



**T.C.**  
**TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANKARA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLARININ  
AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINA EĞİTİM  
VERMEK İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Fulya CESUR YAĞIZ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Metin CANBAL**

**ANKARA- 2015**





**T.C.**  
**TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANKARA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLARININ  
AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINA EĞİTİM  
VERMEK İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Fulya CESUR YAĞIZ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Metin CANBAL**

**ANKARA- 2015**

## ÖNSÖZ

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ihtisasıma başladığım günden itibaren bilgi ve klinik tecrübesini her fırsatta aktararak eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Sevsen CEBECİ'ye, Yrd. Doç. Dr. Metin CANBAL'a ve şu an Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görev yapmakta olan Doç. Dr. Bünyamin IŞIK'a

İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi ve Psikiyatride rotasyon olarak geçirdiğim süre zarfında bilgilerinden faydalandığım kıymetli hocalarıma ve 3 yıl boyunca uyum içinde çalıştığımız tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Bu zamana kadar üzerimde olan emekleri ve destekleri için aileme, tez hazırlık aşamasında gerek akademik gerek psikolojik anlamda desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen sevgili eşime teşekkür ederim.

**Dr. Fulya Cesur YAĞIZ**

## ÖZET

### **Ankara’da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimliği