hekimliği "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde bir uzmanlık dalı olarak 5 Temmuz 1983 tarihinde yer almıştır. Devlet hastanelerinde uzmanlık eğitiminin başlaması ve ilk uzmanların yetişmesi yanında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1984’te ilk aile hekimliği anabilim dalı kâğıt üzerinde kurulmuş, İstanbul, Ankara ve İzmir’de 1985’te Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde fiilen hayata geçmiştir. "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği"ni (AHUD) Ankara’da 1990’da Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar kurmuşlardır ve İstanbul’da ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi"1993 yılında düzenlenmiştir. Yine AHUD’un İstanbul şubesi tarafından bu dönemde bilimsel platformda bir ilk olan "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) yayın hayatına başlamıştır. Bu dönem bir anlamda aile hekimliğinin ilk adımlarının atıldığı bir dönem olarak da ifade edilebilir (44).

İkinci dönem 1993- 2002 yıllarını kapsamaktadır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve "Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı" ve aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları, ilk akademik düzeydeki çalışmaların başlatılması ve pilot bölge uygulamaları gerçekleşmiştir (45). 1990 yılında Ankara’da kurulmuş olan AHUD, 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla başına”Türkiye” ifadesi konularak Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) biçiminde ad değişikliği yapılmıştır. Türkiye’de 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu’nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli bir adımdır. Bu karar çerçevesinde ilk olarak Trakya Üniversitesi’nde 17 Eylül 1993’te Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak, aile hekimliği asistan eğitimi üniversitelerde başlamıştır. Aile

hekimliği uzmanları 1994 yılında akademik kadrolarda yer almaya başlamıştır. Ayrıca Gülhane Askeri Tıp Akademisinde (GATA) Aile Hekimliği Anabilim Dalı ikinci olarak kurulmuştur (13). "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" 1993'te ilk İstanbul'da düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" ve "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" tarafından 1994 yılında Ankara'da, 1996 yılında İzmir, Bursa ve Adana'da "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı Nisan 1995'te Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" tarafından yayınlamıştır (46).

Üçüncü dönem olarak 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı"nda "Herkesin Sağlık" sloganı altında yer alan temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir (47). Bu dönemde Türkiye WONCA'ya tam üye olmuştur. Bakan onayıyla Düzce 3 Ocak 2005'te 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna dayanarak Pilot il olarak belirlenmiştir. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde Aile hekimliği uygulaması, Aralık 2010 yılından itibaren 81 ilde hayata geçirilmiştir (48).

Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetinde tedavi edilebilecek hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gitmeden tanı ve tedavilerini yapmak suretiyle zaman kaybının önüne geçilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması, sağlık kuruluşlarındaki bekleme sürelerinin azaltılması ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması hedeflenmektedir (49).

2.8. Türkiye'de Aile Hekimliği Sisteminin Mevcut Uygulaması

Literatürde aile hekimliği ile genel pratisyen kavramının genellikle eş tutulduğundan Türkiye'deki "aile hekimliği" tartışmasını da iyi anlamak gerekir. Kanunun getirdiği yenilikler maddeler halinde incelenecek olursak:

1) "Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Kişiler bakanlıkça belirlenen süre sonunda aile hekimlerini değiştirebilirler. "Herkesin istediği aile hekimine kayıt olabilmesi ve değiştirme hakkının olması, birinci basamakta bölge bazlı izlem yerine kişi bazlı izlem sisteminin getirdiği bir yenidir."

2) “Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır.” Tam kapitutuculuk uygulamasından bu maddeyle vazgeçilmiştir. Eski sistemde birden çok sosyal güvenlik kurumu ve bu kurumlara bağlı hastaneler ve her bireyin farklı hastanelere başvuru ve ödeme durumlarının farklı olduğu zamanlarda oldukça zor uygulanacak olan sevk sistemi, tek sosyal güvenlik kurumunun olduğu günümüzde ise daha kolay uygulanabilir. Birinci basamakta verilen hizmetlerin tüm nüfusa ücretsiz olarak sunulması beklenen ve olması gereken iyi bir uygulamadır.

3) “Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğu eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.” Bu maddede yapılan tanımla aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde sadece bireye hizmet vereceği belirtilmiştir. Ayrıca aile hekimi uzmanı olmayan diğer branş uzmanları ve genel pratisyenlerin de aile hekimliği yapabileceği belirtilmiştir.

4) “Aile hekimlerine (aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle) yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; aile sağlığı merkezi giderleri, çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, gezici sağlık hizmetleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı, aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları ve belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi gibi kriterler esas alınır.” (11) Bu maddeyle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki finansman modeli değiştirilmiştir. Artık her aile hekimi bulunduğu ASM’nin giderlerini kendisi karşılayacak ve giderlere ait bir ödemeyi alacaktır. Kısaca özetlemek gerekirse Türkiye’deki sistemin kendine has özellikleri; kişilerin dilediği aile hekimine kayıt olabilmesi, aile hekimi olarak belirli bir süreyle eğitimden geçmiş genel pratisyen hekimlerin de çalışabilmesi, zorunlu sevk sisteminin olmayışı ancak sevk olmadan üst basamağa başvuranlardan katkı payı alınması, aile hekimlerinin serbest hekimlik örneğindeki gibi çalışma koşullarına ait tüm giderleri üstlenmesi ve bunların belirli bir standart ölçüsünde Sağlık Bakanlığı

tarafından aylık ödemeye yansıtılması, sunulan hizmetin tüm nüfusa ücretsiz olması, gezici sağlık hizmeti uygulaması ile kırsal alanda altyapısı olmayan yerlere haftanın belirli günleri hizmet götürülmesi, aile hekimlerinin tam gün esasına göre çalışması olarak sayılabilir (11)

2.9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Yönetmelikte vurgulanması gereken hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili, aile hekimin görev, yetki ve sorumluluklarına dair maddeler aşağıda listelenmiştir (50)

- 1) Aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği **kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerini** yürütmekle yükümlüdür.
- 2) Aile hekimi; kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiyeye yönelik **koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini** bir ekip anlayışı içinde sunar.
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için **altı ay içinde** ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- 4) **Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri** ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- 7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik **izlem ve taramaları** (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere **evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin** yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan **hastaları sevk etmek**, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

- 10) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak **sağlık kayıtlarını tutmak** ve gerekli bildirimleri yapmak.
- 11) Kendisine kayıtlı kişileri **yılda en az bir defa** değerlendirek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- 12) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- 13) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- 14) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür.
- 15) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları **tam gün esasına** göre çalışırlar.
- 16) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.
- 17) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.
- 18) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak **aile hekimleri tarafından temin edilir**.
- 19) Teşhis ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğü bir laboratuvarda yaptırılır.
- 20) Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. **Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder** ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler (50).

Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilebilmesi, kaliteli, etkili, hakkaniyete uygun, verimli bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin organize edilmesi ve sunumu için, Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine ulaşmanın yolu olarak, diğer ülke örnekleri ile ülkemiz koşulları ve ihtiyaçları dikkate alınarak, ülkemize has bir Aile Hekimliği Modeli oluşturulmuştur. Bu kapsamda aile hekimliği uygulamasına ilişkin ilk düzenlemeler yapılarak, 24.11.2004 tarihli ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ile aile hekimliği uygulamasına ilişkin temel usul ve esaslar belirlenmiştir (51).

2.10. Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

11/10/2011 tarih ve 663 numaralı Kanun Hükmünde Kararnamenin (Resmi Gazetetarihi: 2/11/2011, No: 28103, Mükerrer) 58.Maddesinin 8. bendi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzıİcrasına Dair Kanun'a eklenen Geçici Madde 9 ile Aile Hekimliği Uygulamasında yer alan sözleşmeli Aile Hekimlerine "uzaktan ve/veya kısmî zamanlı" uzmanlık eğitimi yolu açılmıştır:Geçici Madde 9- "1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilir ve en az altı yılda tamamlanır. Eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesi devam eder. Uzmanlık eğitimi ile beraber aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesine, ilgililere ve eğitim sorumlularına ödenecek ücretlere ilişkin usûl ve esasları 5258 sayılı Kanununun 8 inci maddesine göre hazırlanan yönetmeliklerle belirlenir. Bu maddeye göre yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir." Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitimine zarar verip eğitim kalitesini

uluslararası standartların altına itebilir. Ayrıca klasik uzmanlık eğitimi alanlar için hakkaniyet ve eşitlik duygusunu zedeleyecektir (28).

2.11. Aile Hekimliğinin İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikleri

2.11.1. Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, “birinci basamak hizmetleri sunan, kurumun kendine özgü programı ve müfredatı olan, kanıta dayalı klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin, birinci basamak odaklı klinik bir uzmanlıktır”(25). 2002 yılında yayınlanan ve 2011 yılında revize edilen WONCA Avrupa aile hekimliği disiplin özellikleri şu şekilde tanımlamıştır;

- Aile hekimliği kişilerin sağlık sistemiyle ilgili ilk başvuru yaptığı birimdir. Başvuru yapan kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık ve başka özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık problemleri ile ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlar. Hastanın ihtiyacına göre diğer basamaktaki sağlık kurumları işbirliği yaparak süreci yönetir.
- Kişiyi, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik birey merkezli bir yaklaşım sergiler.
- Aile hekimlerini kendine özel hastayla görüşme yöntemi vardır. Bu yöntem hekim ve hasta arasında zamanla etkili bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçları ile belirlenen devamlılığı sağlamaktan sorumludur.
- Hastalıkların toplum içindeki insidans ve prevalansının belirleyici olduğu kendi özgü bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı zamanda yönetir.
- Hastalıklar oluşmadan ve hastalıkların ortaya çıkmasını engelleyebilmek için gerekli önlemleri alır ve süreci yönetir.
- Etkili ve uygun hamlelerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

- Toplum sağlığı noktasında özel bir sorumluluk rolünü üstlenir.
- Sağlık sorunlarını toplumsal, ruhsal, kültürel, fiziksel ve varoluş boyutlarının tümünü bir arada harmanlayarak ele alır (52).
- WONCA 2005 Avrupa tanımına göre Aile Hekimliği;
- kendine özgü eğitim içeriği olan,
- araştırması olan
- kanıta dayalı uygulaması olan,
- akademik ve bilimsel bir disiplin
- birinci basamak odaklı klinik bir uzmanlıktır.

Bu disiplin ilkeleri bağlamında aile hekimleri; bireylerin hastalık sürecinde ilk başvuru yaptıkları birim olan, hastalar ile kendine özgü iletişim kurabilen, hastalığın ortaya çıkmadan önceki süreci, oluştuktan sonraki süreci ve sonrasını yöneten, sadece bireyler için değil toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk rolünü üstlenen bireylerdir (13).

2.11.2.Aile hekimliği disiplininin ilkeleri

Aile hekimliğinin dayandığı ilkeleri belirten birçok tanımlama yapılmıştır. 1974 Leeuwenhorst tanımı, 1998 DSÖ ve WONCA 2000 ve 2002 tanımlarının temelini oluşturmuştur. Aile hekimliği Avrupa'da tüm sağlık sistemlerinde yerini almış ve gittikçe önem kazanmakta, bu durum DSÖ Avrupa Bürosu'nun 1998'de yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır ve birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak gösterilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde son 30 yılda hastanın rolu giderek artmıştır. Geleceğin aile hekiminin hasta-hekim iletişiminin öneminin farkında olması, birey odaklı sağlık sunumunun yanında; bu alanda aldığı eğitimi kullanabilecek özellikleri taşıması da gerekmektedir. Van Weel, 2001 yılında Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji ilkbahar toplantısında yaptığı sunumunda; uzmanlık, deneyim ve bilginin aktarılabilmesi, genel pratisyenliğin özgün özelliklerini açıklayan tekniklerin geliştirilmesi ve genel pratisyenlik hizmetinin etkinliğinin araştırılması için akademik gelişmeye olan ihtiyaçı belirtmiştir.

Tıpta birçok disiplin baska disiplinlerin bir araya gelmesinden meydana gelmiştir. Cerrahi bilimlerin icinde biyokimya, anatomi, fizyoloji ve patolojidan karma bilgiler vardır. Ancak bir disiplini tanımlarken bu disiplinin temelini meydana getiren konuları saymak kafi olmaz, önemli olan bunların bir bütün halinde yeni bir oluşumu meydana getirmek üzere kaynaştırılmasıdır. Aile hekiminin mesleksi görevleri, kişilerin ihtiyaç ve arzularından ve sağlık sisteminden doğrudan etkilenmektedir. 2002 yılında WONCA- Avrupa bölgesi GP/AH disiplini ve uzmanlığını değişen dünya ve bölge koşullarına göre yeniden tanımlamıştır. GP/AH, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir (53).

2.11.3. Aile hekimliği disiplininin genel özellikleri

Hastalığın aile fertleri ve hastanın geniş çevresi üzerindeki muhtemel sonuçlarının farkında olma, etik anlayışa uygun davranma, bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar konusunda bilgili olma, devamlı öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme olarak özetlenebilir (53). Aile hekimlerinin nitelikleri Aile hekimliğinin temel karakteristikleri ve ikincil nitelikleri; ülkeler arasında sağlık sistemlerinin planlama, organizasyon ve yürütmelerinde farklılıklar olmasına rağmen, tüm ülkelerde aile hekimlerinin sağlık sistemine daha fazla katılımlarına izin verir. DSÖ'nün Avrupa Bölgesel Ofisi aile hekimliğinin niteliklerini şu şekilde özetlemektedir (6);

1.Geneldir: Aile hekimliği bütün toplumun sağlık problemlerini tanımlar; toplumu yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk veya din, ya da herhangi bir şikayet veya sağlıkla ilişkili bir problem nedeni ile kategorilere ayırmaz. Mümkün olan en az geçikme ile kolay ulaşılabilir olmalıdır; ulaşım bölgesel, kültürel, yönetsel ve parasal engeller ile sınırlanmamalıdır.

2.Sürekli: Aile hekimliği hastalık merkezli yaklaşımdan çok kişi merkezlidir. Hasta ve hekim arasında, kişilere yaşamları süresince sağlık hizmeti veren ve hastalığın özel bir periyodu ile kısıtlanmayan, uzun süreli ilişkiye dayanır.

3.Kapsamlıdır: Aile hekimliği bireylere tam bir sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma, tedavi hizmeti, rehabilitasyon; fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlar.

Rahatsızlık ve hastalık durumlarını başarılı bir şekilde ayırt ederken, hekim-hasta ilişkisinin insancıl ve etik yönlerini klinik kararların alınması ile birleştirir.

4.Koordinebilir: Aile hekimliğinde, kişilerin birçok sağlık problemi aile hekimine ilk başvurdukları zaman çözülebilir. Fakat gerekli olduğunda aile hekimi, hastasının uygun ve zamanında sağlık birimlerine yönlendirilmesini sağlamalıdır. Bu durumlarda, hastasını bu hizmetlere ulaşım yolları ve en iyi şekilde nasıl faydalanabileceği hakkında bilgilendirmeli ve hastasının alacağı öneri ve desteğin koordinasyonunu sağlamalıdır. Aile hekimleri diğer sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarla ilişkili olarak, hastalarına sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunarak hizmetin idarecisi olarak rol almalıdırlar.

5. İşbirlikçidir: Aile hekimleri, diğer tıp, sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcı kişilerle çalışmaya hazır olmalı, uygun olduğunda hastalarının bakımı için onları görevlendirme ve diğer disiplinlerin uzmanlıklarına saygı duymalıdırlar. İyi çalışan multidisipliner bir takıma katılmalı, aktif olarak rol almalı ve mutlaka takımın lideri olarak çalışmaya hazırlanmalıdırlar.

6. Aile kaynağıdır: Aile hekimliği, kişilerin sağlık problemlerini, aile çevrelerini, sosyal ve kültürel bağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlara göre tanımlar.

7.Toplum kaynağıdır: Hastanın problemleri, yaşadığı toplum ile bağlantılı olarak değerlendirilmelidir. Aile hekimi, bu toplum içinde yaşayan grubun sağlık ihtiyaçlarının farkında olmalı ve bölgesel sağlık problemlerinde pozitif değişiklikleri başlatacak diğer profesyonellerle, diğer sektör temsilcileri ve kendi kendine yeten yardım grupları ile işbirliği yapmalıdır.

Kanada Aile Hekimleri Birliği, aile hekimliğinin temelini oluşturan 4 prensip tanımlamıştır (6):

- 1.hekim ilişkisi aile hekimliğine uygundur.
- 2.Aile hekimi etkin klinisyendir.
- 3.Aile hekimliği toplum merkezlidir.
- 4.Aile hekimi belirlenen nüfus için bir kaynaktır.

Aile hekimlerinin, uygulamadaki faaliyet alanları büyük oranda insan ihtiyaçları tarafından belirlenir. Ancak bu ihtiyaçlara olan yaklaşım, hastaların büyük ölçüde sağlık sorunlarını dile getirdikleri birinci basamakta yeterli bir bakım sağlamanın temel esası olan özellikli bir tıbbi eğitimi gerektirir. Aile hekimleri uygulama alanlarının genişliği

ve uzmanlıklarının derinliğini kombine ederler. Aile hekimleri uygulamalarında, hastalarını tanımlı bir grup olarak düşündüklerinden onların sağlıklarının iyileştirilmesinde ideal bir konumdadırlar. Bu, onlara belirli bir popülasyonun sağlık risklerini, ihtiyaçlarını belirleme, efektif hastalık koruyucu önlemleri sağlama ve sağlık tanıtım stratejilerini destekleme imkanını verir. Toplumun sağlık gereksinimleri, aile hekimlerinin eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmeti araştırmaları için de bir odak noktası oluşturur. Bu niteliklerin birçoğuna diğer klinisyenler de sahip olabilir. Ancak bir bütün olarak ele alındığında, ilk başvuru, ulaşılabilirlik, kişi merkezli uzun süreli bakım, kapsamlılık ve koordine yaklaşım gibi ayırt edici özellikler birinci basamak hizmette aile hekimliğinin benzersiz yaklaşımlarını tanımlamaktadır. Bu özelliklerin olduğu sağlık sistemi; daha iyi sonuç, artan hasta memnuniyeti, daha az hastanın hospitalizasyonu ve daha düşük ücretlerle birlikte (6).

2.11.4. GP/AH temel ilkelerinden çekirdek yeterlilikler

2002'de WONCA- AVRUPA GP/AH disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özelliklerini ve her uzman aile hekiminin iyi bilmesi gereken çekirdek yeterlilikleri vurgulamıştır (53).

1. Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastaların sağlık sistemine ilk giriş noktasını oluşturma ve ayrılmamış rahatsızlıkları yönetebilme,
- Bütün yaş grubu hastalarla ve onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenme,
- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı,
- Hastanın sağlık sisteminden en iyi şekilde yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğu rolüne üstlenme,

2. Kişi merkezli bakım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastalarla ve hastaların yaşadığı çevrede oluşan problemlerle ilgilenirken hasta odaklı bir yaklaşım sergileme,
- Kişinin otonomisine saygı duyarak etkin bir hasta-doktor görüşmesi oluşturma,
- Hastayla iyi bir iletişim kurup öncelikleri belirlemek ve hastayla ortak karar verebilme,
- Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenmiş sağlık bakımının devamlılığını sağlama,

3. Özgün problem çözme becerileri aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastalıkların toplum içindeki insidans ve prevalansının belirleyici olduğu özgün karar verme süreci,
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Gerekliğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

4. Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

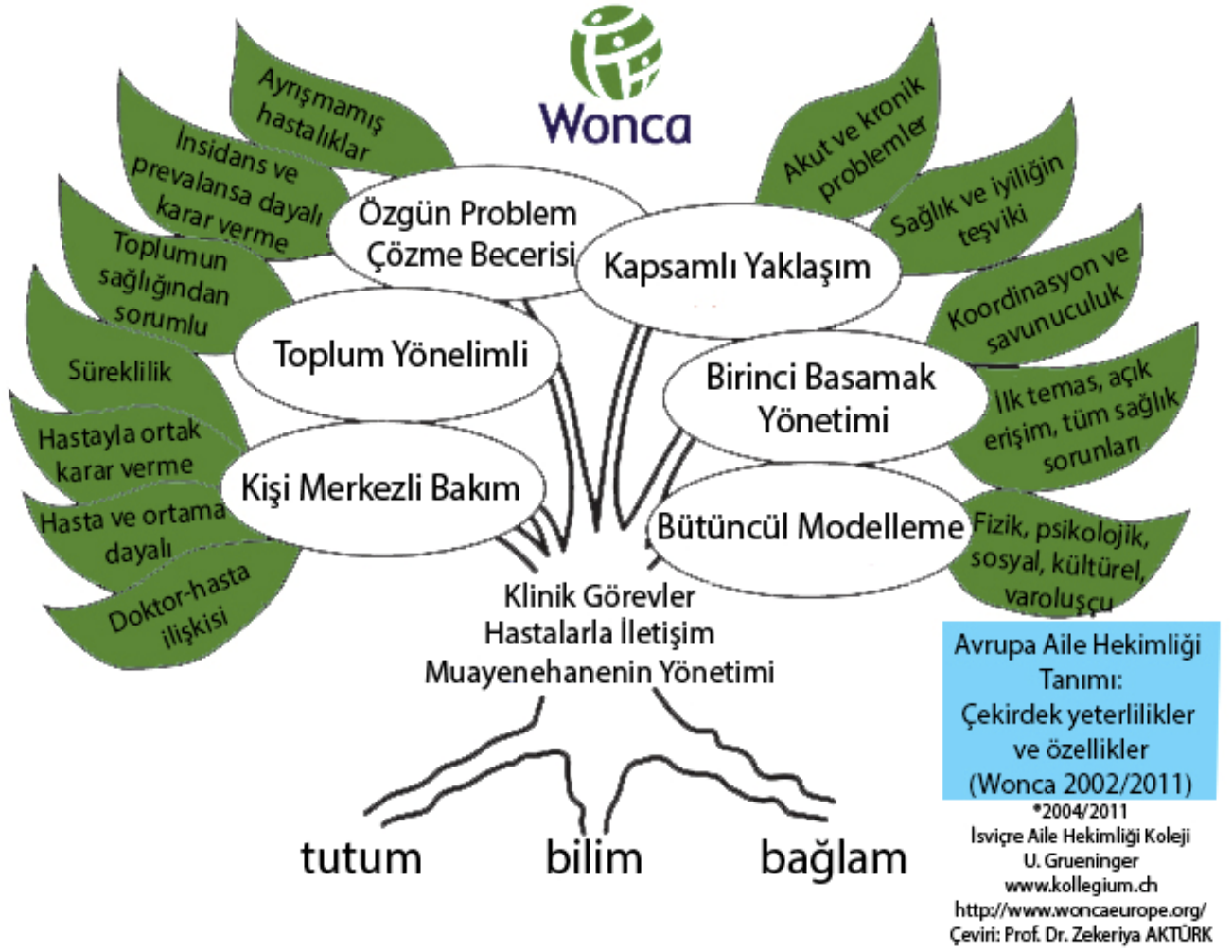
- Hastaların hem akut hem de kronik yakınmalarını aynı anda yönetebilme,
- Hastalıkların oluşmasını engelleyerek sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilme.

5. Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımını açısından bir denge içinde uzlaştırabilme,

6. Bütüncül yaklaşım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama,



Şekil 1. WONCA Aile hekimliği çekirdek yeterlilikler ve özellikler

2.12. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Türkiye Örneği ve Müfredat

Türkiye de ilk uzmanlık eğitimi 1985 yılında tıp fakültesini bitirdikten sonra en az 3 yıl olmak şartıyla İstanbul, İzmir ve Ankara’da Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı 9 Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde başlamıştır (6).

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Müfredatının belirlenmesi ülke genelinde uzmanlık eğitiminin standartlarını ve kalitesini sağlamanın temel şartıdır. Kaliteli sağlık hizmeti sunmak ancak bu şartların sağlanmasıyla mümkün olur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl süreli olarak Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde 1985 yılından bu yana verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun (TUK) 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Bu karar sonucunda rotasyonların süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplinin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretilerine on sekiz aylık süre ayrılmıştır. Bu gelişme Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi içeriğinin gözden geçirilerek yeni düzenlemeye uygun hale getirilmesi gereğini ortaya koymuştur.

TUK’un “Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu” çalışmaları kapsamında; bütün uzmanlık bölümlerinde olduğu gibi Aile Hekimliği bölümü için de bir komisyon oluşturulmuştur. Aile hekimliği bölümünün temel ilke ve esaslarına uygun çekirdek müfredatın hazırlanmasında bu komisyon Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu’nun (TAHYK) 2007 senesinde yaptığı ve daha sonra geliştirdiği müfredatı ölçü almıştır. Bu müfredatın amacı aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren birimlere, bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlik alanları ve bunlara ait ölçme değerlendirme yöntemleri, eğitim alt yapısı ve öğrenme yöntemlerini tanımlamaktır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç ana bölümden meydana gelmektedir; program boyu süren düzenli eğitim, ilgili alanlarda rotasyonlar ve aile hekimliği uygulama eğitimi.

Aile hekimliği uygulama eğitimi esas olarak hastayla temas süreçlerinde yapılmalıdır. Hastayla görüşme süreci aile hekimleri için temel öğrenme fırsatıdır. Bir deneyim yaşama ve bu deneyimi analitik değerlendirme süreciyle öğrenmeye dönüştürme aile hekimliğinde başlıca öğrenme metodudur. Burada öğrenen ile eğiticinin bire bir bağlanması önemlidir. Yine bu esnada geribildirim ve gözetim

önemli iki eğitim yöntemidir. Kişisel tecrübe ve bu tecrübelerden öğrenmenin yanında arkadaşlardan öğrenme de söz konusudur. Bunun için genellikle yansıtma (refleksiyon) grupları kullanılmaktadır. Burada aile hekimleri belirli zamanlarda bir araya gelerek birbirlerinin tecrübelerinden öğrenme süreci yaşarlar.

Aile hekimliği eğitiminde rotasyonlar önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında nadir görülen vakalar, hastane ortamında daha kısa sürede öğrenilebilir. Kendisine kayıtlı kişilerin bir bütün olarak bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlar sayesinde olmaktadır.

Müfredat öncelikle uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi veren kurum ve programları ve eğiticileri ilgilendirmekle birlikte ilgili fakülteler, yerel sağlık yönetim birimleri ve verilen eğitimden etkilenen veya bu eğitimi etkileyen tüm paydaşlar hedef kitle içinde yer almalıdır (54).

Ülkemizin yetişmiş aile hekimliği uzmanına olan acil ihtiyacı ve sağlık reformu çalışmaları nedeniyle, geçiş dönemi eğitimlerinin tamamlanacağı tarihe kadar geçerli olmak üzere, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu - Yürütme Kurulu (TAHYK-YK) tarafından bir geçici maddeyle düzenlenmek kaydıyla Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi'nin 36 aylık bir müfredatla yürütülmesi ve bileşenin aşağıdaki şekliyle uygulanması uygun görülmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 36 aydır. TUK'un 21-23.06.2010 tarih ve 80 numaralı kararı gereğince bu süre belirli bileşenlerden oluşur (55). Uzmanlık eğitimini bitiren aile hekimliği uzmanı akademik birimlerde, entegre ilçe hastanelerinde, toplum sağlığı merkezlerinde, birinci basamak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde, kamu kurumlarında ve özel sektörde görev alabilmektedir.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl olup; 23.08.2011'e kadar dokuz ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, dokuz ay İç Hastalıkları, sekiz ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, altı ay Cerrahi Ağırıklı Acil ve dört ay Psikiyatri rotasyonlarından oluşmaktayken, bu tarihten itibaren Aile Hekimliğinde, beş ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, dört ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, dört ay İç Hastalıkları, iki ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, bir ay Genel Cerrahi, bir ay Göğüs Hastalıkları, bir ay Kardiyoloji, rotasyonları ve 18 ay Aile Hekimliği uyum eğitimi ve uygulaması şeklinde yürütülmekteydi (13). Aile Hekimliği son yenileme toplantısı TUKMOS Komisyonu

Üyeleri ve TUK Sekreteryası temsilcileri eşliğinde 02.11.2017 gerçekleştirilmiştir. Toplantıda Aile Hekimliği TUKMOS Komisyonu v.2.0 taslak müfredatını tamamen gözden geçirerek mevcut imla hatalarını düzeltmiş ve bazı yetkinlik düzeylerinde değişiklikler yapmıştır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına diğer uzmanlık alanlarından (çalıştay tarihine kadar) itiraz gelmemiştir. Buna göre Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi rotasyonları; dört ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, dört ay İç Hastalıkları, üç ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, iki ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, bir ay Deri ve Zührevi Hastalıklar bir ay Kardiyoloji, bir ay Acil Tıp, bir ay Göğüs Hastalıkları ve bir ay elektif (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Nöroloji / Genel Cerrahi' dan bir tanesi olmak kaydıyla) olmak üzere toplam on sekiz ay olarak revize edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat, TUKMOS, 2017

ROTASYON DALI	ROTASYON SÜRESİ (AY) Aralık 2017 itibariyle
İç Hastalıkları	4
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2
Göğüs Hastalıkları	1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	1
Kardiyoloji	1
Acil Tıp	1
Elektif (Nöroloji / Genel Cerrahi / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon'dan bir tanesi olmak kaydıyla)	1
Toplam	18

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma tek merkezli olarak Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinden çalışmaya katılmayı kabul edenler arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Analitik özellikleri olan kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni 713 kişi olup 2018-2019 eğitim ve öğretim yılında KSÜ tıp fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise rastgele örneklem yöntemiyle % 5 hata payı ve %95 güven aralığında 250 kişi olarak hesaplandı. Yaklaşık 300 kişiye anket formu dolduruldu. Daha sonra rastgele her sınıftan eşit ve 41' er kişi olmak üzere toplam 246 anket çalışma için değerlendirmeye alındı.

3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Veri toplamada, literatüre dayanılarak hazırlanmış tıp eğitiminde etkili demografik ve tıbbi faktörlerin bulunduğu anket formu kullanılmıştır. Ankette 6'si öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili,56'sı ise tıp fakültesi öğrencilerinin aile hekimliği hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçen toplam 62 soru yer almıştır. Ankette 22.sorudan başlayıp 32. Soruya kadar devam eden öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili düşüncelerini içeren 10 soruluk likert skalası şeklinde önermelerin bulunduğu bölümde; **“kesinlikle katılıyorum”** 5 puan, **”katılıyorum”** 4 puan , **”fikrim yok”** 3 puan, **“katılmıyorum”** 2 puan ve **“kesinlikle katılmıyorum”** 1 puan şeklinde puanlandırılmış olup, alınacak maksimum puan 50 minimum puan ise 10 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca katılımcıların aile hekiminin görevleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 18 önermeden oluşan anket formunun son bölümünde; katılımcılara “evet”, ”hayır”, ”fikrim yok” şeklinde üç seçenek sunulmuş olup,**”evet”** yanıtı için 1 puan, **“hayır”** ve **“fikrim yok”** yanıtları

için 0 (sıfır) puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. Toplam maksimum puan 18, minimum puan ise 0(sıfır) olarak hesaplanmıştır. 0-6 puan “yetersiz bilgi seviyesi”, 7-12 puan “orta düzeyde bilgi seviyesi” ve 13-18 puan “iyi düzeyde bilgi seviyesi” olarak kabul edilmiştir. Anket formu 01.04.2019-30.04.2019 tarihleri arasında yaklaşık 1 ayda öğrenciler tarafından doldurularak sisteme kaydedilmiştir.

3.5. İstatistiksel Yöntem

Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları bağımsız iki örnek t testi ikiden fazla grup karşılaştırmaları tek yönlü varyans analizi (anova) ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılmayan değişkenlerde ise iki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney u test ile üç veya daha fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis h testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerde dağılım ilişkisi Chi-Square test ve exact test ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Veriler IBM SPSS versiyon 22 programında değerlendirildi.

3.6. Etik Konular

Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.03.2019 tarih ve 05 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan öğrencilere çalışmadan önce, çalışma konusunda sözel olarak bilgilendirilme yapılmıştır.

3.7. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 1-KSÜ tıp fakültesi öğrencisi olmak,
- 2- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.8. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- 1-KSÜ tıp fakültesi öğrencisi olmamak,
- 2- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

4. BULGULAR

KSÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile hekimliği hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmamızda; katılımcılar tıp fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinden oluşmaktaydı. Katılımcı sayısı her dönemden eşit ve 41 'er kişi olmak üzere toplam 246 kişiydi.

Çalışmamıza katılanların %50.4 (n:124)'ü erkek, %49.5 (n:122)'i kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 22 ± 2.4 idi. Katılımcıların çok az bir kısmı [%3.2 (n:8)] evli iken, büyük çoğunluğu [%96.7(n:238)] bekarlardan oluşmaktaydı.

Katılımcıların sağlık güvencesi durumlarına bakıldığında ise "SGK" %53.2 (n:131), "Emekli Sandığı" %32.1 (n:79), "Özel sigorta" %4.4 (n:11) iken sağlık güvencesi olmayanların oranı %10.1 (n:25) idi. Aylık gelir durumları incelendiğinde; katılımcıların %86.1 (n:212)'i "orta", %7.7 (n:19)'si "düşük" ve %6.1 (n:15)'u "yüksek" olarak belirtmişti.

Çalışmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları liselere bakıldığında; "Anadolu Lisesi" %52 (n:128), "Fen Lisesi" %33.3 (n:82), "Düz Lise" %2.4 (n:6), "Meslek Lisesi" %1.2 (n:3) ve diğer liselerden mezun olanların oranı %10.9 (n:27) idi.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 2' de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	124	50.4
	Kadın	122	49.5
Medeni durum	Evli	8	3.2
	Bekar	238	96.7
Sosyal Güvence	SGK	131	53.2
	Emekli sandığı	79	32.1
	Özel sigorta	11	4.4
	Yok	25	10.1
Aylık gelir	Düşük	19	7.7
	Orta	212	86.1
	Yüksek	15	6.1
Mezun olunan lise	Düz lise	6	2.4
	Meslek lisesi	3	1.2
	Anadolu lisesi	128	52
	Fen lisesi	82	33.3
	Diğer	27	10.9

Öğrencilerin tıp fakültesini tercih etmelerindeki en önemli nedenlere bakıldığında; birden fazla seçeneğin işaretlendiği soruda, en fazla tercih nedeni olarak “iş garantisi” %61 (n:161) ile ilk sırada yer alırken bunu %55.3 (n:136) “Topluma yardım etme isteği”, %43.5 (n:107) “Maddi kazanç”, %41.5 (n:102) “Toplumsal statü”, %29.7 (n:73) “Unvan”, %29.3 (n:72) “Aile ve çevre baskısı” seçenekleri izliyordu. “Diğer “ seçeneğini işaretleyenlerin oranı ise % 11 (n:27) idi (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların tıp fakültesi tercih etme nedenleri

Tıp fakültesi tercih nedeni		Sayı(n)	Yüzde(%)
İş garantisi	Evet	151	61.4
	Hayır	95	38.6
Aile ve çevre baskısı	Evet	72	29.3
	Hayır	174	70.7
Topluma yardım isteği	Evet	136	55.3
	Hayır	110	44.7
Toplumsal statü	Evet	102	41.5
	Hayır	144	58.5
Maddi kazanç	Evet	107	43.5
	Hayır	139	56.5
Unvan	Evet	73	29.7
	Hayır	173	70.3
Diğer	Evet	27	11
	Hayır	219	89

Öğrencilerin %88.6 (n:218)’sı tıp fakültesinde aile hekimliği stajının olduğunu biliyorken, %11.4 (n:28)’ u aile hekimliği stajının olduğunu bilmiyordu. Aile hekimliği stajının süresini bilenlerin oranı %48 (n:118) iken, bilmeyenlerin oranı % 52 (128) idi. Öğrencilerin aile hekimliği stajı ile ilgili yanıtlarının dağılımı tablo 4’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların aile hekimliği stajı ile ilgili sorulara verdiği yanıtların dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Aile hekimliği stajı var mı?	Evet	218	88.6
	Hayır	28	11.4
Staj süresi ne kadar?	Bir ay	118	48.0
	Bilmiyorum	128	52.0

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %75.6 (n:186)’sı birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşması gerektiğini düşünürken, %16.7 (n:41)’si birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşmasına gerek olmadığını düşünüyordu. Bu konuda fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise %7.7 (n:19) idi (**Tablo 5**).

Öğrencilerin %51.2 (n:126)'si tıp fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımının öğretildiğini düşünüyorken, yaklaşık yarısı %48.8 (n:120)'i birinci basamak yaklaşımının öğretilmediğini düşünüyordu. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu [%92.3'ü (n:227)] tıp eğitimi süresince birinci basamak yaklaşımına ilişkin daha çok bilgi edinmeyi isterken, az bir kısmı [% 7.7 (n:19)'si] daha çok bilgi edinmek istemiyordu (**Tablo 5**).

Katılımcıların büyük çoğunluğu %81.7 (n:201)'si tıp eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığının özendirilmediğini belirtirken,% 18.3 (n:45)'ü birinci basamak uzmanlığının özendirildiğini belirtti(**Tablo 5**).

Birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin ettiğini düşünen öğrencilerin oranı %26.4 (n:65) iken, birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin etmediğini düşünenlerin oranı %73.6 (n:181) idi (**Tablo 5**).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %36.2 (n:89)'si tıp fakültesini bitirdiğinde hayatının kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak istediğini belirtirken, öğrencilerin %63.8 (n:157)'i hayatının kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak istemediğini belirtmişti (**Tablo 5**).

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu %95.5 (n:235)'i tıp fakültesini bitirdikten sonra uzmanlık yapmayı düşünürken çok az bir kısmı %4.5 (n:11)'i uzmanlık yapmayı düşünmüyordu. Yine Tıpta Uzmanlık Sınavında(TUS) yeterli puanı aldığını varsayarak aile hekimi uzmanlığını tercih etmeyi düşünenlerin oranı% 34.6 (n:85) iken, tercih etmeyi düşünmeyenlerin oranı %65.4 (n:161) idi (**Tablo 5**).

Katılımcıların uzmanlık yapma nedenleri incelendiğinde ilk üç sırada;“Mesleki tatmin” %72 (n:177), “İnsanlara daha faydalı olmak” %54.5 (n:134), “Maddi kazanç” %43.5 (n:107) yer alırken; bunları “Unvan” %40.2 (n:95), “Toplumsal statü”%39.8 (n:98) ve en az olarak “Aile ve çevre baskısı” %8.1 (n:20) izliyordu (**Tablo 5**).

Tablo 5. Katılımcıların tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak hekimliği ve uzmanlık tercihleri ilgili görüşleri

Öğrenci görüşleri		Sayı (n)	Yüzde(%)
Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşması	Evet	186	75.6
	Hayır	41	16.7
	Fikrim yok	19	7.7
Tıp fakültesinde birinci basamak yaklaşımının öğretilmesi	Evet	126	51.2
	Hayır	120	48.8
Birinci basamak yönetimi hakkında daha çok bilgi edinmeyi istemek	Evet	227	92.3
	Hayır	19	7.7
Birincibasamak uzmanlığının özendirilmesi	Evet	45	18.3
	Hayır	201	81.7
Birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin etmesi	Evet	65	26.4
	Hayır	181	73.6
Aile hekimi olarak çalışmak isteme	Evet	89	36.2
	Hayır	157	63.8
Uzmanlık yapmak isteme	Evet	235	95.5
	Hayır	11	4.5
Aile hekimliği uzmanlığını tercih etme	Evet	85	34.6
	Hayır	161	65.4
Neden uzmanlık yapmak istiyorsunuz?			
Mesleki tatmin	Evet	177	72.0
	Hayır	69	28.0
Unvan	Evet	99	40.2
	Hayır	147	59.8
İnsanlara faydalı olmak için	Evet	134	54.5
	Hayır	112	45.5
Aile ve evre baskısı	Evet	20	8.1
	Hayır	226	91.9
Maddi kazanç	Evet	107	43.5
	Hayır	139	56.5
Toplumsal statü	Evet	98	39.8
	Hayır	148	60.2

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %69.5 (n:171)'i aile hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti olduğunu belirtirken, %15.9 (n:39)'u ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti olmadığını düşünüyordu. Öğrencilerin %14.6 (n:36)'ı ise 'fikrim yok' şeklinde beyanda bulunmuşlardı. Aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten öğrencilerin oranı %66.3 (n:163) iken, uygulama hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtenlerin oranı %33.7 (n:83) idi (Tablo 6).

“Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?” birden fazla seçeneğin işaretlendiği soruda ilk sırada %61 (n:150) ile “tıp fakültesindeki hocalarımdan” seçeneği yer alırken, bunu %28 (n:69) ile “Aile hekimimden”, %26.4 (n:65) ile “Televizyon, gazete ve internetten”, %24.8 (n:61) ile “Yakınlarımdan” ve en az olarak da %6.1 (n:15) ile “Diğer” seçenekleri takip ediyordu (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasıyla ilgili görüşleri

Öğrencilerin görüşleri	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Aile hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygun bir hizmet olması	Evet	171	69.5
	Hayır	39	15.9
	Fikrim yok	36	14.6
Aile hekimliği uygulaması ilgili bilgi sahibi olma	Evet	163	66.3
	Hayır	83	33.7
Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?			
Tıp fakültesindeki hocalarımdan	Evet	150	61
	Hayır	96	39
Televizyon, gazete ve internetten	Evet	65	26.4
	Hayır	181	73.6
Aile hekimime giderek	Evet	69	28
	Hayır	177	72
Yakınlarımdan	Evet	61	24.8
	Hayır	185	75.2
Diğer	Evet	15	6.1
	Hayır	231	93.9

Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili düşüncelerini içeren 10 soruluk likert skalsı şeklinde önermelerin bulunduğu bu bölümde; “kesinlikle katılıyorum” 5 puan, ”katılıyorum” 4 puan, ”fikrim yok” 3 puan, “katılmıyorum”2 puan ve “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan şeklinde puanlandırıldığında maksimum puanın 50 ve minimum puanın 10 olduğu hesaplandı. Bizim çalışmamızda öğrencilerin puan ortalaması 38.56 olarak hesaplanmış olup ortalamanın üzerinde, yani daha çok ”kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” seçenekleri üzerinde yoğunlaştığı görüldü. Katılımcıların önermelere verdiği yanıtların dağılımı ve puan ortalamaları tablo 7 ve tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 7. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, aile hekimliği uzmanlığı ve birinci basamakla alakalı düşünceleri

Önermeler	Görüş	Sayı(n)	Yüzde(%)
Tıp fakültesinde aldığım eğitim seviyesinin BB’de hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	21	8.5
	Katılmıyorum	47	19.1
	Fikrim yok	48	19.5
	Katılıyorum	105	42.7
	Kesinlikle Katılıyorum	25	10.2
Tıp fakültesinde aldığım eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerim başlangıçtaki beklentilerimi karşıladı.	Kesinlikle Katılmıyorum	37	15
	Katılmıyorum	64	26
	Fikrim yok	62	25.2
	Katılıyorum	72	29.3
	Kesinlikle Katılıyorum	11	4.5
Hastanı ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	2	0.8
	Katılmıyorum	7	2.8
	Fikrim yok	12	4.9
	Katılıyorum	54	22
	Kesinlikle Katılıyorum	171	69.5
Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır.	Kesinlikle Katılmıyorum	8	3.3
	Katılmıyorum	14	5.7
	Fikrim yok	17	6.9
	Katılıyorum	61	24.8
	Kesinlikle Katılıyorum	146	59.3
Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir	Kesinlikle Katılmıyorum	2	0.8
	Katılmıyorum	3	1.2
	Fikrim yok	12	4.9
	Katılıyorum	67	27.2
	Kesinlikle Katılıyorum	162	65.9
Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın; kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir.	Kesinlikle Katılmıyorum	3	1.2
	Katılmıyorum	4	1.6
	Fikrim yok	12	4.9
	Katılıyorum	41	16.7
	Kesinlikle Katılıyorum	186	75.6
Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	18	7.3
	Katılmıyorum	40	16.3
	Fikrim yok	74	30.1
	Katılıyorum	76	30.9
	Kesinlikle Katılıyorum	38	15.4
Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim	Kesinlikle Katılmıyorum	17	6.9
	Katılmıyorum	52	21.1
	Fikrim yok	57	23.2
	Katılıyorum	81	32.9
	Kesinlikle Katılıyorum	39	15.9
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor.	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1.6
	Katılmıyorum	18	7.3
	Fikrim yok	33	13.4
	Katılıyorum	84	34.1
	Kesinlikle Katılıyorum	107	43.5
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda saygın bir uzmanlık dalı değil	Kesinlikle Katılmıyorum	15	6.1
	Katılmıyorum	24	9.8
	Fikrim yok	55	22.4
	Katılıyorum	82	33.3
	Kesinlikle Katılıyorum	70	28.5

Öğrencilerin önermelere verdiği yanıtlar tek tek incelendiğinde; “tıp fakültesinde aldığım eğitim seviyesinin birinci basamakta hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inanıyorum” önermesine katılımcılar en çok %42.2 (n:105) ile “katılıyorum” yanıtını verirken, en az %8.5 (n:21) ile “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiler. Yine “Tıp fakültesinde aldığım eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerim başlangıçtaki beklentilerimi karşıladı” önermesine en çok %29.3 (n:72) ile “katılıyorum” yanıtını verirken, en az %4.5(n:11) ile “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiler.

“Hastanın ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır” önermesine öğrenciler en çok “kesinlikle katılıyorum” %69.5 (n:171) yanıtını verirken, en az “kesinlikle katılmıyorum” %0.8(n:2) yanıtını verdiler.

”Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır” önermesine öğrenciler en çok “ kesinlikle katılıyorum” %59.3 (n:146) yanıtını verirken, en az “kesinlikle katılmıyorum” %3.3 (n:8) yanıtını verdiler. Aynı şekilde “Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir.” önermesine de öğrenciler en çok “kesinlikle katılıyorum” %65.9 (n:162) yanıtını verirken, en az “kesinlikle katılmıyorum”%0.8 (n:2) yanıtını verdiler.

“Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın; kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir” önermesine katılımcılar en çok “ kesinlikle katılıyorum”%75.6 (n:186) cevabını verirken, en az “kesinlikle katılmıyorum”%1.2 (n:3) cevabını verdiler.

“Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum” önermesine öğrenciler en çok “katılıyorum” %30.9 (n:76) cevabını verirken, en az “kesinlikle katılmıyorum” %7.3 (n:18) cevabını verdiler.

Öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili önermelere verdiği yanıtlar incelendiğinde: “Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim” önermesine öğrenciler en çok %32.9 (n:81)ile “katılıyorum” yanıtını verirken, en az %6.9 (n:17) ile “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiler. Yine “Aile hekimliği uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor” önermesine öğrenciler en çok %43.5 (n:107) ile “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verirken, en az %1.6 (n:4) ile “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiler. “Aile hekimliği uzmanlığı toplumda saygın bir

uzmanlık dalı değil” önermesine ise öğrenciler en çok %33.3 (n:82) ile “katılıyorum” yanıtını verirken, en az %6.1 (n:15) ile “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdiler.

Tablo 8. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, aile hekimliği uzmanlığı ve birinci basamakla alakalı önermelere verdikleri yanıtların puan ortalamaları

Önermeler	Ortalama±SS
Tıp fakültesinde aldığım eğitim seviyesinin BB’de hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inanıyorum.	3.2±1.1
Tıp fakültesinde aldığım eğitim neticesinde sahip olduğum bilgi ve becerilerim en baştaki beklentilerimi karşıladı.	2.8±1.1
Hastanı ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır.	4.5±0.7
Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır.	4.3±1
Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir	4.5±0.7
Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın; kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir.	4.6±0.7
Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum	3.3±1.1
Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim	3.3±1.1
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor.	4.1±1
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda saygın bir uzmanlık dalı değil	3.6±1.1
Toplam Puan Ortalaması(10-50)	38.5±4.3

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %89.4 (n:220)’ü aile hekimliği sistemine kayıtlı olduğunu belirtirken, %4.1 (n:10)’i aile hekimliği sistemine kayıtlı olmadığını ve %6.5 (n:16)’inin sisteme kayıtlı olup-olmadığını bilmediğini belirtmişti. Öğrencilerin %69.1 (n:170)’i aile hekimini tanıyorken, %30.9 (n:76)’u aile hekimini tanıymıyordu.

“Son bir yılda aile hekiminize kaç defa gittiniz?” Sorusuna en fazla %41.1 (n:101) ile “Hiç gitmedim” yanıtı verilirken, en az %0.9 (n:1) ile “altı-on defa “ yanıtı verildi. Sadece “Bir defa” gidenlerin oranı %24.8 (n:61) iken, ”iki-beş defa” gidenlerin oranı %30.9 (n:76) ve “on defadan fazla” gidenlerin oranı %2.8 (n:7) idi.

Katılımcıların %76.8 (n:189)’i Aile hekimini seçme ve değiştirme haklarının olduğunu biliyorken, %2.4 (n:6)’ü bilmiyordu ve %20.8 (n:51)’inin Aile hekimini seçme ve değiştirme haklarının olup-olmadığı hakkında fikri yoktu.

“Bağlı olduğunuz Aile hekiminin unvanı nedir?” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar incelendiğinde; %40.7 (n:100)’si “pratisyen hekim,” %23.6 (n:58)’sı “Aile

hekimliği uzmanı” cevabını verirken %35.8 (n:88)’i kayıtlı olduğu aile hekiminin unvanını bilmiyordu.

“Oturduğunuz bölge dışındaysanız Aile hekimi hizmetini nasıl alırsınız?” sorusuna katılımcıların %64.6 (n:159)’sı “herhangi bir aile hekiminden misafir hasta olarak alırım” cevabını verirken %4.5 (n:11)’i “Hizmet alamam” ve %30.9 (n:76)’u “Fikrim yok” cevabını verdi.

Katılımcıların aile hekimine hangi amaçla daha çok başvurduklarına bakıldığında; birden fazla seçeneğin işaretlendiği soruda, ilk üç sırada sırasıyla “Küçük sağlık sorunlarım için” %63.8 (n:157), “Sağlık raporu için” %43.9 (n:108) ve “İlaç yazdırmak için” %38.2 (n:94) cevapları yer alırken bunları “Koruyucu hizmetler için” %25.2(n:62),” Pansuman-iğne yaptırmak için” %18.3 (n:45) ve “Başvurmuyorum”%13 (n:32) seçenekleri izliyordu.

Katılımcıların aile hekimi memnuniyet durumlarına bakıldığında ise en düşük “1” puan ve en yüksek “5” puan olmak üzere 1-5 arasında puanlandırıldığında; katılımcıların puan ortalaması “3.26±1.2” olarak bulundu.

Tablo 9. Katılımcıların aile hekimine kayıtlı olma durumu, aile hekimini tanıma, aile hekimine başvuru sayısı ve amacı ile ilgili görüşleri

Öğrenci Görüşleri		Sayı(n)	Yüzde(%)
Aile hekimliği sistemine kayıtlı olma durumu	Evet	220	89.4
	Hayır	10	4.1
	Bilmiyorum	16	6.5
Aile hekimini tanıma	Evet	170	69.1
	Hayır	76	30.9
Son bir yılda aile hekimine gitme sayısı	Hiç gitmedim	101	41.1
	Bir defa	61	24.8
	İki-beş defa	76	30.9
	Altı -on defa	1	0.4
	On' dan fazla	7	2.8
Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bilme durumu	Evet	189	76.8
	Hayır	6	2.4
	Fikrim yok	51	20.7
Aile hekiminizin unvanı	Pratisyen hekim	100	40.7
	Aile hekimliği uzmanı	58	23.6
	Diğer branş uzmanı	0	0
	Bilmiyorum	88	35.8
Oturduğunuz bölge dışında aile hekimi hizmeti alma	Alamam	11	4.5
	Fikrim yok	76	30.9
	Seyahat ettiğim bölgedeki herhangi bir aile hekiminden misafir hasta olarak alırım	159	64.6
Aile hekimine başvuru amacı			
Küçük sağlık sorunları için	Evet	157	63.8
	Hayır	89	36.2
Sağlık raporu için	Evet	108	43.9
	Hayır	138	56.1
Pansuman, iğne için	Evet	45	18.3
	Hayır	201	81.7
Koruyucu hizmetler için	Evet	62	25.2
	Hayır	184	74.8
İlaç yazdırmak için	Evet	94	38.2
	Hayır	152	61.8
Başvurmuyorum	Evet	32	13
	Hayır	214	87
Diğer	Evet	0	0
	Hayır	246	100

“Acil durumlar dışında sağlık sorununuz olduğunda ilk hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlara bakıldığında; ilk sırada %28.5 (n:70) ile “Kayıtlı olduğum aile hekimi” seçeneği yer alırken, “Üniversite hastanesi” %24 (n:59), “Devlet hastanesi” %20.7 (n:51), “Özel hastane” %11 (n:27), “Eğitim ve araştırma hastanesi” %10.2 (n:25) ve en az olarak da “Herhangi bir aile hekimi” %5.7 (n:14) idi (**Tablo 10**).

Çalışmaya katılan öğrencilere “Hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurmanıza neler sebep oluyor?” diye sorduğumuzda öğrenciler birden fazla sebep sıralayabildiler, ilk sırada “Aile sağlığı merkezi evime daha yakın olduğu için” %46.3 (n:114) seçeneği yer alırken bunu “Hastanelerde yoğunluk çok sıra beklemek istemiyorum” %38.6 (95), “Sürekli beni takip eden bir hekim olmasını istediğim için” %19.1 (n:47), “Fazla muayene katkı payı ödemek istemiyorum” %17.5 (n:43), “Hastanedeki doktorlar benimle aile hekimim kadar ilgilenmiyor” %15.9 (n:39) ve “Diğer” %3.7 (n:7) seçenekleri izledi. Ayrıca aile hekimine başvurmuyorum diyenlerin oranı %26.4 (n:65) idi (**Tablo 10**).

Katılımcıların aile hekimine gitmeme nedenleri incelendiğinde de birden fazla neden sıralayabildiler. İlk üç sırada sırasıyla “Eğitim aldığım tıp fakültesi hastanesinde muayene olduğum için” %53.7 (n:95), “Uzman doktora muayene olmak istiyorum” %28.8 (n:51) ve “Tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olması” %27.1 (n:48) yer alırken bunları “Konum itibarıyla uzak olduğu için” %14.7 (n:26), “Çalışma saatlerime uygun değil” %11.3 (n:20), “Güvenmediğim için” %9.6 (n:17), “Aile hekimimden hoşlanmadım” %8.5 (n:15) ve “Diğer” %9.6 (n:17) seçenekleri izledi (**Tablo 10**).

Çalışmaya katılan öğrencilerin %37.8 (n:93)’i aile hekimine muayene olmak ile aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye başvurmak arasında ücret açısından fark olduğunu biliyorken, %8.1 (n:20)’i bunu bilmiyordu ve %54.1 (n:133)’inin ise bu konuda fikri yoktu. Yine katılımcıların büyük çoğunluğu %79.3 (n:195)’ü sevk sisteminin uygulanmasını isterken, (acil durumlar dışında hasta ilk önce aile hekimine başvurmalı ve aile hekimi gerek duyması halinde 2. ve 3. basamağa yönlendirmeli) %10.2 (n:25)’si sevk sisteminin uygulanmasını istemiyordu ve %10.6 (n:26)’sının bu konuda bir fikri yoktu (**Tablo 10**).

Tablo 10. Katılımcıların ilk başvuru sağlık kurumu, hastaneye gitmeden önce aile hekimine gitme nedenleri ve aile hekimine gitmeme nedenleriyle ilgili görüşleri

Öğrencilerin görüşleri		Sayı (n)	Yüzde(%)
Acil durumlar dışında ilk başvuru sağlık kurumu	Eğitim ve Arş.Hastanesi	25	10.2
	Üniversite hastanesi	59	24
	Devlet hastanesi	51	20.7
	Özel hastane	27	11
	Kayıtlı olduğum aile hekimi	70	28.5
	Herhangi bir aile hekimi	14	5.7
Hastaneye gitmeden önce aile hekimini tercih etme nedeni			
Devamlı aynı doktordan takip için	Evet	47	19.1
	Hayır	199	80.9
Fazla katkı payından dolayı	Evet	43	17.5
	Hayır	203	82.5
Hastanelerde yoğunluk çok olduğu için	Evet	95	38.6
	Hayır	151	61.4
Aile hekimim benimle daha çok ilgilendiği için	Evet	39	15.9
	Hayır	207	84.1
ASM evime yakın olduğu için	Evet	114	46.3
	Hayır	132	53.7
Başvurmuyorum	Evet	65	26.4
	Hayır	181	73.6
Diğer	Evet	9	3.7
	Hayır	237	96.3
Aile hekimine gitmeme nedeni			
Aile hekiminden hoşlanmadım	Evet	15	8.5
	Hayır	162	91.5
Tanı ve tetkik olanakları yetersiz	Evet	48	27.1
	Hayır	129	72.9
Uzman doktora muayene olmak isteme	Evet	51	28.8
	Hayır	126	71.2
Güvenmeme	Evet	17	9.6
	Hayır	160	90.4
Çalışma saatlerime uygun değil	Evet	20	11.3
	Hayır	157	88.7
ASM uzak olduğu için	Evet	26	14.7
	Hayır	151	85.3
Eğitim aldığım fakültede muayene olduğum için	Evet	95	53.7
	Hayır	82	46.3
Diğer	Evet	17	9.6
	Hayır	160	90.4
Aile hekimine muayene olmakla hastaneye başvurmak arasında ücret farkını bilme durumu	Evet	93	37.8
	Hayır	20	8.1
	Fikrim yok	133	54.1
Sevk sistemi uygulamasını isteme	Evet	195	79.3
	Hayır	25	10.2
	Fikrim yok	26	10.6

Katılımcıların aile hekiminin görevleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 18 sorudan oluşan bu bölümde; katılımcılara “evet”, “hayır”, “fikrim yok” şeklinde üç seçenek sunulmuş olup, “evet” yanıtı için 1 puan, “hayır” ve “fikrim yok” yanıtları için 0 puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. Tüm sorulara doğru cevap verildiğinde 18 puan alınacak olup bizim çalışmamızda öğrencilerin aile hekimlerinin görevleri ile ilgili bilgi düzeyi puan ortalaması 12.03 olarak bulunmuş olup iyi düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 11’ da gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Aile hekiminin görevleri	EVET	HAYIR	FİKRİM YOK
	n (%)	n (%)	n (%)
Periyodik sağlık muayenesi yapma	173 (70.3)	34 (13.8)	39 (15.9)
Bebeklik, çocukluk dönemi aşılımlarını yapma	222 (90.2)	7 (2.8)	17 (6.9)
Yeni doğan tarama-muayenesi yapma	183 (74.7)	23 (9.4)	39 (15.9)
Yılda bir defa kayıtları güncelleme	144 (58.5)	32 (13)	70 (28.5)
Sigarayla mücadele ve bırakırma	160 (65)	26 (10.6)	60 (24.4)
Obezite takibi ve beslenme danışmanlığı yapma	157 (63.8)	35 (14.2)	54 (22)
Kanser taramaları yapma	133 (54.1)	57 (23.2)	56 (22.8)
Evlilik öncesi danışmanlık, yapma ve evlilik raporu verme	147 (59.8)	29 (11.8)	70 (28.5)
Üreme sağlığı-aile planlaması hizmeti verme	180 (73.2)	22 (8.9)	44 (17.9)
Gebelerin muayene ve takibini yapma	152 (61.8)	52 (21.1)	42 (17.1)
Sağlık raporu verme	207 (84.1)	20 (8.1)	19 (7.7)
Aile hekimi uzmanı ilaç raporu çıkarabilir	108 (43.9)	61 (24.8)	77 (31.3)
Kronik hastalık izlem ve takibi	160 (65)	37 (15)	49 (19.9)
Mobil sağlık hizmeti verme	122 (49.6)	45 (18.3)	79 (32.1)
Yaşlı, engelli, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti verme	161 (65.4)	36 (14.6)	49 (19.9)
Enjeksiyon, pansuman, yara bakımı hizmeti verme	214 (87)	8 (3.3)	24 (9.8)
Adölesan ergen sağlık hizmeti verme	162 (66.4)	18 (7.4)	64 (26.2)
Yaşlı takibi yapma	177 (72)	23 (9.3)	46 (18.7)

Katılımcıların aile hekimlerinin görevleri ile ilgili verdikleri yanıtlar incelendiğinde en çok bildikleri yani en çok puan alan ilk üç önerme sırasıyla şu şekildeydi: “Aile hekimi bebeklik, çocukluk ve erişkin dönemi aşılmasını yapar” %90.2 (n:222), “Aile hekimliği uygulamasında pansuman, enjeksiyon ve yara bakımı hizmetleri verilmektedir.” %87 (n:214) ve “Aile hekimi sağlık raporu verebilir”. (Ehliyet, işe giriş, yivsiz av tüfeği, sporcu lisansı, istirahat raporu vb...) %84.1 (n:207).

Öğrenciler tarafından aile hekimlerinin görevleri ile ilgili en az bilinen yani en az puan alan üç önerme ise şu şekildeydi: “Aile hekimliği uzmanı devamlı ilaç kullanımı için ilaç raporu çıkarabilir” %43.9 (n:108), “Aile hekimi mobil sağlık hizmeti verir.” %49.6 (n:112) ve “Aile hekimi kolo-rektal, meme ve serviks kanser taramalarını yapar” %54.1 (n:133).

Tablo 12. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili sorulara verdikleri cevapların sorulara göre puan ortalamalarının dağılımı

Aile hekiminin görevleri	Ortalama	±SS
Periyodik sağlık muayenesi	0.70	0.46
Bebeklik, çocukluk dönemi aşılamaaları	0.90	0.30
Yeni doğan tarama-muayenesi	0.75	0.44
Yılda bir kayıtları güncelleme	0.59	0.49
Sigarayla mücadele ve bıraktırma	0.65	0.48
Obezite takibi ve beslenme danışmanlığı	0.64	0.48
Kanser taramaları yapma	0.54	0.50
Evlilik öncesi danışmanlık, yapma ve evlilik raporu verme	0.60	0.49
Üreme sağlığı-aile planlaması hizmeti verme	0.73	0.44
Gebelerin muayene ve takibini yapma	0.62	0.49
Sağlık raporu verme	0.84	0.37
Aile hekimi uzmanı ilaç raporu çıkarabilir	0.44	0.50
Kronik hastalık izlem ve takibi	0.65	0.48
Mobil sağlık hizmeti verme	0.50	0.50
Yaşlı, engelli, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti verme	0.65	0.48
Enjeksiyon, pansuman, yara bakımı hizmeti verme	0.87	0.34
Adölesan ergen sağlık hizmeti verme	0.66	0.47
Yaşlı takibi yapma	0.72	0.45
Bilgi düzeyi toplam puan ortalaması (0-18)	12.03	4.42

“Tıp fakültesinde aile hekimliği stajı var mı?” sorusuna verilen doğru yanıtlara bakıldığında: 1. Sınıfta doğru yanıt oranı %63.4 (n:26) iken, 6. Sınıfta bu oran %100

(n:41)'e ulaşıyor ve 1.sınıftan 6.sınıfa doğru gidildikçe doğru cevap veren öğrencilerin sayısında istatistiksel olarak anlamlı derecede artış olduğu görüldü(**p:0.001**). Aynı şekilde aile hekimliği stajı süresini bilen öğrenci sayısına bakıldığında 1. Sınıfta %4.8 (n:2) ile en az iken, 5. sınıfta bu oran %75.7 (n:31) ve 6. sınıfta %100 (n:41) olduğu görüldü. 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe doğru cevap verenlerin sayısında istatistiksel olarak anlamlı derecede artış olduğu izlendi (**p:0.001**) (**Tablo 13**).

“ Fakiltedeki eğitiminiz süresince birinci basamak yaklaşımı hakkında daha çok bilgi edinmek ister miydiniz?” sualine verilen “Evet” cevapları kıyaslandığında 1. Sınıfta %82.9 (n:34), 2.sınıfta %87.8 (n:36), 3.sınıfta %85.4 (n:35), 4.ve 6. Sınıfta %100 (n:41) ve 5. Sınıfta %97.6 (n:40) olduğu görüldü. Sınıflar arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı gözlemlendi (**p:0.004**)(**Tablo 13**)

Tıp fakültesini bitirdiğinde hayatının kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak isteyen öğrenci sayısı 1. sınıfta %26.8 (n:11), 2. sınıfta %36.6 (n:15), 3. sınıfta %26.8 (n:11), 4. sınıfta %41.5 (n:17), 5. sınıfta %26.8 (n:11), ve 6. Sınıfta %58.5 (n:24) ile en fazla idi. Sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlendi (**p:0.015**). Aynı şekilde Aile hekimliği uzmanlığını isteyen öğrenci sayılarına bakıldığında ise 1. sınıfta %19.5 (n:8) ile en az iken, 2. ve 3. sınıfta %29.3 (n:12), 4. sınıfta %51.2 (n:21), 5. Sınıfta %24.4 (n:10) ve 6. sınıfta %53.7 (n:22) ile en fazla idi. Genel olarak 1. Sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe aile hekimliği uzmanlığı isteyen öğrenci sayısında artış olduğu, ve sınıflar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (**p:0.002**)(**Tablo 13**).

Tablo 13. Öğrencilerin aile hekimliği stajı, tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili düşüncelerinin dönemlere göre dağılımı

Öğrenci Görüşleri		DÖNEMLER						X ²	p
		1.dönem	2.dönem	3.dönem	4.dönem	5.dönem	6.dönem		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (%)		
Aile hekimliği stajının olması	Evet	26 (63.4)	32 (78)	38 (92.7)	40 (97.6)	41 (100)	41 (100)	44.815	0.001*
	Hayır	15 (36.6)	9 (22)	3 (7.3)	1 (2.4)	0 (0)	0 (0)		
Aile hekimliği stajının süresi	Bir ay	1 (2.4)	2 (4.9)	3 (7.3)	12 (29.3)	27 (65.9)	19 (46.3)	161.420	0.001*
	İki ay	1 (2.4)	1 (2.4)	8 (19.5)	18 (43.9)	4 (9.8)	22 (53.7)		
	Bilmiyorum	39 (95.1)	38 (92.7)	30 (73.2)	11 (26.8)	10 (24.4)	0 (0)		
Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşması	Evet	30 (73.2)	26 (63.4)	33 (80.5)	32 (78)	32 (78.0)	33 (80.5)	6.322	0.788
	Hayır	7 (17.1)	11 (26.8)	5 (12.2)	5 (12.2)	7 (17.1)	6 (14.6)		
	Fikrim yok	4 (9.8)	4 (9.8)	3 (7.3)	4 (9.8)	2 (4.9)	2 (4.9)		
Birinci basamak yaklaşımının öğretilmesi	Evet	20 (48.8)	16 (39)	23 (56.1)	25 (61)	17 (41.5)	25 (61)	7.614	0.179
	Hayır	21 (51.2)	25 (61)	18 (43.9)	16 (39)	24 (58.5)	16 (39)		
Birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isteme	Evet	34 (82.9)	36 (87.8)	35 (85.4)	41 (100)	40 (97.6)	41 (100)	17.396	0.004*
	Hayır	7 (17.1)	5 (12.2)	6 (14.6)	0 (0)	1 (2.4)	0 (0)		
Birinci basamak uzmanlığının özendirilmesi	Evet	8 (19.5)	8 (19.5)	9 (22)	7 (17.1)	4 (9.8)	9 (22)	2.856	0.722
	Hayır	33 (80.5)	33 (80.5)	32 (78)	34 (82.9)	37 (90.2)	32 (78)		
Aile hekimi olarak çalışmak isteme	Evet	11 (26.8)	15 (36.6)	11 (26.8)	17 (41.5)	11 (26.8)	24 (58.5)	14.031	0.015*
	Hayır	30 (73.2)	26 (63.4)	30 (73.2)	24 (58.5)	30 (73.2)	17 (41.5)		
Uzmanlık yapmayı isteme	Evet	38 (92.7)	41 (100)	39 (95.1)	39 (95.1)	39 (95.1)	39 (95.1)	2.760	0.737
	Hayır	3 (7.3)	0 (0)	2 (4.9)	2 (4.9)	2 (4.9)	2 (4.9)		
Aile hekimliği uzmanlığını tercih etme	Evet	8 (19.5)	12 (29.3)	12 (29.3)	21 (51.2)	10 (24.4)	22 (53.7)	18.641	0.002*
	Hayır	33 (80.5)	29 (70.7)	29 (70.7)	20 (48.8)	31 (75.6)	19 (46.3)		

Chi-Square test; exact test; p:0,05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin ettiğini düşünen öğrencilerin sayısına bakıldığında; 1. 4. ve 5. sınıfta eşit olup %29.3 (n:12), 2. ve 3. sınıfta eşit olup %14.6 (n:6) ve 6.sınıfta %41.5 (n:17) olduğu görüldü. Genel olarak 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin ettiğini düşünenlerin sayısında artış olduğu gözlemlendi. Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.049**).

Aile hekimliği uygulamasıyla ilgili bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin sayılarına bakıldığında; 1. sınıfta %48.8 (n:20) ile en az iken, 2. Sınıfta %70.7 (n:29), 3.sınıfta %73.2 (n:30), 4. Sınıfta %61 (n:25), 5. Sınıfta %63.4 (n:26) ve en fazla olarak 6. sınıfta %80.5 (n:33) idi. Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(**p:0.047**).

Sınıfların aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi edindikleri kaynaklar incelendiğinde; “tıp fakültesinde ki hocalarımdan” yanıtını verenler 1. sınıfta %90.2 (n:37) ile en fazla iken, 2. sınıfta %85.4 (n:35), 3. sınıfta %65.9 (n:27), 4. sınıfta %68.3 (n:28), 5. sınıfta %34.1 (n:14) ve en az olarak 6. sınıfta %22 (n:9) idi. Genel olarak 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe tıp fakültesindeki hocalarımdan yanıtını verenlerin sayısında azalma izlendi ve sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edildi (**p:0.001**). “Televizyon, gazete ve internetten” yanıtını verenler ise; 1. ve 3. sınıfta %22 (n:9), 2. sınıfta %14.6 (n:6), 4. sınıfta %17.1 (n:7), 5. sınıfta %36.6 (n:15) ve en fazla olarak da 6. sınıfta %46.3 (n:19) idi. Dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlendi (**p:0.006**). “Aile hekimimden”, ”yakınlarımdan” ve “diğer” yanıtları incelendiğinde sınıflar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı gölemlendi (**p:0.897; p:0.702; p:0.189**).

Sınıflar arasında son bir yılda aile hekimine gitme sayılarına bakıldığında; “hiç gitmedim” yanıtını verenler 1. sınıfta %26.8 (n:11) ile en az iken, 2. sınıfta %39 (n:16), 3. sınıfta %31.7 (n:13), 4. sınıfta %29.3 (n:12), 5. sınıfta %51.2 (n:21) ve en fazla olarak 6. Sınıfta %68.3 (n:28) idi. Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(**p:0.001**). “Bir defa”, “iki-beş defa”, “altı-on defa” ve “on defa’dan fazla” yanıtları incelendiğinde ise sınıflar arasında sayısal yönden istatistiksel olarak bir fark yoktu.

Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkı olduğunu bilen öğrenci sayısının sınıflara göre dağılımı şu şekildeydi: 1. sınıf %68.3 (n:28), 2. sınıf %78 (n:32), 3. sınıf %63.4 (n:26), 4. sınıf %73,2 (n:30), 5. sınıf %90.2 (n:37) ve 6. sınıf %87.8 (n:36) idi.

Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.044**). Öğrencilerin kayıtlı olduğu aile hekimlerinin unvanlarına bakıldığında, “pratisyen hekim” yanıtı verenler 1. sınıfta %17.1 (n:7), 2. sınıfta %26.8 (n:11), 3. sınıfta %51.2 (n:21), 4. sınıfta %48.8 (n:20), 5. sınıfta %41.5 (n:17) ve 6. sınıfta %58.5 (n:24) ile en fazlaydı. “aile hekimliği uzmanı” yanıtını verenler ise 1. sınıfta %34.1 (n:14), 2. sınıfta %31.7 (n:13), 3. ve 5. sınıfta %24.4 (n:10), 4. sınıfta %17.1 (n:7), ve 6. sınıfta %9.8 (n:4) idi. Kayıtlı olduğu aile hekiminin unvanını bilmeyenler 1. sınıfta %48.8 (n:20) ile en fazla iken, 2. sınıfta %41.5 (n:17), 3. sınıfta %24.4 (n:10), 4. ve 5. sınıfta %34.1 (n:14), 6. sınıfta ise %31.7 (n:13) ile en azdı. Öğrencilerin kayıtlı olduğu aile hekimleri arasında “diğer branş uzmanı” yanıtını veren kimse yoktu. Sınıflar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.008**).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sınıflara göre yaş ortalamalarına bakıldığında; 1. sınıf 19.1 2. sınıf 20.5, 3. sınıf 21.2, 4. sınıf 22.4, 5. sınıf 23.6 ve 6. sınıf 24.9 olup sınıflar arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.001**). Sosyodemografik özelliklerden “cinsiyet” (**p:0.721**), “medeni durum” (**p:0.204**), “sosyal güvence” (**p:0.058**), “aylık gelir durumu” (**p:0.265**) ve “mezun olunan lise” (**p:0.441**)’ye bakıldığında sınıflar arasında istatistiksel yönden bir fark yoktu.

Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin uzmanlaşması gerektiği konusunda sınıfların verdiği cevaplara bakıldığında istatistiksel açıdan fark olmadığı tespit edildi (**p:0.788**). Aynı şekilde “tıp fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımı özendiriliyor mu?” ve “Tıp fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığı özendiriliyor mu?” sorularına verilen yanıtlara bakıldığında sınıflar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı gözlemlendi (**p:0.179; p:0.722**).

“Tıp fakültesini bitirdiğinde uzmanlık yapmak isteme” (**p:0.737**), “Aile hekimliği uygulaması ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti midir?” (**p:0.116**), “Aile hekimliği sistemine kayıtlı olma durumu” (**p:0.079**), “Aile hekimini tanıma” (**p:0.054**), “Oturduğunuz bölge dışında aile hekimi hizmet alımı” (**p:0.769**), “Acil durumlar dışında ilk başvurulacak sağlık kurum” (**p:0.091**) ve “Aile hekimlerinden memnuniyet durumu” (**p:0.780**) sorularına verilen yanıtlara bakıldığında sınıflar arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu (**Tablo 14**).

Tablo 14. Katılımcıların birinci basamak ve aile hekimliği hakkındaki görüşleri

Öğrenci görüşleri		DÖNEMLER						X ²	p
		1.dönem n(%)	2.dönem n(%)	3.dönem n(%)	4.dönem n(%)	5.dönem n(%)	6.dönem n(%)		
Birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin etmesi	Evet	12 (29.3)	6 (14.6)	6 (14.6)	12 (29.3)	12 (29.3)	17 (41.5)	11.145	0.049*
	Hayır	29 (70.7)	35 (85.4)	35 (85.4)	29 (70.7)	29 (70.7)	24 (58.5)		
Aile hekimliği uygulaması ülkemiz için uygun bir hizmet	Evet	26 (63.4)	30 (73.2)	27 (65.9)	28 (68.3)	25 (61)	35 (85.4)	15.478	0.116
	Hayır	6 (14.6)	5 (12.2)	11 (26.8)	5 (12.2)	10 (24.4)	2 (4.9)		
	Fikrim yok	9 (22.0)	6 (14.6)	3 (7.3)	8 (19.5)	6 (14.6)	4 (9.8)		
Aile hekimliği uygulaması ilgili bilgi sahibi olma	Evet	20 (48.8)	29 (70.7)	30 (73.2)	25 (61)	26 (63.4)	33 (80.5)	11.219	0.047*
	Hayır	21 (51.2)	12 (29.3)	11 (26.8)	16 (39)	15 (36.6)	8 (19.5)		
Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?									
Tıp fakültesindeki hocalarımdan	Evet	37 (90.2)	35 (85.4)	27 (65.9)	28 (68.3)	14 (34.1)	9 (22)	64.985	0.001*
	Hayır	4 (9.8)	6 (14.6)	14 (34.1)	13 (31.7)	27 (65.9)	32 (78)		
Televizyon, gazete ve internetten	Evet	9 (22)	6 (14.6)	9 (22)	7 (17.1)	15 (36.6)	19 (46.3)	16.163	0.006*
	Hayır	32 (78)	35 (85.4)	32 (78)	34 (82.9)	26 (63.4)	22 (53.7)		
Aile hekimime giderek	Evet	11 (26.8)	10(24.4)	10 (24.4)	13 (31.7)	14 (34.1)	11 (26.8)	1.632	0.897
	Hayır	30 (73.2)	31 (75.6)	31 (75.6)	28 (68.3)	27 (65.9)	30 (73.2)		
Yakınlarımdan	Evet	8 (19.5)	9 (22)	9 (22)	10 (24.4)	14 (34.1)	11 (26.8)	2.986	0.702
	Hayır	33 (80.5)	32 (78)	32 (78)	31 (75.6)	27 (65.9)	30 (73.2)		
Diğer	Evet	2 (4.9)	1 (2.4)	1 (2.4)	2 (4.9)	3 (7.3)	6 (14.6)	7.455	0.189
	Hayır	39 (95.1)	40 (97.6)	40 (97.6)	39 (95.1)	38 (92.7)	35 (85.4)		
Aile hekimliği sistemine kayıtlı olma durumu	Evet	36 (87.8)	40 (97.6)	39 (95.1)	39 (95.19)	32 (78)	34 (82.9)	16.800	0.079
	Hayır	2 (4.9)	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	5 (12.2)	2 (4.9)		
	Bilmiyorum	3 (7.3)	1 (2.4)	2 (4.9)	1 (2.4)	4 (9.8)	5 (12.2)		
Aile hekimini tanıma	Evet	33 (80.5)	31 (75.6)	32 (78)	25 (61)	22 (53.7)	27 (65.9)	10.891	0.054
	Hayır	8 (19.5)	10 (24.4)	9 (22)	16 (39)	19 (46.3)	14 (34.1)		
Son bir yılda aile hekimine gitme sayısı	Hiç gitmedim	11 (26.8)	16 (39)	13 (31.7)	12 (29.3)	21 (51.2)	28 (68.3)	57.686	0.001*
	Bir defa	5 (12.2)	10 (24.4)	14 (34.1)	18 (43.9)	7 (17.1)	7 (17.1)		
	İki-beş defa	25 (61)	13 (31.7)	12 (29.3)	11 (26.8)	9 (22)	6 (14.6)		
	Altı -on defa	0 (0)	1 (2.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	On'dan fazla	0 (0)	1 (2.4)	2 (4.9)	0 (0)	4 (9.8)	0 (0)		
Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bilme	Evet	28 (68.3)	32 (78)	26 (63.4)	30 (73.2)	37 (90.2)	36 (87.8)	18.738	0.044*
	Hayır	1 (2.4)	0 (0)	2 (4.9)	3 (7.3)	0 (0)	0 (0)		
	Fikrim yok	12 (29.3)	9 (22)	13 (31.7)	8 (19.5)	4 (9.8)	5 (12.2)		
Aile hekiminizin unvanı	Pratisyen hekim	7 (17.1)	11 (26.8)	21 (51.2)	20 (48.8)	17 (41.5)	24 (58.5)	23.778	0.008*
	Aile hekimliği uzmanı	14 (34.1)	13 (31.7)	10 (24.4)	7 (17.1)	10 (24.4)	4 (9.8)		
	Diğer branş uzm.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	Bilmiyorum	20 (48.8)	17 (41.5)	10 (24.4)	14 (34.1)	14 (34.1)	13 (31.7)		
Oturduğunuz bölge dışındaysanız aile hekimi hizmeti nasıl alırsınız?	Almam	1 (2.4)	2 (4.9)	3 (7.3)	3 (7,3)	1 (2.4)	1 (2.4)	6.525	0.769
	Fikrim yok	13 (31.7)	12 (29.3)	16 (39)	10 (24,4)	15 (36.6)	10 (24,4)		
	Herhangi bir aile hekiminden misafir hasta olarak alırım	27 (65.9)	27 (65.9)	22 (53.7)	28 (68,3)	25 (61)	30 (73.2)		

Tablo 14. Devamı

Öğrenci görüşleri		DÖNEMLER						X ²	p
		1.dönem	2.dönem	3.dönem	4.dönem	5.dönem	6.dönem		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Acil durumlar dışında ilk başvuru kurum	Eğitim ve Arş. Hastanesi	2 (4.9)	3 (7.3)	6 (14.6)	5 (12,2)	5 (12.2)	4 (9.8)	34.855	0.091
	Üniversite hastanesi	6 (14.6)	8 (19.5)	11 (26.8)	8 (19,5)	14 (34.1)	12 (29.3)		
	Devlet hastanesi	14 (34.1)	8 (19.5)	11 (26.8)	8 (19,5)	4 (9.8)	6 (14.6)		
	Özel hastane	7 (17.1)	9 (22)	2 (4.9)	1 (2,4)	4 (9.8)	4 (9.8)		
	Kayıtlı olduğum aile hekimi	11 (26.8)	13 (31.7)	9 (22)	13 (31,7)	12 (29.3)	12 (29.3)		
	Herhangi bir aile hekimi	1 (2.4)	0 (0)	2 (4.9)	6 (14,6)	2 (4.9)	3 (7.3)		
Aile hekimi memnuniyet puanı	1	1 (3)	5 (12.8)	2 (5.4)	4 (12,1)	4 (12.1)	2 (6.7)	14.932	0.780
	2	7 (21.2)	9 (23.1)	6 (16.2)	6 (18,2)	5 (15.2)	3 (10)		
	3	10 (30.3)	13 (33.3)	11 (29.7)	11 (33,3)	12 (36.4)	6 (20)		
	4	8 (24.2)	9 (23.1)	11 (29.7)	7 (21,2)	5 (15.2)	10 (33.3)		
	5	7 (21.2)	3 (7.7)	7 (18.9)	5 (15,2)	7 (21.2)	9 (30)		

Chi-Square test; exact test; a:0,05;* gruplar arasındaki dağılımsal farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Öğrencilerin aile hekimine başvuru amaçlarına bakıldığında “ilaç yazdırmak için” yanıtını verenler 1. sınıfta %46.3 (n:19), 2. ve 3. sınıfta%29.3 (n:12), 4. sınıfta %36.6 (n:15), 5. sınıfta %61 (n:25) ve 6. sınıfta % 26.8 (n:11) idi. Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.009**). Diğer cevaplara bakıldığında dönemler arasında istatistiksel yönden fark tespit edilmedi.

Öğrencilerin aile hekimine gitmeme nedenleri incelendiğinde; “Tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olması” yanıtını verenler 1. sınıfta %17.2 (n:5), 2. sınıfta %12.1 (n:4), 3. sınıfta %16.7 (n:5), 4. sınıfta %38.5 (n:10), 5. sınıfta %51.7 (n:15) ve 6. sınıfta %30 (n:9) idi. Sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlendi (**p:0.004**). “Eğitim aldığım tıp fakültesi hastanesinde muayene olduğum için aile hekimine başvuruyorum” yanıtını verenler ise 1. sınıfta %82.8 (n:24), 2. sınıfta %69.7 (n:23), 3. sınıfta %66.7 (n:20), 4. sınıfta %30.8 (n:8), 5. sınıfta %37.9 (n:11) ve 6. sınıfta %30 (n:9) idi. Sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0.000**). “Öğrencilerin aile hekimine gitmeme nedeni olarak verdikleri diğer cevaplar arasında sınıflara göre istatistiksel olarak bir fark yoktu. “Aile hekimine başvuru amacı” ve “Hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurma nedenleri” yanıtlarına bakıldığında da istatistiksel olarak sınıflar arasında bir fark yoktu (**Tablo 15**).

Tablo 15. Katılımcıların aile hekimine gitme- gitmeme nedenleriyle ilgili görüşleri

Öğrencilerin aile hekimine gitme- gitmeme nedenleri	DÖNEMLER						X ²	p	
	1.dönem	2.dönem	3.dönem	4.dönem	5.dönem	6.dönem			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Aile hekimine başvuru amacı									
Küçük sağlık sorunları için	evet	20 (48.8)	29 (70.7)	28 (68.3)	27 (65.9)	28 (68.3)	25 (61)	5.792	0.327
	hayır	21 (51.2)	12 (29.3)	13 (31.7)	14 (34.1)	13 (31.7)	16 (39)		
Sağlık raporu için	evet	15 (36.6)	19 (46.3)	13 (31.7)	23 (56.1)	17 (41.5)	21 (51.2)	6.932	0.226
	hayır	26 (63.4)	22 (53.7)	28 (68.3)	18 (43.9)	24 (58.5)	20 (48.8)		
Pansuman, iğne için	evet	3 (7.3)	10 (24.4)	6 (14.6)	8 (19.5)	10 (24.4)	8 (19.5)	5.793	0.327
	hayır	38 (92.7)	31 (75.6)	35 (85.4)	33 (80.5)	31 (75.6)	33 (80.5)		
Koruyucu hizmetler için	evet	6 (14.6)	13 (31.7)	8 (19.5)	12 (29.3)	11 (26.8)	12 (29.3)	4.830	0.437
	hayır	35 (85.4)	28 (68.3)	33 (80.5)	29 (70.7)	30 (73.2)	29 (70.7)		
İlaç yazdırmak için	evet	19 (46.3)	12 (29.3)	12 (29.3)	15 (36.6)	25 (61)	11 (26.8)	1.220	0.009 *
	hayır	22 (53.7)	29 (70.7)	29 (70.7)	26 (63.4)	16 (39)	30 (73.2)		
Başvurmuyorum	evet	10 (24.4)	7 (17.1)	6 (14.6)	1 (2.4)	3 (7.3)	5 (12.2)	10.63	0.059
	hayır	31 (75.6)	34 (82.9)	35 (85.4)	40 (97.6)	38 (92.7)	36 (87.8)		
Diğer	evet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
	hayır	41 (100)	41 (100)	41 (100)	41 (100)	41 (100)	41 (100)		
Hastaneden önce aile hekimine başvurma nedeni									
Devamlı aynı doktordan takip için	evet	4 (9.8)	8 (19.5)	10 (24.4)	9 (22)	8 (19.5)	8 (19.5)	3.288	0.656
	hayır	37 (90.2)	33 (80.5)	31 (75.6)	32 (78)	33 (80.5)	33 (80.5)		
Fazla katkı payından dolayı	evet	11 (26.8)	9 (22)	5 (12.2)	8 (19.5)	7 (17.1)	3 (7.3)	6.905	0.228
	hayır	30 (73.2)	32 (78)	36 (87.8)	33 (80.5)	34 (82.9)	38 (92.7)		
Hastanelerde yoğunluk çok olduğu için	evet	10 (24.4)	15 (36.6)	17 (41.5)	21 (51.2)	19 (46.3)	13 (31.7)	8.317	0.140
	hayır	31 (75.6)	26 (63.4)	24 (58.5)	20 (48.8)	22 (53.7)	28 (68.3)		
Aile hekimim benimle daha çok ilgilendiği için	evet	4 (9.8)	9 (22)	7 (17.1)	8 (19.5)	5 (12.2)	6 (14.6)	3.200	0.669
	hayır	37 (90.2)	32 (78)	34 (82.9)	33 (80.5)	36 (87.8)	35 (85.4)		
ASM evime yakın olduğu için	evet	21 (51.2)	18 (43.9)	24 (58.5)	20 (48.8)	20 (48.8)	11 (26.8)	9.416	0.094
	hayır	20 (48.8)	23 (56.1)	17 (41.5)	21 (51.2)	21 (51.2)	30 (73.2)		
Başvurmuyorum	evet	13 (31.7)	17 (41.5)	7 (17.1)	6 (14.6)	12 (29.3)	10 (24.4)	10.392	0.065
	hayır	28 (68.3)	24 (58.5)	34 (82.9)	35 (85.4)	29 (70.7)	31 (75.6)		
Diğer	evet	1 (2.4)	1 (2.4)	2 (4.9)	1 (2.4)	0 (0)	4 (9.8)	6.574	0.254
	hayır	40 (97.6)	40 (97.6)	39 (95.1)	40 (97.6)	41 (100)	37 (90.2)		
Aile hekimine gitmeme nedeni									
Aile hekiminden hoşlanmadım	evet	1 (3.4)	4 (12.1)	3 (10)	1 (3.8)	2 (6.9)	4 (13.3)	3.325	0.650
	hayır	28 (96.6)	29 (87.9)	27 (90)	25 (96.2)	27 (93.1)	26 (86.7)		
Tanı ve tetkik olanakları yetersiz	evet	5 (17.2)	4 (12.1)	5 (16.7)	10 (38.5)	15 (51.7)	9 (30)	17.547	0.004 *
	hayır	24 (82.8)	29 (87.9)	25 (83.3)	16 (61.5)	14 (48.3)	21 (70)		
Uzman doktora muayene olmayı isteme	evet	3 (10.3)	10 (30.3)	6 (20)	11 (42.3)	8 (27.6)	13 (43.3)	11.407	0.044 *
	hayır	26 (89.7)	23 (69.7)	24 (80)	15 (57.7)	21 (72.4)	17 (56.7)		
Güvenmeme	evet	3 (10.3)	3 (9.1)	2 (6.7)	3 (11.5)	4 (13.8)	2 (6.7)	1.323	0.933
	hayır	26 (89.7)	30 (90.9)	28 (93.3)	23 (88.5)	25 (86.2)	28 (93.3)		
Çalışma saatlerime uygun değil	evet	3 (10.3)	7 (21.2)	3 (10)	2 (7.7)	3 (10.3)	2 (6.7)	4.319	0.505
	hayır	26 (89.7)	26 (78.8)	27 (90)	24 (92.3)	26 (89.7)	28 (93.3)		
ASM uzak olduğu için	evet	2 (6.9)	6 (18.2)	5 (16.7)	4 (15.4)	5 (17.2)	4 (13.3)	2.025	0.846
	hayır	27 (93.1)	27 (81.8)	25 (83.3)	22 (84.6)	24 (82.8)	26 (86.7)		
Eğitim aldığım fakültede muayene olduğum için	evet	24 (82.8)	23 (69.7)	20 (66.7)	8 (30.8)	11 (37.9)	9 (30)	30.448	0.000 *
	hayır	5 (17.2)	10 (30.3)	10 (33.3)	18 (69.2)	18 (62.1)	21 (70)		
Diğer	evet	3 (10.3)	0 (0)	1 (3.3)	2 (7.7)	5 (17.2)	6 (20)	10.675	0.058
	hayır	26 (89.7)	33 (100)	29 (96.7)	24 (92.3)	24 (82.8)	24 (80)		

“Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir.” önermesine sınıfların verdiği yanıtların puan ortalamasına bakıldığında; 1. sınıf 4.15, 2. sınıf 4.51, 3. sınıf 4.59, 4. sınıf 4.80, 5. sınıf 4.73 ve 6. sınıf 4.76 olup sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(**p:0.001**). Aynı şekilde “Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim” önermesine bakıldığında ise 1. sınıf puan ortalaması 3.68 iken, 2. sınıf 3.46, 3. sınıf 3.37, 4. sınıf 3.51, 5. sınıf 2.98 ve 6.

sınıf 2.78 olup, dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu gözlemlendi **(p:0.003)**.

“Tıp fakültesinde aldığım eğitim seviyesinin birinci basamakta hasta tedavi etmem için yeterli olduğuna inanıyorum” **(p:0.200)**, “ Fakültede aldığım eğitim neticesinde sahip olduğum bilgi ve becerilerim en baştaki beklentilerimi karşıladı” **(p:0.206)**, “Hastanın ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşu olmalıdır” **(p:0.087)**, “Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır” **(p:0.089)**, “Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın; kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir” **(p:0.113)**, “Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum” **(p:0.441)**, “Aile hekimliği uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor” **(p:0.688)** ve “Aile hekimliği uzmanlığı toplumda saygın bir uzmanlık dalı değil” **(p:0.635)** önermelerine sınıfların verdiği yanıtların puan ortalamasına bakıldığında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü. **(Tablo 16)**

Toplam on önermeye sınıfların verdiği yanıtların toplam ortalaması ise 1. sınıfa 38.34 (10-50), 2. sınıf 37.34 (10-50), 3. sınıf 38.54 (10-50), 4. sınıf 39.56 (10-50), 5. sınıf 38.12 (10-50) ve 6. sınıf 39.46 (10-50) olup sınıflar arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu **(p:0.178)**.

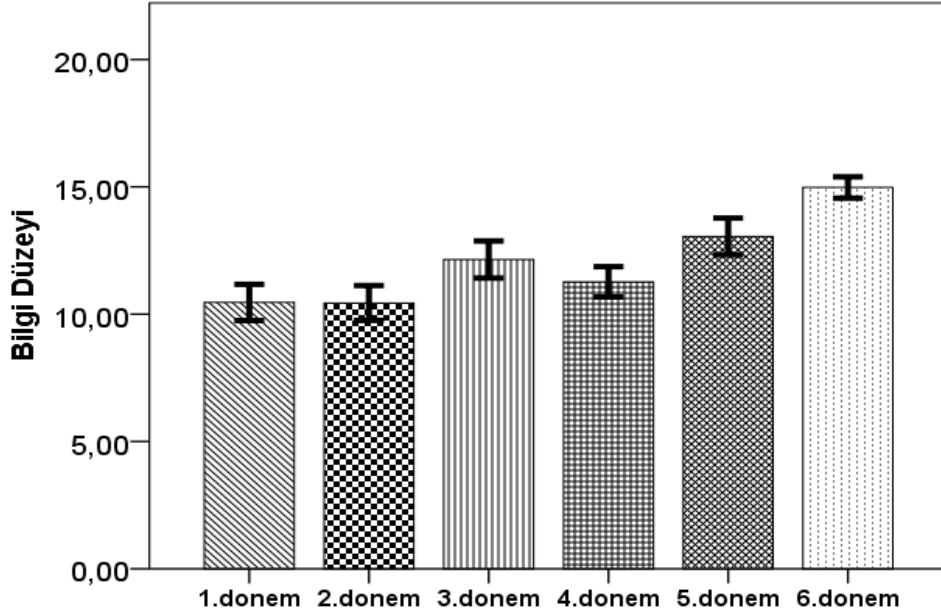
Tablo16. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili önermelere verdikleri yanıtların dönemlere göre puan ortalamaları dağılımı

Önermeler	DÖNEMLER						F	P
	1.dönem	2.dönem	3.dönem	4.dönem	5.dönem	6.dönem		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Tıp fakültesinde aldığım eğitim seviyesinin BB’de hasta tedavi etmek için yeterli bulmak	3.4±1.25	3.2±1.06	3.1±1.08	3.3±1.09	2.9±1.22	3.5±1.10	1.471	0.200
Tıp fakültesinde aldığım eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerim başlangıçtaki beklentilerimi karşıladı.	3±1.08	2.6±1.06	2.7±1.03	2.8±1.20	2.5±1.23	3±1.21	1.452	0.206
Hastanı ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır.	4.3±0.088	4.5±0.64	4.4±0.87	4.6±0.86	4.6±0.77	4.8±0.59	1.950	0.087
Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır.	4±1.21	4±1.09	4.5±0.81	4.5±0.90	4.3±0.96	4.2±1.17	1.939	0.089
Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir	4.1±1.06	4.5±0.71	4.5±0.63	4.8±0.46	4.7±0.50	4.5±0.63	4.491	0.001*
Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın;kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir.	4.4±0.93	4.4±1.05	4.5±0.71	4.8±0.44	4.7±0.63	4.7±0.58	1.802	0.113
Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum	3.2±1.12	3±1.13	3.4±1.24	3.2±1.09	3.2±1.18	3.5±1.05	0.963	0.441
Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim	3.6±1.06	3.4±1.05	3.3±1.07	3.5±1.03	2.9±1.41	2.7±1.17	3.785	0.003*
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor.	4.1±0.95	3.9±1.11	4.1±1.00	4±0.94	4.1±1.00	4.2±1.02	0.616	0.688
Aile hekimliği uzmanlığı toplumda saygın bir uzmanlık dalı değil	3.6±1.09	3.4±1.16	3.5±1.21	3.8±1.14	3.8±0.97	3.7±1.39	0.688	0.633
Puan ortalaması toplamı(10-50)	38.3±4.23	37.3±4.07	38.5±4.03	39.5±3.75	38.1±5.02	39.4±4.82	1.541	0.178

Tek yönlü varyans analizi;p:0,05;*farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Sınıfların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyi ortalamalarına bakıldığında; 1. sınıf 10 puan (7-14) ile en az iken, 2. sınıf 11 puan (8-14), 3. sınıf 13

puan (9-16), 4.sınıf 11 puan (8-15), 5. sınıf 15 puan (10-17) ve 6. sınıf 16 puan (13-18) ile en yüksek puana sahipti. Genel olarak 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe sınıfların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyinin arttığı ve sınıflar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü(**p:0.003**).



Şekil 2. Öğrencilerin aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeylerinin dönemlere göre ortalamaları.

Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyi ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi “ SGK” olanların puan ortalaması 12.1, “emekli sandığı” olanların puan ortalaması 12.2 iken “özel sigorta“ olanların puan ortalaması en yüksek olup 14.9 idi. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması ise 9.4 ile en düşüktü. Sosyal güvence ile aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark vardı(**p:0.004**). Cinsiyet (**p:0.573**), medeni durum (**0.921**), aylık gelir (**p:0.176**) ve mezun olunan lise (**p:0.533**) ile aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu (**Tablo 17**).

Katılımcılardan aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduklarını söyleyenlerin, aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının (13.1puan) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü(**p:0.001**).

Katılımcıların aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi edindikleri yer ile aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; “Bilgiyi tıp

fakültesindeki hocalarımdan edindim” diyenlerin aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının (13.2puan) daha yüksek olduğu ve diğer bilgi edinme yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü(**p:0.001**).

Aile hekimi olarak çalışmak isteyenlerin ve aile hekimi uzmanı olmak isteyenlerin aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamaları sırasıyla 12.6 ve 12.5 olup istatistiksel yönden anlamlı olmadığı gözlemlendi (**p:0.095; p:0.186**).

Tablo 17. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının sosyodemografik özelliklerle ve çeşitli parametrelerle ilişkisi

Bazı parametrelerin aile hekimi görevi bilgi düzeyi ile ilişkisi	BİLGİ DÜZEYİ		F / t	p	
	Ortalama	±SS			
Cinsiyet	Erkek	11.8	4.3	0.565	0.573
	Kadın	12.1	4.5		
Medeni durum	Evli	11.8	6.3	0.100	0.921
	Bekar	12	4.3		
Sosyal güvence	SGK	12.1	4.2	4.652 ^a	0.004
	Emekli sandığı	12.2	4.3		
	Özel sigorta	14.9	2.2		
	Yok	9.4	5.1		
Aylık gelir	Düşük	10.5	4.6	1.748 ^a	0.176
	Orta	12.2	4.3		
	Yüksek	11	4.5		
Mezun olunan lise	Düz lise	14.5	4	0.789 ^a	0.533
	Meslek lisesi	12.6	5.7		
	Anadolu lisesi	12.2	4.2		
	Fen lisesi	11.5	4.4		
	Diğer	12	5.4		
Aile hekimliği isteme durumu	Evet	12.6	4.3	1.675	0.095
	Hayır	11.6	4.4		
Aile hekimliği uzmanlığı isteme durumu	Evet	12.5	4.4	1.326	0.186
	Hayır	11.7	4.4		
Aile hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	13.1	3.9	5.682	0.001*
	Hayır	9.9	4.6		
Aile hekimliği ile ilgili bilgi edindiği yer					
Tıp fakültesindeki hocalarımdan	Evet	13.2	4.1	5.557	0.001*
	Hayır	10.1	4.2		
Televizyon, gazete ve internetten	Evet	11.3	4.5	1.347	0.179
	Hayır	12.2	4.3		
Aile hekimime giderek	Evet	11.7	4.1	0.612	0.541
	Hayır	12.1	4.5		
Yakınlarımdan	Evet	11.9	3.9	0.192	0.848
	Hayır	12	4.5		

Tek yönlü varyans analizi; bağımsız iki örnek t testi p:0,05;* farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Katılımcıların aile hekimlerinden memnuniyet puanı ortalamasına bakıldığında sınıflar arasında istatistiksel yönden bir fark olmadığı görüldü (**Tablo 18**).

Tablo 18. Aile hekimi memnuniyet puan ortalamasının dönemlere göre dağılımı

Dönemlere göre öğrenci sayıları		Aile hekimi memnuniyet puan ortalaması		F	P
Dönemler	Sayı (n)	Ortalama	SS		
1.dönem	30	3.7	1.2	1.896	0.097
2.dönem	33	3.1	1.2		
3.dönem	33	3	1.2		
4.dönem	37	3.4	1.1		
5.dönem	39	2.9	1.1		
6.dönem	33	3.3	1.1		
Toplam	205	3.2	1.2		

Tek yönlü varyans analizi; p:0.05*istatistiksel olarak anlamlı

Katılımcıların son bir yılda aile hekimine gitme sayıları ile aile hekimlerinden memnuniyet durumları karşılaştırıldığında ise; “hiç gitmedim“diyenlerin puan ortalaması 3.04 iken, “en az bir defa gittim” diyenlerin puan ortalaması 3.05, “iki-beş defa gittim” diyenlerin puan ortalaması 3.6 ve “on defadan fazla” gittim diyenlerin puan ortalaması 3.75 olup, aile hekimine gitme sayısı arttıkça memnuniyet puanı ortalamasının da arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi(**p:0.026**).

Tablo 19. Aile hekimi memnuniyet durumu ile son bir yılda aile hekimine gitme sayısı arasındaki ilişki

Aile hekimine gitme sayısı	Aile hekiminden memnuniyet ortalaması		F	P
	Ortalama	SS		
Hiç gitmedim ^c	3.04	1.2	2.827	0.026*
Bir defa ^c	3.05	1.1		
iki-beş defa	3.60	1		
on'dan fazla ^{a,b}	3.75	1.5		

Tek yönlü varyans analizi;a:0,05;Post-hoc: Turkey HSD test; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı;^a hiç gitmeyenler ile farklılık anlamlı;^bbir defa gidenler ile farklılık anlamlı; ^c On dan fazla gidenler ile farklılık anlamlı

Katılımcılardan hayatının kalan döneminde uzmanlık yapmak isteyenler ile aile hekimliği uzmanlığı yapmak isteyenler arasında istatistiksel olarak bir fark tespit edilmedi (**p:0.154**).

5. TARTIŞMA

Sağlık, *İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*'nde insanların sahip olduğu hakların yapıtaşı olarak belirtilmiştir (13).

1948'de Birleşmiş Milletler tarafında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde genel insan hakları kavramı ışığında “herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına hakkı vardır” şeklinde özetlenen sağlık hakkı DSÖ'nün sağlık tanımı ve 1978 Alma Ata konferansında sunulan temel sağlık hizmetleri kavramı ve modeli ile pekiştirilmiştir. Böylece aslında birinci basamak sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez temel sağlık unsuru olduğu kabul edilmiştir (13, 56).

Türkiye 'de aile hekimliğinin tarihçesine baktığımızda; 1963'de 224 sayılı Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması uygun görülmüştür. Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yerini almıştır. Buradan da anlaşılacağı üzere aile hekimliği uzmanlığı çok yeni ve dinamik uzmanlıklardan biridir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna dayanarak 3 Ocak 2005'de Düzce ili Pilot il olarak belirlenmiş ve 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla de Türkiye genelinde 81 ilde süreç tamamlanmış olup Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir (5,3).

Sağlık Bakanlığı'nın 25 Ocak 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 kişiye 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 (59).

Çok genel yaklaşımla Aile hekimini, tarihsel süreçle benzerlik kuracak olursak genel pratisyenliğin 1960'lardaki rönesansı veya modern dönüşümü, ya da bu dönüşümü tamamlayan modern tipte yeni bir hekim olarak tanımlayabiliriz (60).

WONCA aile hekiminde bulunması gereken 6 çekirdek yeterlilik belirtmiştir. Bunlar; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım-

modellemedir. Bu çekirdek yeterlilikler aile hekiminin görevlerinin de bir özeti sayılabilir (61).

Birinci Basamak sağlık hizmetleri diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de çok değerli bir yere sahip olup, kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlayan önemli bir basamaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif hale getirilmesi için dünya genelinde ve ülkemizde birçok politika izlenmektedir.

Çalışmamızda tıp fakültesi talebelerinin, aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi, tutum ve algı seviyelerini belirlemeyi, talebelerin aile hekimliği kariyerine olan ilgilerini, birinci basamağa yaklaşımı ve bunları etkileyen faktörleri saptamayı arzuladık.

Çalışmamıza katılanların %50.4'ü erkek, %49.5'i kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 22 idi. Yener'in 2011 yılında intörn öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %69.1'i erkek ve %30.9'u kızlardan oluşuyordu. Erkek öğrencilerin yaş ortalaması 24.1 iken, kız öğrencilerin yaş ortalaması 23.9 idi. Genel yaş ortalaması ise 24.1 olarak bulunmuştu. 2006-2007 ders yılında 49 tıp fakültesinden toplam 33871 öğrenciden % 40.8'i kız, % 59.2'si erkektir (62). Canbaz ve arkadaşlarının 2005 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (OMÜTF) eğitim alan 198 son sınıf öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise çalışmaya katılanların % 39.9'u kız ve % 60.1'i erkek olup; kız ve erkek öğrencilerin yaş ortalaması sırasıyla 24.2 ve 24.6 olarak bulunmuştur (63).

Katılımcıların aylık gelir durumları incelendiğinde; gelir durumları %86.1'i "orta", %7.7'si "düşük" ve %6.1'i "yüksek" olarak ifade edilmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısı (% 49.2) ailesinin ekonomik durumunu "orta", % 40'ı "iyi", % 8.1'i "çok iyi" ve % 2.7'si "kötü" olarak belirtmişlerdir (64). Hem bizim çalışmamızda ham de bu çalışmada görüldüğü üzere tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin çoğunluğu ekonomik durumu orta düzeyde olan öğrencilerdir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin mezun oldukları liselere bakıldığında; "Anadolu Lisesi" %52, "Fen Lisesi" %33.3, "Düz Lise" %2.4, "Meslek Lisesi" %1.2 ve diğer liselerden mezun olanların oranı %10.9 idi. Yener'in yaptığı çalışmada mezun olunan lise türü sırasıyla % 58'i "Anadolu lisesi", %14.9'u "düz lise", % 13.8'i "fen lisesi", % 0.7'si "meslek lisesi", % 12.6'sı "diğer liseler" mezunu olarak bulunmuştur

(1). Öcek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise mezun olunan okul tipi sırasıyla “Anadolu lisesi” % 53.3, “fen lisesi” % 27, “süper lise” % 4.9, “özel lise” % 4.9, “düz lise” % 4.9, “öğretmen lisesi” %4.9 olarak bulunmuştu (65). Köksal ve arkadaşlarının araştırmasında “düz lise”% 63, “Anadolu lisesi” % 15.4, “ özel lise”% 6.7, “yabancı özel lise” % 4.3, “imam hatip lisesi” % 3.4, “meslek lisesi “% 2.0, “diğer” % 5.1 olarak tespit edilmiştir (66). Genel olarak sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermiş olup, tıp fakültesini daha çok kazanan öğrencilerin Anadolu ve Fen lisesi öğrencileri olduğu görülmüştür. Bu durum Anadolu ve Fen liselerindeki yoğun çalışma programlarından ve eğitim kalitesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin tıp fakültesini tercih etmelerindeki en önemli nedenlere bakıldığında; en fazla tercih nedeni olarak “iş garantisi” %61 ile ilk sırada yer alırken bunu % 55.3 “Topluma yardım etme isteği” ve %43.5 “Maddi kazanç” seçenekleri izliyordu. Yener ‘in çalışmasında (1) ise “ toplumsal statü” % 47.5 ile ilk sırada yer alırken, bunu sırasıyla % 46.7 ile “ İş garantisi” % 37.5 “ Maddi kazanç” ve % 22.9 “ Unvan” seçenekleri izliyordu. Canbaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ilk sırada %76.8 ile kendi isteğiyle, ikinci sırada %50 ile ailenin-akrabaların yönlendirmesiyle ve üçüncü sırada %32.1 ile iş garantisinden dolayı tıp fakültesinin tercih edildiği bulunmuştur (63). Yarış ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ilk sırada “hekimlik mesleğini seviyorum ve ideailimdeki meslek” %61.7 ile yer alırken bunu “insanlara yardım etmek istiyorum” %8.6, “hekimlik mesleğinin ekonomik getirisi ve toplumdaki saygınlığı” % 8.5, “Ailesinin arzusu” % 7.5, “iyi bir eğitim için” % 2.4 ve “almış olduğum puandan dolayı” %1.9 cevaplarını vermişlerdir (67). Köksal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların tıp fakültesi seçme sebeplerine baktığımızda ilk sırada %62.3 ile “kendi tercihimdi” yer alırken, bunu %29.7 ile “ailesinin arzusu ve yönlendirmesi”, %8.7 ile “tesadüf olarak” ve %1.1 ile de “arkadaşlarımın önerisiyle” yanıtları izliyordu (66). Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %45.9’u kendi istekleriyle tıp fakültesini tercih ederken, % 22.2’ si “ailesinin arzusuyla”, % 16.2’si “saygın bir meslek olduğu için”, %11.9’ u “ekonomik getirisinden dolayı” tıp fakültesini tercih ederken fikri olmayanların oranı ise %3.8 idi (64). Genel olarak baktığımızda öğrencilerin daha çok iş garantisi, maddi kazanç ve toplumsal statüden dolayı tıp fakültesini tercih ettiklerini görüyoruz. Son zamanlarda birçok bölümde üniversite eğitimini tamamlayıp mezun olan gençlerin kamuda iş bulamayıp boşta kalmalarının ve

binlerce diplomalı üniversite mezununun işsizler arasında yer almasının öğrencilerin eğitim süreci zorda olsa tıp fakültesini tercih etmelerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 88.6 'sı tıp fakültesinde aile hekimliği stajının olduğunu biliyorken,%11.4' ü aile hekimliği stajının olduğunu bilmiyordu. Aile hekimliği stajının süresini bilenlerin oranı %48 iken, bilmeyenlerin oranı % 52 idi. Hem aile hekimliği stajını hem de süresini bilenlerin sayısı 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe artmaktaydı. Bu durum KSÜ Tıp Fakültesinde aile hekimliği stajının 6. sınıfta 1 ay olarak verilmesi, 2. ve 3.sınıfta aile hekimliği teorik derslerinin olmasına bağlanabilir.

“ Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda acil durum dışında ilk olarak başvuru alan kurum sorulduğunda bizim çalışmamızda; ilk sırada %28.5 ile “Kayıtlı olduğum aile hekimi” seçeneği yer alırken. Bunu “Üniversite hastanesi” %24 ve “Devlet hastanesi” %20.7 ile takip ediyordu. 2017 yılında Canpolat'ın (13) İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı bir sağlık sorunu olduğunda acil durum dışında ilk olarak EAH' ne başvuruyorken, kayıtlı olduğu aile hekimine veya herhangi bir aile hekimine gidenlerin oranı %18.3 idi. Oyan'ın 2013'de İstanbul Tıp Fakültesine başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; ilk sırada %38 ile Devlet Hastanesi yer alırken bunu %35 ile Üniversite Hastanesi ve %14.1 ile kayıtlı olduğu aile hekimi izliyordu (29). Kayseri ilinde 2011 yılında ASM'lere başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada kişilerin yaklaşık yarısının sağlık problemlerinde ilk olarak birinci basamağı tercih ettikleri görülmüştür (68). Bunlardan çıkardığımız sonuç; çalışmaların yapıldığı yer ile ilk başvuru alan kurum arasında paralellik olduğudur. Kişilerin çoğunlukla sağlık problemlerinde ilk başvurdukları yerin, çalışmanın yapıldığı yer olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu durumun ülke çapına genellenmesi doğru olmaz. Yener'in 2011'de Tıp Fakültesi intörn öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada tıp öğrencilerinin büyük çoğunluğu “Hastanın ilk başvurduğu sağlık kurumunun birinci basamak olması gerektiğini” belirtmiş olup, ne yazık ki pratikte yaşanan durum ile çelişmektedir (1). Kişilerin sağlık sorunlarında hem maliyet hem işgücü açısından öncelikle birinci basamağı tercih etmeleri gerekirken, ülkemizde sevk uygulaması olmadığından ve kişi istediği zaman istediği sağlık vericisine ulaşabiliyorken, aile hekimliği sisteminin çok da efektif olması beklenemez.

Bizim çalışmamızda son bir yılda aile hekimine hiç gitmeyenlerin oranı %41.1 olup katılımcıların yaklaşık yarısını oluşturmaktaydı. Türkiye’de son 15 yılda kişi başına düşen yıllık hekime başvuru sayısı anlamlı derecede (yaklaşık 3 kat) artmış olsa da bu başvurular içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının payının değişmemesi dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerine göre 2002 yılında %36 olan birinci basamağa başvuru sıklığı, 2011 yılında %40, 2015 yılında ise %33 olarak bulunmuştur (69). Benzer şekilde 2002-2008 yılları arasında Kuzeydoğu Anadolu illerinde yürütülen bir çalışmada sağlık kuruluşuna başvuru sayısı yaklaşık 3 katına çıkmasına rağmen, birinci basamağa başvuruların bu pay içinde ki oranı %38’den %33’e gerilemiştir (70). Canpolat’ın çalışmasında (13) son bir yılda aile hekimine hiç gitmeyenlerin oranı %45.5 ve Oyan’ın çalışmasında (29) ise bu oran %42.1 olup çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Beş defadan fazla gidenlerin sayısı bizim çalışmamızda %3.7 iken, Canpolat’ın çalışmasında (13) bu oran %6.3, Oyan’ın çalışmasında(29) ise bu oran %25 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olması katılımcıların tıp fakültesi öğrencisi olmasından yani daha genç ve sağlıklı olmalarına; dolayısıyla daha az sağlık problemi yaşamalarına ya da herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında kendi eğitim gördükleri tıp fakültesine başvurmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%76.8) aile hekimini seçme ve değiştirme haklarının olduğunu biliyordu. Canpolat’ın çalışmasında (13) katılımcıların yarısından fazlası(%66.4) aile hekimini seçme ve değiştirme hakkının olduğunu biliyorken Oyan’ın yaptığı çalışmada bu oran %64’tü (29). Bu konuda yapılmış başka bir çalışmada ise kişilerin yaklaşık %80’inin aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bildiği tespit edildi. Ancak bu çalışma ASM’ye başvuran kişilere uygulanmış olduğundan bireylerin bilgi düzeyinin aile hekimliği hizmetinden faydalanmalarıyla doğru orantılı olarak artmış olabileceği düşünülmektedir (68). Çetinkaya ve arkadaşlarının 2011 yılında Kayseri’de yaptıkları çalışmada ise bu oran %24 olup, katılımcıların 3/4’ü aile hekimini değiştirebileceğini bilmiyordu (68). Aile hekimliği uygulamasının 2010 yılında tüm ülke genelinde uygulanmaya başlandığı düşünüldüğünde bu oranın düşük olması beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızda oranın yüksek olması katılımcıların tıp fakültesi öğrencileri olmasından dolayı aile hekimliği konusunda aldıkları eğitime bağlanabilir.

Katılımcıların aile hekimi memnuniyet durumlarına bakıldığında ise en düşük “1” puan ve en yüksek “5” puan olmak üzere 1-5 arasında puanlandırıldığında; bizim

çalışmamızda katılımcıların puan ortalaması 3.26 olarak bulunmuş olup, sadece 3 ve üzeri puan verenlerin oranı %73.8 dir. Oyan'ın tıp fakültesi hastanesine başvuran hastalarda yaptığı çalışma (29) ile Çetinkaya ve arkadaşlarının ASM'ye başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda (68) memnuniyet yüzdeleri benzer olup %80 civarında gelmiştir. Denizli ilçelerindeki ASM'lere başvuran 750 hastayla yapılan çalışmada (71) da memnuniyet oranı bu iki çalışmaya benzer şekilde %80 dolaylarında gelmiş olup bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Yine GATA başvuran 1001 hasta üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %73.4'ü aile hekimliği hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmiş olup, yapılmış birçok aile hekimliği memnuniyet araştırması gibi yüksek oranlar tespit edilmiştir (72). Suudi Arabistan da Türkiye gibi birinci basamak aile hekimliği uygulamasının yeni olduğu bir diğer ülke olup, burada aile hekimliği ile ilgili yapılmış bir anket çalışmasında (73,74), memnuniyet yüzdesi bizim çalışmamıza göre daha düşüktür ve %64.2 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda aile hekimine gitme sayısı arttıkça, aile hekimlerinden memnuniyetin arttığını gözlemledik. Bu durum aile hekimine gitme sayısı arttıkça, memnuniyet düzeyi arttığı gibi bunun sonucu olarak memnuniyet ve bilgi düzeyi arttıkça yani aile hekiminin sunduğu hizmetler bilindikçe ve memnun kalındıkça gitme sayısının giderek artacağı şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %36.2 'si tıp fakültesini bitirdiğinde hayatının kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak istediğini belirtirken, öğrencilerin %63.8'i hayatının kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak istemediğini belirtmiştir. Yine Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) yeterli puanı aldığını varsayarak aile hekimliği uzmanlığını tercih etmeyi düşünenlerin oranı %34.6 iken, tercih etmeyi düşünmeyenlerin oranı %65.4 idi. 2004 yılında Japonya'da 3, 4, 5 ve 6. sınıftan 25 kişinin katıldığı bir araştırmada birinci basamak uzmanlığını seçenlerin oranı %52 olarak bulunmuş olup, erkeklerin bu oran içindeki payı %30.8 iken, kızların bu oran içindeki payı daha yüksek olup % 69.2 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca birinci basamak uzmanlığını 3 ve 4. sınıftan seçenlerin oranı %46 iken, 5 ve 6. sınıftan seçenlerin oranı % 53 olarak bulunmuştur (75).

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%95.5) tıp fakültesini bitirdikten sonra uzmanlık yapmayı düşünürken çok az bir kısmı (%4.5) uzmanlık yapmayı düşünmüyordu. Yener'in çalışmasında tıp fakültesini bitirdiğinde hayatının kalan döneminde pratisyen hekim olarak çalışmak isteyenler %7.9 iken, pratisyen hekim

olarak çalışmak istemeyenler % 92.1 olarak bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin %97.8'i uzmanlık yapmak isterken %2.2'si uzmanlık yapmak istememektedir (1). Türkiye' de 2004-2006 tarihleri arasında dört tıp fakültesinde yapılan ve toplamda birinci sınıftan 717 öğrencinin yer aldığı araştırmada benzer şekilde öğrencilerin % 99.6'sı uzmanlaşmak istemiş, % 0.4 uzmanlaşmak istememiştir (76). Canbaz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise, öğrencilerin yarısından çoğu mezuniyet sonrası göreve başlamadan uzmanlık sınavına çalışmayı düşünmektedir. Katılımcıların sadece % 3.6'sı uzmanlık sınavına girmeyi düşünmemektedir (63). Taysi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimlerin sadece % 1.1'i pratisyen hekim olarak yaşamını devam ettirmeyi planladığını ifade etmiştir (77). Kocaeli'de kamuda çalışan pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, hekimlerin % 90.3'u uzmanlık yapmak istediklerini belirtmişlerdir (78). Yarış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sadece % 1.2'si yaşamını pratisyen hekim olarak devam ettirmeyi planladıklarını, % 75.3'u ise dal uzmanı olmak istediğini belirtmiş, öğrencilerden % 3.7'si ise bir süre pratisyenlik yapıp daha sonra uzmanlık sınavına girmek istediklerini belirtmişlerdir (67). Öcek ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptıkları çalışmada, dördüncü sınıftaki öğrencilerin çok büyük bir kısmı (% 88.5) gelecekte uzman olmak istediğini belirtirken, uzman olmayı düşünmeyenler %1.2, kararsızlar ise % 10.3 bulunmuştur (65). Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların sonuçları da benzerdir. Alper ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin mesleklerinden en önemli beklentilerinin TUS'u kazanmak olduğunu belirtmişlerdir (79). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 89.6'sı mezuniyet sonrasında uzmanlık yapmak istediğini belirtmiştir (66). Kasapoglu'nun 1988 yılında yaptığı araştırmada uzmanlık yapmak isteyenlerin oranı %93.5, Bakir'in 1993 yılında yaptığı araştırmada ise % 93'tür (80, 81). Yeniçeri ve arkadaşları tarafından tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada; incelenen 18 parametre içinde beşli Likert skalasına göre en fazla anksiyete puanı alan üç parametre; TUS'u kazanamamaktan anksiyete duyma (anksiyete puanı=4.00), TUS'a hazırlanamamaktan anksiyete duyma (anksiyete puanı=3.91) ve meslek hayatında uzman olarak çalışamamaktan anksiyete duyma (anksiyete puanı=3.71) olarak karşımıza çıkmaktadır (82). Bütün bu çalışmalarda da görüldüğü gibi, tıp fakültesi öğrencileri uzmanlık sınavını bir çıkış noktası olarak görmektedirler, oysa Türkiye'de hekimlerin çoğu pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Bu sonuçlar ülkemizde pratisyen

hekimliğin ve birinci basamak hizmetlerinin içinde bulunduğu durum açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü üstlenen pratisyen hekim ordusu olumsuz çalışma koşulları, mesleki doyumsuzluk, birinci basamak ortamına ilişkin eksiklikler ve belirsizlikler kadar “her hekimin yapabileceği” işleri yapan, uzmanlığı kazanamadığı için “başarısız” hekim olarak görülme nedeniyle mutsuzdurlar. Bu yüzden de oldukça zorlu bir eğitim aşamasından sonra, uzmanlaşarak maddi ve manevi doyum elde etmeye yönelmektedirler. Tüm bu bulgular ülkemiz ihtiyaçlarına uygun değildir. Öncelikle tıp eğitimi boyunca birinci basamağın teşvik edilmesi ve talebelerin bu amaç doğrultusunda bilgilendirilmesi ihtiyacı ortadayken, tıp eğitimi boyunca zıt yönde bir etkilenme olduğu görülmektedir. Bunun yanında son zamanlarda tıp fakültelerinden mezun olan doktor sayısındaki fazla artıştan dolayı uzman olamk isteyen doktorların çoğu da TUS’u kazanamamaktadır. Uzmanlık sınavını kaybeden doktorlar ya pratisyen olarak çalışırken bir yandan TUS’a tekrar hazırlanıyor ya da hiç mecburi hizmet yapmayıp direkt olarak tekrar TUS’a hazırlanmayı denemektedirler. Bu sonuçlar, doktorları yapmakta oldukları görevi benimsememelerine ya da aksatmalarına sebep olmakta ve ülkemiz için oldukça önemli olan birinci basamak sağlık hizmetlerini hemen hemen işleyemez hale getirmektedir (66). Bizim çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık yarısı (%48.8) tıp fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımının öğretilmediğini düşünüyordu ve büyük bir çoğunluğu (%92.3) tıp fakültesi eğitimi süresince birinci basamak yaklaşımı hakkında daha çok bilgi edinmek istediğini belirtmişti. Ayrıca %81.7’si tıp eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığının özendirilmediğini belirtmişti. Çalışmamızda birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin etmediğini düşünenlerin oranı da oldukça yüksek olup (%73.6) yukarıdaki durumu destekler nitelikteydi.

Çalışmamızda katılımcılar aile hekimine başvuru amacı olarak en çok küçük sağlık sorunlarını halletmek için (%63.8), sağlık raporu için (%43.9) ve reçete yazdırmak için (%38.2) gittiklerini belirtmişti. Yine hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurma sebeplerine bakıldığında ise ilk sırada ASM’nin evine daha yakın olması (%46.3) yer alırken bunu hastanelerdeki yoğunluktan dolayı sıra beklemek istememe (%38.6) ve sürekli kendisini takip eden bir hekim olması (%19.1) yanıtları takip etti. İngiltere’de aile hekimine başvuru nedenleri arasında ilk sırayı sağlam çocuk muayenesi almaktadır (83). Türkiye’de yapılmış başka bir çalışmada katılımcıların büyük oranda sadece tedavi edici hizmetleri için başvurdukları, aşılama, gebe izlemleri

ve aile planlaması gibi hizmetleri talep etmedikleri görülmüş olup koruyucu hizmetler konusunda istenilen başarıya bu araştırmada ulaşılamadığı görülmüştür (68). Bizim çalışmamızda da koruyucu hizmetler için aile hekimine yapılan başvuru düşük bulunmuştur (%25.2). Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde; aile hekimlerinin görevinin sadece muayene değil, aile sağlığı elemanı ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de olduğu belirtilmiştir (12). Canpolat'ın çalışmasında (13) da aile hekimini tercih etme sebebi olarak en sık konum itibarıyla yakın olması, küçük sağlık sorunlarını ASM'de halletme ve reçete yazdırma şeklinde yanıtlar alınmış olup bizim çalışmamızla uyumlu görülmüştür. Başka bir çalışmada (29) aile hekimine en sık gitme sebebi olarak; reçete yazdırmak ve hastalanınca tetkik ve tedavi yaptırmak için şeklinde gelen sonuçlar çalışmamız ile benzerdir. Bizim çalışmamızda reçete yazdırmak için başvuranların oranı %38.2 iken bu oran Canpolat'ın (13) çalışmasında %49.4 ve Oyan' nın çalışmasında (29) %48 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olması katılımcıların tıp fakültesi öğrencileri olmasından dolayı reçetelerini eğitim aldıkları araştırma hastanesinde yazdırmış olmalarına bağlanabilir ya da diğer çalışmalara katılanlara göre daha genç oldukları ve kronik hastalıkları olmadığı için daha az reçete yazdırma ihtiyaçları olduğuna bağlanabilir.

Tıp fakültesi öğrencilerine yeterli düzeyde mesleki ve klinik becerilerin kazandırılması, tıp eğitimindeki ana hedeflerden biridir. Öğrencilerin eğitimlerini yeterli düzeyde teorik bilgiye sahip olarak tamamlamalarına karşın, temel ve klinik beceriler açısından yetersiz oldukları bilinen bir gerçektir (84). Türkiye'de altı yıllık tıp eğitimi bitiminde mezun olan hekim pratisyen doktor olarak birinci basamakta çalışabilmektedir. Çalışmamızda tıp eğitimim süresince aldığı eğitim seviyesinin birinci basamakta hastaları tedavi etmek için yeterli olduğuna inananların oranı %52.9 iken, yeterli olmadığını düşünenlerin oranı %27.6 ve kararsız olanların oranı %19.5 idi. Yine Tıp fakültesinde aldığı eğitim neticesinde sahip olduğu bilgi ve becerilerin en baştaki beklentilerini karşıladığını düşünenlerin oranı %33.8 iken, beklentilerini karşılamadığını düşünenlerin oranı % 41 ve kararsız olanların oranı ise %25.2 idi. Yener'in araştırmasında fakültede aldığı eğitim seviyesinin birinci basamakta hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inananların oranı %39.7 iken, aldığı eğitimin birinci basamakta hasta tedavi etmek için yetersiz olduğunu düşünenlerin oranı %51 ve kararsız olanların oranı %9.4 olarak bulunurken; Tıp fakültesinde aldığı eğitim neticesinde sahip olduğu bilgi ve becerilerinin en baştaki beklentilerini karşıladığını düşünenlerin oranı %28.8

iken, aldığı eğitim neticesinde sahip olduğu bilgi ve becerilerinin en baştaki beklentilerini karşılamadığını düşünenlerin oranı %56.8 idi. Kararsız olanların oranı ise % 14.6 idi (1).

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 1991 yılında Türkiye’ de yapılan büyük bir çalışmada talebeler bilgi ve beceri eksikliklerinden dolayı mesleki hayatlarına hazır olamadıklarını belirtmişlerdir (85). Üner ve arkadaşları tarafından Ankara’da birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan doktorların birinci basamağa yönelik bilgi ve becerileri konusundaki özdeğerlendirmelerini saptamak amacıyla Hacetepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu doktorlarla yaptığı araştırmada; doktorların %38.6’sı tıp eğitimi boyunca edindikleri eğitimin birinci basamak yönetimi bakımından orta seviyede yeterli olduğunu, doktorların % 13.6’ sı yetersiz olduğunu ve % 2.3’ü ise çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Ayrıca doktorların % 39.5 ’i kendilerini birinci basamaktaki doktorluk girişimleri yönünden eksik hissettiklerini söylemişlerdir (86). Yarış ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada is katılımcıların %34.1’i tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz görürken, katılımcıların %27’si aldıkları eğitimi iyi gördüklerini ve %38.8’ i ise aldıkları eğitimi fena değil şeklinde belirtmişlerdi (67). Köksal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin fakültede gördükleri eğitimin birinci basamaktaki doktorluk uygulamaları ve uzmanlığı kazanmak açısından değerlendirdiklerinde; birinci basamak dokturluk için yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %20.2 iken, uzmanlığı kazanmak için yeterli olduğunu düşünenlerin oranı sadece %12.8 idi. Aynı çalışmada katılımcılar %68.9’u birinci basamak doktorluğu için, % 76.7’si ise uzmanlığı kazanmak için gördükleri eğitimin yetersiz kaldığını düşünmüşlerdi (66). Yeniçeri ve arkadaşlarının bir üniversitede Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencileri ile yapmış oldukları araştırmada ise mesleki anksiyete skalasında tıbbi uygulamalarla alakalı anksiyete ve kendine güvenememe oldukça yüksek seviyede tespit edilmiştir. Devamlı anksiyete hali ile insanlara yanlış teşhis koyma, acil hastalarla baş etme, kişilere istemeyerek zarar verme ve klinik beceriler yönünden eksik olma gibi parametreler arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (82). Tıp eğitiminde, hekimlik becerisi elde etmede uygulamaya yönelik eğitim ve öğretimin daha başarılı olduğu gelişmiş devletler tarafından fark edilmiş ve bu yöntem gelişmiş devletler tarafından tıp eğitiminde uygulanmaya koyulmuştur. Kanada’da yapılan bir çalışmada, tıp fakültelerinde topluma yönelik ve pratiğe dayalı eğitime ağırlık verilen, probleme yönelik bir eğitim modeline geçmek ile, tıp fakültelerinden

mezun olan kişilerin koruyucu doktorluk hizmetlerindeki başarılarının istatistiksel yönden anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Aynı araştırmanın neticelerine bakıldığında, uygulamaya dayalı eğitime ağırlık veren fakültelerden mezun olan öğrencilerin hastaya müdahale etme, tanı ve tedavi yönünden ve uygun ilaç yazma konusunda pozitif yönde yaklaşık dört kat artış olduğu tespit edilmiştir (87). Tıp fakültesi programları geliştirilirken hizmet sunanların ihtiyaç duyduğu nitelikler de göz önüne alınmalıdır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli ağırlığa sahip olan kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin görevlerini 2001 yılında yayınladığı "sağlık hizmetlerinin yönetilmesi hakkındaki yönerge" de belirtmiştir (88). Mezun olmuş bir doktordan klinik beceriler ile donanmış olması beklenmektedir. Ancak sağlığın yalnız hastalık olarak değerlendirilemeyeceği düşünülerek hekimin sağlığın tüm bileşenlerini kavramış, ülkesinin öncelikli sağlık sorunlarını, toplumun yapısını bilen ve buna yönelik hizmet sunan niteliklere sahip olması gerekir (89). Tıp eğitiminde çok fazla karşılaşılabilecek vakalar yerine çok nadir karşımıza çıkan, aciliyeti olmayan ama ders veren hocaların ilgisini çeken vakaların tıp talebelerine öğretilmesi, anabilim dallarının kendilerine verilen zaman sürecinde tıp talebelerine lazım olmayacak, oldukça kompleks bilgilere yer vermesi yerine toplumun sağlık ihtiyaçlarını göz önüne alarak bu doğrultuda öğrencilere eğitim vermeleri daha faydalı olacaktır. Bu neticelere göre talebelere verilen tıp eğitimi programının sorgulanması ve gerekli düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %89.4' ü aile hekimliği sistemine kayıtlı olup, %69.1'i aile hekimini tanıyordu. %30.9'u ise aile hekimini tanı mıyordu. Canpolat'ın 2017 yılında sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada (13) katılımcıların %80.4'ü aile hekimliği sistemine kayıtlı olup % 75'i aile hekimini tanıyordu. Yine yetişkinler üzerinde yapılmış başka bir çalışmada (68) da aile hekimini tanıma oranı yaklaşık %85 olup sonuçlar çalışmamızla uyumlu gelmiştir. 2010 yılında Gümüşhane Üniversitesi'nde 1016 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada (90) ise katılımcıların sadece %20 'si aile hekimliği sistemine kayıtlıyken, aile hekimini tanıyanların oranı % 7 gibi çok düşük oranlarda kalmıştır. Aile hekimliği pilot uygulamasının 2005 yılında Düzce ilinde başlayıp 2010 yılında Türkiye genelinde 81 ilde uygulanmaya başladığı göz önüne alındığında, bizim çalışmamız 2019 yılında yapıldığından 2010 senesinde yapılmış başka bir çalışmaya oranla aile hekimliği sistemine kayıt olma durumu ve aile

hekimini tanıma düzeyinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ayrıca, çalışmamızın tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış olduğu düşünüldüğünde bu sonuç şaşırtıcı değildir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimine gitmeme nedenleri incelendiğinde; ilk üç sırada sırasıyla “Eğitim aldığım tıp fakültesi hastanesinde muayene olduğum için” %53.7,” Uzman doktora muayene olmak istiyorum” %28.8 ve “Tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olması” %27.1 yer alıyordu. Canpolat’nsağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada ise ilk sırada çalışma saatlerime uygun olmadığı için gitmiyorum (%44.5) yanıtı yer alırken bunu ASM’nin yarını bilmiyorum (%15.3) ve Laboratuvar olanakları yetersiz olduğu için (%12.4) yanıtları izliyordu (13). Bir tıp fakültesi hastanesine başvuranlar üzerinde yapılmış başka bir çalışmada ise kişiler; her zaman gittikleri başka doktor olduğundan aile hekimlerini tercih etmediklerini bildirmişlerdir (29). Çalışmamızın tıp fakültesi 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. sınıf öğrencileri üzerine yapıldığı düşünüldüğünde ilk sırada eğitim aldıkları tıp fakültesi hastanesinin olması beklenen bir durumdur. Ayrıca aile hekimlerinin mesai saatleri göz önüne alındığında; gününün neredeyse tamamını eğitimlerinden dolayı hastanede ya da fakültede geçiren tıp fakültesi öğrencilerinin aile hekimine gitmek için uygun zamanlarının da kalmadığı düşünülebilir.

Aile hekimine gitmeme sebebi olarak; “güvenmiyorum” yanıtını verenler bizim çalışmamızda %9.6 idi. Canpolat’nsağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada bu oran%2.2 bulunmuştur (13). Yine halktan kişilerle yapılan başka bir araştırmada (29) bu oran oldukça yüksek olup %24.2 olarak gelmiştir. Bu çalışmalardan sağlık çalışanlarının birbirine daha çok güvendiği sonucuna varabiliriz.

Aile Hekimlerine duyulan güven sözü edilmeye değer bir konudur. Bugün Aile Hekimliği uygulamasında çalışan doktorların önemli bir kısmı daha önce sağlık ocağı hekimi olarak görev yapmaktaydılar. Unvan değişikliği yapılmasına rağmen uygulamanın gerektirdiği yoğun mesleki eğitim verilmediğinde kişilerin algısı değişmeyecektir. Birinci basamakta yalnız aile hekimliği uzmanlarının çalışması duyulacak güveni arttıracaktır. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı hedefleri kapsamında yalnız uzman aile hekimlerinden oluşan ve ortalama 2000 kişiye bir hekimim düştüğü bir yapının gerçekleştirileceği belirtilmiştir (28). Mevcut durumda Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlayanların devlet hizmeti yükümlülüğü atamaları genellikle acil

servislerde çalıştırılmak üzere devlet hastanelerine olmakta, Aile Hekimliği Uygulamasında görev verilmemektedir (29).

Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak 2005 yılında pilot proje olarak yürütülmeye başlanmış, 2010 yılında ülke geneline yayılmıştır. Aile Hekimliği Uygulamasının başlangıcında üst basamaklara sevkin kısıtlanması amaçlanarak, bu bağlamda Düzce ilinde bir deneme de yapılmış ancak başarısız bulunarak vazgeçilmiştir. Aile hekimliği sistemini uygulayan illerde 2008’de birinci basamağa başvuran kişi sayısı % 51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise % 49 olmuştur. Birinci basamağa başvurma oranı, sevkin kısıtlanması ile değil, aile hekiminin sevki olmadan üst basamaktaki sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan tahsil edilecek katkı payı uygulaması ile arttırılmaya çalışılmaktadır (28). Çalışmamıza katılan öğrencilerin %37.8’i aile hekimine muayene olmak ile aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye başvurmak arasında ücret açısından fark olduğunu biliyorken,%8.1’i bunu bilmiyordu ve % 54.1’inin ise bu konuda fikri yoktu. Yine katılımcıların büyük çoğunluğu %79.3’ü sevk sisteminin uygulanmasını isterken, (acil durumlar dışında hasta ilk önce aile hekimine başvurmalı ve aile hekiminin gerek duyması halinde 2. ve 3. basamağa yönlendirilmeli) %10.2’si sevk sisteminin uygulanmasını istemiyordu ve %10.6’sının bu konuda bir fikri yoktu. Güven’in 2017 yılında Gazi Üniversitesi Tıp fakültesine başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da (91) katılımcıların %41 ‘i aile hekimine başvurmadan doğrudan 2. ve 3.basamağa başvurma durumunda alınan katkı payı farkını bilmediğini belirtmiştir. Bu durum Türkiye’de yaşamayan biri için tuhaf gözükse de açıklaması basit bir şekilde yapılabilir. Kişiler bu katkı payını herhangi bir sağlık kuruluşuna doğrudan yapmamaktadır. Bu katkı payı eczaneler tarafından tahsil edilmektedir. Ancak kişi sağlık kuruluşunda muayene olduğunda reçete yazılmadıysa bu ödemenin zamanı ilk kez reçeteli ilaç aldığı zamana kadar ertelenmektedir. Eczanelerde daha sonra alınan bu ücretin açıklaması çoğu zaman da yapılmamaktadır. Eczanenin aldığı reçete ücretleri içerisinde bu katkı payı karışmaktadır. Böylece kişiler katkı payı ödemediğini bile çoğu zaman bilmemektedir ve bu yüzden de ücretin doğrudan 2. ve 3. basamağa başvuruları caydırıcı etkisi de ortadan kalkmaktadır. Hem bizim çalışmamızda hem de Güven ‘in 2017 yılında yaptığı çalışmada bu katkı payını bilmeyenlerin oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Toplumun ilan, afiş, sosyal medya ya da televizyon gibi yayın araçlarıyla bu konuda bilgilendirilmesi kişilerin ilk olarak aile hekimine ya da birinci basamak

sağlık kuruluşlarına başvurmalarına katkıda bulunabilir. Nitekim katkı payı uygulamasını daha önceden bilenlerin yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ASM' ye daha çok başvurdukları görülmüştür. (91)

Alma-Ata Bildirgesine göre sağlık problemlerinin % 85-90'ı birinci basamakta sağlık kuruluşlarında halledilebilmektedir. Ayrıca basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesiyle bu oranın %96'ya kadar çıktığı bildirilmektedir (92, 93, 94). Birinci basamak sağlık kurumunda tanı konulamayan ya da tedavi edilemeyen sağlık sorunlarının çözümü için var olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, sevk sistemi uygulamasının olmadığı durumlarda iş yükünün artacağı, gereksiz bir biçimde yoğun olacağı ve bu yüzden de etkisiz ve verimsiz olacağı öngörülmektedir (95, 96). Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna sahip ülkelerin toplumun sağlık gereksinimlerine daha iyi yanıt verebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu yapacağı ve sağlık harcamalarının maliyetini etkin sınırlarda tutacağı söylenmektedir (95, 97).

Katılımcıların aile hekimlerinin görevlerini bilme durumlarına baktığımızda; aile hekiminin periyodik sağlık muayenelerini yapma, yeni doğan taramalarını yapma, bebeklik, çocukluk ve yetişkin aşılarını yapma, üreme sağlığı hizmeti verme, sağlık raporu verme, yaşlılık dönemine ait durum ve hastalıkları takip etme, pansuman, enjeksiyon yara bakımı hizmeti verme gibi görevleri konusunda %70-90 arasında değişen doğru cevaplar verdiği ve bu konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Ülkemizde özellikle ilk beş yaşta bağışıklama en yaygın kabul gören koruyucu sağlık hizmeti olup, birinci basamakta verilen en önemli ve en etkili hizmetlerin başında gelmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıkları önleme açısından ve sağlıklı bir toplum oluşturma açısından çok önemli bir yeri olan bağışıklama hizmetinin katılımcılar tarafından %90 'a varan oranlarda bilinmesi mutluluk vericidir. Katılımcılar arasında aile hekiminin kendisine kayıtlı bireyleri senede en az bir kez değerlendirip kayıtlarını güncellediği, tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele etme, sağlıklı beslenme danışmanlığı verip obezite takip ve tedavisini yapma, kanser taramaları yapma, evlilik öncesi danışmanlık ve evlilik raporu verme, gebelerin muayenesi ve takibini yapma, kronik hastalıkları takip etme, mobil sağlık hizmeti verme, evde takibi sorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti verme gibi görevlerini doğru bilenlerin oranı daha az olup %49-66 arasında değişmektedir. Özellikle kanser taramaları (%54.1), tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele (%65) ve gebelerin

muayenesi ve takibi (%61.8) gibi herkesçe bilinen aile hekiminin önemli görevlerini bilme durumu çalışmamızda düşük bulunmuştur. 2017 yılında Canpolat'ın İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada (13) katılımcıların Aile hekimlerinin kanser taramaları yaptığı konusundaki bilgi durumu %50'nin altında kalırken tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele konusundaki bilgileri bizim çalışmamızdan daha düşük olup % 53.5 olarak bulunmuştur. Gerek bizim çalışmamızda gerekse Canpolat'ın çalışmasında aile hekiminin kanser taraması yapma, tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele etme gibi görevlerini bilme oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Televizyonlarda son dönemlerde kanserlerin erken tespitine yönelik düzenlenen çok sayıdaki kamu spotuna rağmen katılımcıların verdiği cevapların yeterli olmadığı görülmüştür. Bu konuda gerek tıp fakültesinde ki hocalara gerekse sosyal medyaya ciddi sorumluluk düşmektedir. Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele konusunda etkili bilinçlenmeye sebep olan, televizyonlarda yayınlanan kamu spotları, bu hizmetleri kişinin kendi aile hekiminden de alabileceği yönünde yol gösterici olabilir. Elbette bunun öncesinde gerek aile hekimliği uzmanı olsun gerekse pratisyen hekim veya diğer branş uzmanı olsun bu konularda gerekli eğitimi almaları gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda sınıfların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyi ortalamalarına bakıldığında; 1. sınıf 10 puan (7-14) ile en az iken, 2. sınıf 11 puan (8-14), 3. sınıf 13 puan (9-16), 4. sınıf 11 puan (8-15), 5. sınıf 15 puan (10-17) ve 6. sınıf 16 puan (13-18) ile en yüksek puana sahipti. İspanya da tıp fakültesi 2. sınıf talabeleri üzerinde yapılan bir çalışmada; talebelerin %34.1'i aile hekimliği stajı öncesi aile hekiminin görevini tanımlayabilirken, aile hekimliği stajını gördükten sonra talebelerin %97.7'si aile hekiminin görevlerini tanımlayabilmiştir (98). Genel olarak 1. sınıftan 6. sınıfa doğru gidildikçe sınıfların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyinin arttığı bu durumun öğrencilerin 2. ve 3. sınıfta aldıkları teorik aile hekimliği dersleri ve 6. sınıfta aldıkları 1 aylık aile hekimliği stajı ile alakalı olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda katılımcılardan aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduklarını söyleyenlerin, aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının (13.11puan) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (**p:0.001**). Ayrıca öğrencilerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi edindikleri yer ile aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; "Bilgiyi tıp fakültesindeki hocalarımdan edindim" diyenlerin aile hekiminin

görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının (13.23puan) daha yüksek olduğu ve diğer bilgi edinme yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (**p:0.001**). Özellikle son sınıfta 1 aylık aile hekimliği stajının olması öğrencilerin aile hekiminin görevleri konusunda daha çok bilgi sahibi olmasına katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz. Nitekim 6. Sınıf öğrencilerinin aile hekiminin görevleri konusundaki bilgi düzeyi puanı ortalaması da (16 puan) bu durumu desteklemektedir.

Katılımcıların aile hekimliği uzmanlığına yönelik önermelere verdiği yanıtlar incelendiğinde; katılımcıların yaklaşık yarısı (%48.8) aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtirken, %77.6'sı aile hekimliği uzmanlığının insanlar tarafından yeteri kadar bilinmediğini düşünüyordu. Ayrıca katılımcıların %61.8'i aile hekimliği uzmanlığının toplumda saygın bir uzmanlık dalı olmadığı kanaatindeydi. Yenerin 2011 yılında intörn öğrenciler üzerinde yaptığı araştırmada (1) sonuçlar bizim çalışmamızla benzer bulunmuş olup; aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadığını belirten öğrencilerin oranı % 53 iken, aile hekimliği uzmanlığının toplumda yeterince tanınmadığını düşünenlerin oranı %81.7 ve aile hekimliği uzmanlığının toplumda saygın bir uzmanlık dalı olmadığını düşünenlerin oranı 42.6 olarak bulunmuştur. İspanya da tıp fakültesi 2. sınıf talebeleri üzerinde yapılan bir çalışmada; talebeler aile hekimliğinin hem başka branş uzmanlarınca önemsendiğini, hem de toplum tarafından gereken önemin verildiğini düşündüklerini dile getirmişlerdir (98). Türkiye’de ülke genelinde aile hekimliği sistemine 2010 yılında geçildiği göz önüne alındığında; kişilerin aile hekimliği uzmanlığı hakkında yetersiz bilgi sahibi olmaları, aile hekimliği uzmanlığının insanlar tarafından yeteri kadar bilinmediğini düşünmeleri ve aile hekimliği uzmanlığının toplumda saygın bir uzmanlık dalı olmadığını düşünmeleri aile hekimliği uygulamasının ülkemizde yeni olmasına bağlanabilir. Ayrıca bu duruma ülkemizde ve ASM’lerde görev yapan aile hekimliği uzmanı sayısının az olması da katkıda bulunmuş olabilir.

Katılımcıların kayıtlı olduğu Aile hekimlerinin unvanlarına bakıldığında %40.7'si pratisyen hekim, %23.6 'sı Aile hekimliği uzmanı iken %35.8' i ise aile hekiminin unvanını bilmiyordu. Canpolat'ın 2017 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada ise katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimlerinin unvanı %32.6 pratisyen hekim,%27.6 aile hekimliği uzmanı ,%2 diğer branş uzmanı ve %37.9 ise kayıtlı olduğu aile hekiminin unvanını bilmiyordu. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı hedefleri kapsamında yalnız uzman aile hekimlerinden oluşan ve ortalama 2000 kişiye bir

hekimim düştüğü bir yapının gerçekleştirileceği belirtilmiştir (28). Bu iki çalışmada da görüldüğü üzere Aile hekimliği uzmanı oranı Türkiye'nin 2023 hedefleri çerçevesinde belirttiği oranın oldukça altında olup düşük bulunmuştur. Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlarının sayısının arttırılması gerekmektedir. Ancak bunun gereği Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanlık Sınavında yeterli sayıda kadro açılmasıdır. Bunun yerine 11/10/2011 tarih ve 663 numaralı Kanun Hükümünde Kararnamenin (Resmi Gazete tarihi: 2/11/2011, No: 28103, Mükerrer) 58. Maddesinin 8. bendi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a eklenen Geçici Madde 9 ile Aile Hekimliği Uygulamasında yer alan sözleşmeli Aile Hekimlerine "uzaktan ve/veya kısmî zamanlı" uzmanlık eğitimi yolu açılmıştır. Böylece Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi unvanı ile çalışan doktorlara unvan değişikliği imkanı sağlayarak, halen geçerli olan Aile Hekimliği uzmanlık eğitimini zedeleyecek bir girişim başlatılmıştır. Bu girişimin Aile Hekimlerine duyulan güven eksikliğini arttıracasını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla tamamlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ülke genelinde yaklaşık 9 yıldır birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli ayağını oluşturmaktadır. Birinci basamakta verilen sağlık hizmetleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok önemli bir yere sahiptir. Gerek bizim çalışmamızda gerekse bu alanda yapılmış birçok çalışmada görüyoruz ki, insanların büyük çoğunluğu herhangi bir sağlık problemi yaşadığında ilk olarak aile hekimine başvurmak yerine üst basamak sağlık vericilerine başvurmaktadır. Bu durum hem üst basamak sağlık kuruluşlarının maliyetini hem de iş yükünü oldukça artırmakta ve birinci basamağı kuvvetlendirmeye yönelik yapılan tüm girişimleri ve harcamaları anlamsız kılmaktadır. İngiltere ve Hollanda gibi bazı Avrupa ülkelerinde sevk sisteminin birinci basamak hizmetlerinde başarılı bir şekilde uygulandığı göz önüne alındığında, ülkemizde de 2. ve 3. basamak sağlık vericilerine ulaşmak için sevk sisteminin getirilmesi birinci basamağın daha etkili kullanılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda ve yapılmış birçok araştırmada, katılımcıların yaklaşık yarısının son bir yılda aile hekimine hiç gitmediklerini belirtmiş olmaları, durumun ne denli vahim olduğunu rakamsal olarak göstermektedir. Hem bizim çalışmamızda hem de çalışmamızı destekleyen diğer araştırmalarda katılımcıların tamamına yakını aile hekimliği sistemine kayıtlı olup, ASM’de verilen hizmetlerin büyük kısmından da haberdar oldukları düşünüldüğünde; kişilerin sağlık hizmetlerinde basamak sistemini kullanmaları için devlet tarafından belli düzenlemelerin yapılmasının aile hekimliği uygulamasının daha etkin kullanılmasına fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

Aile hekimine başvurmayanların önemli sebeplerinden biri de ASM’lerde tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olmasıdır (%27.1). Bu konudaki eksiklikleri gidermek adına ASM’lerde olmayan bazı teknolojik cihazların alınması sağlanabilir ya da gerekli ek işlemlerin aile hekimlerince isteği yapılarak hastanede yapılması ve sonuçların yine aile hekimince değerlendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca aile hekimi tarafından üst basamağa yönlendirilen hastalara ayrıcalık tanınabilir.

Aile hekimine gitmeyenlerin bir kısmı (%11.3) sebep olarak; aile hekimi çalışma saatlerinin kendilerine uygun olmadığını belirtmişlerdir. Bunu gidermek için esnek mesai saatleri uygulaması birinci basamak hekimlerini mağdur etmeyecek şekilde

uygulanabilir. Toplumun bu uygulamadan kamu spotları, afiş, poster, telefon bilgilendirme mesajları ve diğer yollar kullanılarak haberdar edilmesi sağlanmalıdır. Böylece özellikle çalışanların mesai saatleriyle birinci basamak mesai saatlerinin çakışması en aza indirilmiş olur ve çalışan kesimin aile hekimliği hizmetlerinden daha fazla yararlanması sağlanmış olur.

Kişileri birinci basamağı atlayarak doğrudan üst basamaktaki doktorlara yönlendiren önemli nedenlerden biri de aile hekimlerine olan güvensizliktir. Pratisyen hekimlerin toplumdaki yetersizlik algısını düzeltmek adına çalışmalar yapılmalıdır. Öncelikle siyasetçiler, yöneticiler ve politika yapıcılar bu itibarı hekimlere yeniden kazandırmalıdır. Bunun için iletişim ve yayın araçları, sosyal medya önemli bir araç olabilir. “Aile Hekimime Güveniyorum” sloganlı bir çalışma yararlı olabilir. Bu çalışmaya toplum nezdinde itibar gören siyasetçilerin, sanatçıların ve yöneticilerin de katılması sağlanarak yıllardır zedelenen hasta -hekim ilişkisi yeniden oluşturulabilir.

İnsanların ASM’leri ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak benimsemesi için öncelikle bu konuda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin çok az bir kısmının (%37.8) katkı payı ödeme uygulamasından haberdar olduğu görülmüştür. Bu yüzden bilgilendirme materyalinde sistemin tam olarak nasıl işlediği de anlatılmalıdır. Ayrıca eczanelerde tahsil edilen muayene ücretinin fiş üzerinde açıklaması yer alabilir ve birinci basamağa başvuranlardan bu ücretin alınmayacağı hatırlatılabilir.

Ülkemizde yürütülmekte olan Aile Hekimliği Uygulamasının istenen başarıya ulaşması ancak kişilerde uygulamayla ilgili farkındalığın artırılması ve hasta beklentileri de göz önüne alınarak iyi eğitilmiş, görev ve sorumluluk tanımında belirtilen işleri yetkinlikle yürütecek, yoğun hizmet içi eğitim alan doktorların çalıştırılması ile mümkün olabilir. 2023 yılı için planlanan aile hekimliği uzman sayısı için de doğru ve gerçekçi sağlık politikaları izlenmeli ve şuan çalışmakta olan aile hekimliği uzmanlarının da birinci basamakta görev almaları için özendirici çalışmalar yapılmalıdır.

Mevcut aile hekimliği sisteminin verimliliğini artırmak için çalışma sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz:

1. Ülkemizde tıp eğitiminin içeriği ve yöntemi birinci basamakta gereksinim duyulan doktor modelini yetiştirmekten uzaktır. Doktorların yaşadıkları mesleki tatmin, sosyal uyum, çalışma şartları ve gelecek kaygıları gibi sorunların çoğunun temelinde tıp eğitiminin eksiklikleri yatmaktadır. Donanımlı ve daha huzurlu doktorlar yetiştirebilmek için tıp eğitimi konusunda köklü değişiklikler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

2. Tıp Fakültesi öğrencilerinin birinci basamak ve aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olması ve sağlık sorunlarına daha bütüncül olarak yaklaşabilmeleri açısından aile hekimliği stajı tıp eğitimi müfredatına erken dönemden itibaren yerleştirilmelidir.

3. Tıp eğitimi müfredatının uzman komisyonlar tarafından gözden geçirilerek mezuniyet öncesi tıp eğitiminde temel bilimlerde dahil olmak üzere daha aktif bir eğitim modeline geçilmeli, tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyetlerinin ilk yıllarında birinci basamakta çalışacakları aile sağlığı merkezi, devlet hastanesi gibi yerlerde eğitimlerinin erken yıllarında pratik uygulama yapmaları sağlanmalıdır.

4. Birinci basamak hizmetlerinin fiziki şartları iyileştirilmeli, hizmet verenlerin ücret tatmini, mesleki doyumu ve hasta memnuniyeti konusundaki eksiklikleri giderilmeli, aile hekimliği uzmanlığının özendirilmesi ve topluma aile hekimliğinin tanıtılarak birinci basamak hizmetlerinden faydalanmasının artırılması sağlanmalıdır.

5. Birinci basamaktaki uzman aile hekimi sayısını artırmak için Tıpta Uzmanlık Sınavında aile hekimliği uzmanlığı için daha fazla kontenjan açılmalıdır. Sahada aile hekimliği yapan pratisyen doktorları uzaktan eğitim programları ile uzman yapmak yerine, Tıpta Uzmanlık Sınavıyla alınıp hastanede görmesi gereken rotasyonları ve yeterlilikleri alması sağlanmalıdır. Bu sayede birinci basamakta aile hekimlerine olan güvende artmış olacak ve aile hekimine direk başvuru sayısı da artacaktır.

6. Birinci basamakta çalışan doktorların bilgi ve becerilerini artırmak ve bilgilerini güncellemesi için belirli aralıklarla seminer, kurs gibi hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir. Bu sayede hekimlerin daha yetkin olması sağlanmış olacaktır. Sağlık hizmeti bir ekip işi olduğundan yardımcı sağlık çalışanları için de kişisel iletişim ve mesleki eğitim programları düzenlenmelidir.

7. Aile sağlığı merkezlerinde sunulan sağlık hizmetlerini daha kapsamlı hale getirmek için diş hekim, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, evlilik danışmanı ve sosyolog gibi sağlık elemanlarının da bulundurulması sağlanmalıdır.

8. Devlet tarafından insanların doğrudan 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurularını kısıtlayıcı düzenlemeler yapılmalıdır.



7. KAYLAKLAR

1. Yener ÖF, Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin aile hekimliği ile ilgili düşünceleri ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde aile hekimliği stajının yerinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun; 2011.
2. Aslan D, Sayek İ. Tıp eğitimi içinde uluslararası sağlık yaklaşımı. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:135-138.
3. Edinburg Declaration, World Federation for Medical Education, Lancet. 1988 Oct 15; 2(8616):908.
4. Saçaklıoğlu F. Dünyada Tıp Eğitimi, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1997; 12(79):35-39.
5. Making medical practice and education more relevant to people's needs. WHO-WONCA joint conference. WHO-WONCA. Ontario, Canada, 6-8 Nov 1994.
6. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı Kılavuz Kitap. Dünya Aile Hekimleri Birliği. Çeviri editörü Prof. Dr. Nazan BiLGEL Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
7. World Health Organization, & Unicef. (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
8. Özdemir, O., Ocaktan, E., & Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(04).
9. Coulter, A. (2002). Patients' views of the good doctor: doctors have to earn patients' trust. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7366), 668.
10. Rakel RE. The family physician. In: Rakel RE (ed). *Textbook of Family Practice*, 4th ed. New York: WB Saunders; 1990.

11. T.C Sağlık Bakanlığı. (2004). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun. Ankara: Resmi Gazete (25665 sayılı)
12. Resmi gazete tarihi:25.01.2013 resmi gazete sayısı:28539 aile hekimliği uygulama yönetmeliği madde 4-(1).
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=942:ale-hekml-uygulama-yoenetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 20.08.2019 tarihinde erişilmiştir.
13. Canpolat ES, Hastanemiz sağlık çalışanlarının aile hekimliğiyle ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul/2017
14. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlıkın Tanımı; Başaçıkma. Journal of İstanbul Kültür University 2006; 4 (3): 47-9.
15. Dağlı GH. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2006.
16. Yıldırım S. Sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet analizi. Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No: DPT: 2350, Ankara; 1994.
17. Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması Online İçerik: <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp> Son Erişim Tarihi: 10.09.2019
18. Güler, Ç., & Akın, L. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, 1480-1484.
19. Ağdemir H. Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.

20. Karadağ Z. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi 1-3 Haziran2007,Yakındoğu Üniversitesi Lefkoşa Bildiri Kitabı Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007. ss:561-9.
21. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara; 2000.
22. Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri.Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı 1, C.39, Ankara; 2001.
23. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi; 2000.ss:46.
24. Güngör İ,Hotun Şahin N. Sağlıkta geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi. Mayıs-Haziran Temmuz-Ağustos, (2006); 6-13.
25. TheEuropeandefinition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. p. 55-56.
26. Akdağ R. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editor: Sabahattin Aydın, Mavi Ofset Yayıncılık, Ankara; 2004.
27. Dağdeviren N.: Aile Hekimliği Dergisi, cilt1, sayı4, sayfa9.
28. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Akdağ R, Aydın S, Demirel H (Ed.), Ankara, 2008.
29. Oyan NK. Tıp fakültesi hastanesine başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi ve düşünceleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul;2013. 21.08.2019 tarihinde erişilmiştir
30. Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği. Türk Aile Hek Derg 2006;10(2):79-86.
31. Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. (2005), Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama, Görpeloğlu S, (Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlığı 2005, 25.

32. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Milis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (Ed.). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004, s:188.
33. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukcu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:412-418.
34. Ungan M, Ceyhan AG. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Aile Hekimliği 2006 Eylül/Ekim;1:7-10.
35. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği 2, Çağlayaner Haluk (Ed.) İletişim Yayıncılık, İstanbul, 1996; 27-38.
36. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. “Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları”. (Online İçerik) <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html> Son erişim tarihi: 10.09.2019
37. Aydın, B. (2004). Sağlıkta Değişim, SB Diyalog Dergisi. *TC Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı*, 1(7), 4-6.
38. Şişman S. Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
39. Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. (2009). A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs*, 28(6), S:1171-1183.
40. Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Journal of Social Sciences/Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8).
41. Kitapçı, H., & Avcı, S. (2010). Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 4(1).
42. Etiler, N. (2006). Romanya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(5-6)

43. Algın K, Şahin İ, Top M, "Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 2004, s. 257.
44. Ünlüoğlu İ ve Paycı S, Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 23.
45. Kantarcı Y, Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği, Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı;2015; 14-15.
46. Söyleyici T, Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010, s. 38.
47. Şahin HH. Türkiye’ de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlık Merkezlerinin Yeri , Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul;2018
48. Sancaktar Ö. Uzmanlık programlarıyla ilgili gelişmelerin aile hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi. Uzmanlık tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi Aile hekimliği anabilim dalı; 2013 .
49. Politika Analiz Raporu Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması Hazine Müsteşarlığı Öğlen Grubu. Ankara, 2011
50. T.C Sağlık Bakanlığı. (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. *Ankara: Resmi Gazete (28539 sayılı)*.
51. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü web sitesi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html> ,son erişim tarihi; 10.09.2019
52. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor; Türk Aile Hekimliği Dergisi.2011; 15(2):88-90.
53. Çubukçu M. Samsun’da birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda

memnuniyetin değerlendirilmesi 2008. Samsun <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no: 229804 erişim tarihi; 01. 07. 2019

54. TUKMOS Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı, 2013
55. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara
56. Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme AN ASSESSMENT ON HEALTH RIGHT AND HUMAN RIGHTS Kamil ALPTEKİN* T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004, 12:132-139.
57. Sancaktar Ö. Uzmanlık programlarıyla ilgili gelişmelerin aile hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi. Uzmanlık tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp fakültesi Aile hekimliği anabilim dalı; 2013 .
58. İstanbul'da aile hekimliği, İstanbul Sağlık müdürlüğü, İstanbul'da aile hekimliği uygulama modeline geçiş http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/ist_ah.aspx Erişim tarihi; 20.07.2019
59. Resmi gazete tarihi:25.01.2013 resmi gazete sayısı:28539 aile hekimliği uygulama yönetmeliği madde 3-(1).
60. Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's view. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. Family Medicine: The Maturing of a Discipline. First edition. New York: The Haworth Press; 1987. p. 1-21.
61. Wonca World Family Doctors Caring For People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005, Çeviri: Başak O. Saatçi E., Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011. .
62. Sayek İ. Kiper N. Odabaşı O. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2008. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara 2008.

63. Canbaz S, Sünter A T, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kayı düzeyi ve etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2007;17(1) 15-19.
64. Yıldız A N, Kurt M, Öktem M S, Özcan S, Özdemir N, Temel F. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinin tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hakkındaki görüşleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:60-67.
65. Öcek Z, Gürsoy Ş T, Türk M, Çiçeklioğlu M, Aksu F. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Planları ve Genel Pratisyenliğe Yönelik Tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007,10 (16):146-158.
66. Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Cerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. The attitude of students of Cerrahpaşa School of Medicine on medical education and post graduated situation. Cerrahpaşa J Med 1999; 30 (4): 251-258.
67. Yarış F, Topbaş M, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. OMU Tıp Dergisi 2001;18(4):233-41
68. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Prev Med Bull 2013; 12(4):417-424
69. T.C Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015
70. Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., & Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Balkan Medical Journal*, 28(1).
71. Söyleyici T. Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi, Denizli uygulaması, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Denizli; 2010.
72. Aydoğan Ü. Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara; 2005. Ulusal tez merkezi 01.08.2019 tarihinde erişilmiştir
73. Al-Sakkak MA, Al-Nowaiser NA, Al-Khashan HI, Al-Abdrabulnabi AA, Jaber RM. Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. Saudi Med J. 2008; 29(3):432-436.

74. Al Qatari G, Haran D. Determinants of user's satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999; 11(6): 523-531).
75. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters M D. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Medical Education* 2007, 7:31 doi:10.1186/1472-6920-7-31.
76. Dikici MF, Yarış F, Topsever P, Filiz T M, Gürel F S, Çubukçu M, Görpeliöğlu S. Factors Affecting Choice of Specialty Among First-year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey. *Croat Med J* . 2008;49:415-20. doi:10.3325/cmj.2008.3.415.
77. Tayşi BN, Azizoğlu F, Perçinel S, Hasan HS. 1992-1993 Öğretim yılı intern doktorlarında beck depresyon envanterine göre depresyon prevalansı. *Toplum ve Hekim* 1994;9:68-74.
78. Pala K, Türkkın A. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğretim üyelerinin "tıpta uzmanlık sınavı" hakkındaki görüşlerini içeren bir anket çalışmasının düşündürdüğleri. *Toplum ve Hekim* 1993;57:12-5.
79. Alper Z, Özdemir H. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesini Tercih Eden Öğrencilerin Kimi Sosyo- Demografik Özellikleri ve Mesleđe Bakış Açılıarı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi* 2004; 30 (2): 93-6.
80. Kasapoğlu A. Tıp eğitimi; Uygulamalı ve sosyolojik bir araştırma, AÜ Basımevi, Ankara, 1992.
81. Bakır B. Bir tıp fakóltesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası beklentileri. *Toplum ve Hekim* 1994; 9: 63-7.
82. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, özan S, Güldal D, Başak O. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. *2007 DEÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*. Cilt 21, Sayı 1, (Ocak) 2007, S: 19 — 24.

83. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The Nature of Primary Medical Care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol L, Mant D, Silagy C, eds. Oxford Textbook of Primary Medical Care.1 st ed. New York: Oxford University Press; 2004.p.3- 10.
84. Ledingham IM, Harden RM. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility. Med Teach 1998; 20(6): 503-8.
85. Türkiye Büyük Millet Meclisi ‘ TBMM Tıp Eğitimi Araştırması, Cilt 1-2, 1991.
86. Üner S, Özvarış Ş B, Turan S, Arıöz U, Odabaşı O, Elçin M, Sayek İ. Ankara’da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin birinci basamakta sunulan hizmetlere ilişkin özdeğerlendirmeleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:233-238.
87. Tamblyn R, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study,BMJ 2005; 331 : 1002.
88. Öztekin Z. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık ocağı yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık, 2004.
89. Terzi C. Toplum sağlığına uzanan bir köprü: tıp eğitimi. Toplum ve Hekim 16:3:213-216.90. Kıvanç A, Şahinöz T. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(1):41.
91. Güven EA, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin bazı polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin aile hekimliği sistemi hakkında bilgi düzeylerinin, sağlık hizmeti alma konusundaki tutum ve davranışlarının, sağlık sistemiyle ilgili düşüncelerinin incelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara;2017
92. World Health Organization, & Unicef. (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. 93. Karadağ, Z. (2007). Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. *Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı.*

94. Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C., Bindman, A. B., Quesenberry Jr, C., Truman, A., & Uratsu, C. (1999). Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *Jama*, 282(3), 261-266.
95. Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
96. Boerma, W. G. (2003). An international study of variation in the tasks of general practitioners.
97. World Health Organization and The World Organization of Family Doctors. (1994). Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. A working paper of the WHO-WONCA Conference. Ontario, Canada November 6-8, 33-6.
98. Escobar F, Lopez-Torres J. Changes in the knowledge of and attitudes toward Family Medicine after completing a Primary Care course. *Fam Med*. 2010; 42: 35-40.

8. ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. WONCA Aile hekimliği çekirdek yeterlilikler ve zellikler.....	28
Şekil 2. Öğrencilerin aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeylerinin dönemlere göre ortalamaları.....	57



9. TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat, TUKMOS, 2017.....	31
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	34
Tablo 3. Katılımcıların tıp fakültesi tercih etme nedenleri	35
Tablo 4. Katılımcıların aile hekimliği stajı ile ilgili sorulara verdiği yanıtların dağılımı	35
Tablo 5. Katılımcıların tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak hekimliği ve uzmanlık tercihleri ilgili görüşleri	37
Tablo 6. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasıyla ilgili görüşleri	38
Tablo 7. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, aile hekimliği uzmanlığı ve birinci basamakla alakalı düşünceleri	39
Tablo 8. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, aile hekimliği uzmanlığı ve birinci basamakla alakalı önermelere verdikleri yanıtların puan ortalamaları..	41
Tablo 9. Katılımcıların aile hekimine kayıtlı olma durumu, aile hekimini tanıma, aile hekimine başvuru sayısı ve amacı ile ilgili görüşleri.....	43
Tablo 10. Katılımcıların ilk başvurulacak sağlık kurumu, hastaneye gitmeden önce aile hekimine gitme nedenleri ve aile hekimine gitmeme nedenleriyle ilgili görüşleri	45
Tablo 11. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	46
Tablo 12. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili sorulara verdikleri cevapların sorulara göre puan ortalamalarının dağılımı	47
Tablo 13. Öğrencilerin aile hekimliği stajı, tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili düşüncelerinin dönemlere göre dağılımı	49
Tablo 14. Katılımcıların birinci basamak ve aile hekimliği hakkındaki görüşleri.....	52
Tablo 14. Devamı	53
Tablo 15. Katılımcıların aile hekimine gitme- gitmeme nedenleriyle ilgili görüşleri....	54

Tablo 16. Öğrencilerin tıp fakültesinde aldıkları eğitim, birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığıyla ilgili önermelere verdikleri yanıtların dönemlere göre puan ortalamaları dağılımı	56
Tablo 17. Katılımcıların aile hekiminin görevleriyle ilgili bilgi düzeyleri ortalamalarının sosyodemografik özelliklerle ve çeşitli parametrelerle ilişkisi	58
Tablo 18. Aile hekimi memnuniyet puan ortalamasının dönemlere göre dağılımı.....	59
Tablo 19. Aile hekimi memnuniyet durumu ile son bir yılda aile hekimine gitme sayısı arasındaki ilişki.....	59



10. EKLER DİZİNİ

EK 1. Anket Formu.....	95
EK 2. Etik Kurul Raporu.....	102
EK 3. İntihal Raporu.....	104



EKLER

EK 1. Anket Formu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ
EĞİTİMİ VE UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

(Sevgili öğrenciler bu anket sizlerin aile hekimliği hakkındaki bilgi ,tutum ve davranışlarınızı ölçmek için hazırlanmış olup, çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.Üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.Ankete katılımınız için teşekkürler.)

1) Yaşınız:

2) Cinsiyet: () Erkek () Bayan

3) Medeni durum: () Evli () Bekar

4) Sağlık güvencesi:

() SGK () Emekli sandığı () Özel Sigorta () Yok

5) Hanenizin aylık geliri:

() Düşük () Orta () Yüksek

6) Mezun olduğunuz lise:

() Düz Lise () Meslek Lisesi () Anadolu Lisesi () Fen lisesi () Diğer

7) Tıp fakültesini tercih etmenizdeki en önemli faktörler nelerdir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

() İş garantisi () Aile ve çevre baskısı () Topluma yardım isteği

() Toplumsal statü () Maddi kazanç () Unvan () Diğer.....

8) Fakültenizde intörnlük döneminde Aile Hekimliği stajı var mı?

Evet

Hayır

9) Fakültenizde intörnlük döneminde aile hekimliği stajı varsa süresini yazınız:

.....

10) Sizce birinci basamakta hizmet veren hekimlerin (Aile Sağlığı Merkezleri,Toplum Sağlığı Merkezleri gibi...) uzmanlaşması gerekli midir?

Evet

Hayır

Fikrim yok

11) Sizce Tıp Fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımı öğretiliyor mu?

Evet

Hayır

12) Tıp Fakültesi eğitiminiz boyunca birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ister miydiniz?

Evet

Hayır

13)Sizce Tıp Fakültesi eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığıözendiriliyor mu?

Evet

Hayır

14) Birinci basamakta çalışmanın hekimi tatmin ettiğini düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

15) Tıp Fakültesini bitirdiğinizde hayatınızın kalan döneminde aile hekimi olarak çalışmak ister misiniz?

Evet

Hayır

16) Tıp fakültesini bitirdiğinizde uzmanlık yapmak istiyor musunuz?

Evet

Hayır

17) Tıpta uzmanlık sınavında (TUS) yeterli puan alacağınızı varsayarsak; Aile Hekimliği Uzmanlığını tercih edermisiniz?

Evet

Hayır

18) Neden uzmanlık yapmak istiyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Mesleki tatmin Unvan İnsanlara daha faydalı olmak için

Aile ve çevre baskısı Maddi kazanç Toplumsal statü

19)Aile hekimliği uygulaması ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti midir?

Evet

Hayır

Fikrim yok

20) Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi sahibi misiniz?

Evet

Hayır

21) Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?

Tıp Fakültesindeki hocalarımdan Televizyon, gazete ve internetten

Aile hekimime giderek Yakınlarımdan Diğer:.....

*****AÇIKLAMA:** Aşağıdaki sarularda önermeler yer almaktadır. size uygun olan öneriyi kutucuğa işaretleyiniz. (**Kesinlikle katılıyorum: 2 , Katılıyorum: 1, Fikrim yok : 0 , Katılmıyorum:-1, Kesinlikle katılmıyorum:-2**)

	2	1	0	-1	-2
22) Tıp Fakültesinde aldığım eğitim düzeyinin birinci basamakta hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inanıyorum.					
23) Tıp Fakültesinde aldığım eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerim başlangıçtaki beklentilerimi karşıladı.					
24) Hastanın ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır.					
25) Hastayı bir bütün olarak tüm yönleriyle ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç vardır.					
26) Hastanın tedavisi için ailesini ve yaşadığı çevreyi bilmek önemlidir.					

27) Hastanın ilk giriş yeri olması gereken birinci basamağın ;kaliteli, çağdaş ve maliyeti etkin bir yapı kazanması gerekir.					
28)Tanı ve tedavi sırasında birinci basamak doktorlarının tetkik ve reçete gibi maddi kaynakları doğru kullandığına inanıyorum.					
29)Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi değilim.					
30) Aile Hekimliği Uzmanlığı toplumda yeterince tanınmıyor.					
31) Aile Hekimliği Uzmanlığı toplumda saygın bir uzmanlık dalı değil.					

32)Aile hekimliği sistemine kayıtlı mısınız ?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

33) Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

Evet

Hayır

34) Son 1 yılda aile hekiminize kaç defa gittiniz?

Hiç gitmedim Bir defa 2-5 defa 6-10 defa 10' dan fazla

35)Sizce aile hekiminizi seçme ve değiştirme hakkınız var mıdır?

Evet

Hayır

Fikrim yok

36) Bağlı olduğunuz aile hekiminizin unvanı nedir?

Pratisyen hekim

Aile hekimliği uzmanı

Diğer branş uzmanı

Bilmiyorum

37) Oturduğunuz bölge dışındaysanız aile hekimi hizmetini nasıl alırsınız?

Alamam

fikrim yok

() Seyahat ettiğim bölgedeki herhangi bir aile hekiminden misafir hasta olarak alırım.

38) Aile hekiminize hangi amaçla daha çok başvuruyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

() Küçük sağlık sorunlarımı orada halledebildiğim için

() Sağlık raporu (Ehliyet, işe başvuru, evlilik, sporcu lisansı vb....)

() Pansuman, iğne yaptırmak () Koruyucu hizmetler(aşılama vs...)

() İlaç yazdırmak () Başvurmuyorum () Diğer.....

39) Aile hekimine gidiyorsanız memnuniyetinizi 1-5 arası puanlayınız: (.....)

40) Acil durumlar dışında sağlık sorununuz olduğunda ilk hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?

() Eğitim ve Araştırma Hastanesi () Üniversite Hastanesi () Devlet Hastanesi

() Özel Hastane () Kayıtlı olduğum aile hekimi () Herhangi bir aile hekimi

41) Hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurmanıza neler sebep oluyor? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

() Sürekli beni takip eden bir hekim olmasını istediğim için

() Fazla muayene katkı payı ödemek istemiyorum.

() Hastanelerde yoğunluk çok sıra beklemek istemiyorum.

() Hastanede doktorlar benimle aile hekimim kadar ilgilenmiyor.

() Aile sağlığı merkezi evime daha yakın olduğu için

() Aile hekimine başvurmuyorum.

() Diğer.....

42) Aile hekimine gitmiyorsanız ; gitmeme nedeniniz nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Aile hekimimden hoşlanmadım
- Tanı ve tetkik için olanakların yetersiz olması
- Uzman doktora muayene olmak istiyorum
- Güvenmediğim için
- Çalışma saatlerime uygun değil
- Konum itibarıyla uzak olduğu için
- Eğitim aldığım tıp fakültesi hastanesinde muayene olduğum için
- Diğer.....

43) Aile hekiminize muayene olmak ile aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye başvurmak arasında ücret açısından fark var mı?

- Evet Hayır Fikrim yok

44) Sizce sevk sistemi uygulanmalı mı? (acil durumlar dışında hasta ilk önce aile hekimine başvurmalı aile hekimi gerek duyarsa 2. ya da 3. basamağa yönlendirmeli.)

- Evet Hayır Fikrim yok

	Evet	Hayır	Fikrim yok
45) Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin periyodik sağlık muayenelerini yapar.			
46) Aile hekimi bebeklik,çocukluk ve erişkin dönemi aşılmasını yapar.			
47)Aile hekimi yenidoğan muayene ve taramalarını yapar.			
48)Aile hekimi kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirip,kayıtlarını günceller.			
49)Aile hekimi tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele edip ,sigara bıraktırma eğitimi verebilir.			
50)Aile hekimi sağlıklı beslenme danışmanlığı verip, obezite takip ve tedavisini yapar.			
51)Aile hekimi kolo-rektal,meme ve serviks kanser taramalarını yapar.			
52)Aile hekimi evlilik öncesi danışmanlık yapar ve evlilik raporu verir.			
53) Aile hekimi üreme sağlığı hizmeti verir.(aile planlaması,cinsel			

yolla bulaşan hastalıklar vb...)			
54) Aile hekimi gebelerin muayene ve takiplerini yapar.			
55)Aile hekimi sağlık raporu verebilir.(Ehliyet ,işe giriş,yıvsız av tüfeği , sporcu lisansı,istirahat raporu vb...)			
56)Aile hekimliği uzmanı devamlı ilaç kullanımı için ilaç raporu çıkarabilir.			
57)Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kronik hastalık (diyabet.hipertansiyon, koah, tiroid hastalığı, kalp hastalığı gibi) izlem ve taramalarını yapar.			
58) Aile hekimi mobil sağlık hizmeti verir.			
59)Aile hekimi kendisine kayıtlı evde takibi sorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar.			
60)Aile hekimliği uygulamasında pansuman, enjeksiyon ve yara bakımı hizmetleri verilmektedir.			
61) Aile hekimi adölesan ergen sağlık hizmeti verir.			
62)Aile hekimi yaşlılık dönemine ait durum ve hastalıkları kontrol eder ve takiplerini yapar.			

EK 2. Etik Kurul Raporu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	K.S.Ü. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROJOKOL KODU	80

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avsar Yerleşkesi 46000/ K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipkzek@ksu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi R.Şule GÜMÜŞTAKIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
- Anket çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet BEKERECİOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGE BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	03	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	yok							
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	yok							
	DİĞER	Başvuru Dilekçesi, Başvuru Formu, Özgeçmişler, BGOF, Anketler							
KARAR BELGELERİ	Karar No: 05	Tarih: 20.03.2019	Oturum: 2019/05						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi ürünler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:									
Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alan	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İliki		Katılım *		İmza
BASKAN Prof. Dr. Mehmet BEKERCİOĞLU	Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hüsnü ÖKSÜZ Üye	Onkoloji ve Radyasyon AD	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE Üye	Nefroloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet Çiğir AYKAN Başkan Yardımcısı	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Can ACIFAYAM Üye	Çocuk Sağlık ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dilek TEZİN Üye	İç Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sema YURTTUTAN Üye	Ortopedi	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nergiz HİDAL Biyokimya Uzmanı Üye	Klinik, İmmünoloji ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İyşe Selma YAMAN Üye	Biyofizik	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Duygun ALTINTAŞ AYKAN Üye	Ortopedi	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Adem DOĞANER Üye	Biyostatistik	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Üye Doç. Dilek Aghil DOKUMACI Üye	Eczacı	Diyar Eczacısı	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Öğr. Ahmet KARAYET Üye	İkinci El	KSU Pazarcısı MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selma Mihman YAMAN Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Öğr. DOKUMACI Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
SERHİVARSU									

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet BEKERCİOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasını vermediği her sayfaya imza atmalıdır.

EK 3. İntihal Raporu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Yazar Eyüp Kala

Gönderim Tarihi: 15-Kas-2019 03:05PM (UTC+0400)
Gönderim Numarası: 1214374747
Dosya adı: ey_p_tez_en_sonnn.docx (469,46K)
Kelime sayısı: 21927
Karakter sayısı: 143862


KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

ORJİNALLIK RAPORU

%22 BENZERLİK ENDEKSİ
%19 İNTERNET KAYNAKLARI
%8 YAYINLAR
%16 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
2	www.tuk.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	ailehekimidestek.blogspot.com İnternet Kaynağı	%1
4	ailehekimligiyazilim.com İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
7	www.tahud.org.tr İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1

9	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
10	www.naimcakar.com İnternet Kaynağı	% 1
11	aile.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	atasehirliyiz.net İnternet Kaynağı	<% 1
13	www2.ufuk.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
14	Submitted to İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
15	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Öğrenci Ödevi	<% 1
16	bursaailehekimleri.tr.gg İnternet Kaynağı	<% 1
17	ailehekimimedicine.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	www.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
19	www.tip.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
	www.geneltip.com	
		
20	İnternet Kaynağı	<% 1
21	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
22	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
23	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
24	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
25	vdocuments.site İnternet Kaynağı	<% 1
26	www.smyrnatipdergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1
27	ailehekimleri.net İnternet Kaynağı	<% 1
28	yayim.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
29	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
30	personelci.blogspot.com İnternet Kaynağı	<% 1
31	dosyamerkez.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

42	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
43	www.apptricity.com İnternet Kaynağı	<% 1
44	www.medimagazin.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
45	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
46	pt.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
47	tuk.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
48	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
49	Submitted to Ordu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
50	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
51	www.jns.dergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
52	www.tandfonline.com İnternet Kaynağı	<% 1
53	www.ebeargekongresi.com İnternet Kaynağı	<% 1
		<% 1
54	www.diyetvediyetisyen.com İnternet Kaynağı	<% 1
55	slideplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
56	AKMAN, Mehmet. "Türkiye de birinci basamağın gücü", Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2014. Yayın	<% 1
57	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
58	guzokulu2012.org İnternet Kaynağı	<% 1
59	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<% 1
60	www.ailehekimligiakademisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
61	"Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 Yayın	<% 1
62	www.internetsonhaber.com İnternet Kaynağı	<% 1

63	www.ankaramedicaljournal.com İnternet Kaynağı	<% 1
64	www.tedo.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
65	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
66	www.sagliktanabiz.com İnternet Kaynağı	<% 1
67	www.turkailehekderg.org İnternet Kaynağı	<% 1
68	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
69	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi	<% 1
70	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
71	www.slideserve.com İnternet Kaynağı	<% 1
72	ysop.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
73	www.isteinsan.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
74	web.iyte.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1



		<% 1
75	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	<% 1
76	okul.selyam.net İnternet Kaynağı	<% 1
77	Submitted to Afyon Kocatepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
78	Submitted to Gazi University Öğrenci Ödevi	<% 1
79	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<% 1
80	osmanliasm.com İnternet Kaynağı	<% 1
81	hukukbook.com İnternet Kaynağı	<% 1
82	www.danistay.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
83	www.yuksekihtisasuniversitesi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
84	tod2018.org İnternet Kaynağı	<% 1
85	www.bakirkoytip.org İnternet Kaynağı	<% 1

86	dhgm.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
87	Akpınar, Ersin. "Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu - 2013 bildiri özetleri", Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2013. Yayın	<% 1
88	DEMİRHAN, Nurhan. "SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTLENMESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ ANLAYIŞINI YENİDEN DÜZENLEYEN 663 SAYILI KHK ANAYASA MAHKEMESİ KARAR TAHLİLİ (K. 2013/30)", Legal Yayıncılık Anonim Şirketi, 2014. Yayın	<% 1
89	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
90	saglikekonomisi.blogspot.com İnternet Kaynağı	<% 1
91	BİTEN, Hilal, KOÇ, Esra Meltem, ÖZÇELİK ÇALIŞKAN, Dilek, KAHVECİ, Rabia, KASIM, İsmail, ŞENCAN, İrfan and ÖZKARA, Adem. "Birinci basamakta göz hastalarına yaklaşım ile ilgili aile hekimliği asistanlarının yeterliliklerinin değerlendirilmesi", Medisan Yayınevi, 2015. Yayın	<% 1
vantipdergisi.yyu.edu.tr		
92	İnternet Kaynağı	<% 1
93	openaccess.dogus.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
94	www.csm.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
95	pinpdf.com İnternet Kaynağı	<% 1
96	Submitted to Istanbul Bilgi University Öğrenci Ödevi	<% 1
97	Submitted to Toros Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
98	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<% 1
99	halkhemderkongre2018.org İnternet Kaynağı	<% 1
100	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
101	acikarsiv.atilim.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
102	Submitted to Gire American University Öğrenci Ödevi	<% 1
103	Ayşe, OKAY. "Bir disiplin olarak aile hekimliğinin	<% 1

Ülkemizdeki gelişim özellikleri", Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2013.

Yayın

104	www.asyaahileri.com İnternet Kaynağı	<% 1
105	SAYGILI, Meltem, KAYA, Sıdıka, SONĞUR, Cuma and ÖZER, Özlem. "Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları", Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013. Yayın	<% 1
106	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
107	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
108	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
109	acikerisim.ikc.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
110	ÇETİNKAYA, Fevziye, BAYKAN, Zeynep and NAÇAR, Melis. "Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2013. Yayın	<% 1
111	ÖCEK, Zeliha, GÜRSOY, Şafak Taner, TÜRK, Meral, ÇİÇEKLIOĞLU, Meltem and AKSU, Feride. "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer planları ve genel pratisyenliğe yönelik tutumları", Türk Tabipleri Birliği, 2007. Yayın	<% 1
112	KARA, İsmail Hamdi, GÜNVAR, Tolga, SUNAY, Didem and BAŞAK, Okay. "Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi: Nerede, Ne Kadar, Nasıl ve Ne Zaman?", Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016. Yayın	<% 1
113	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<% 1

Alıntılar çıkar

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkar

Üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words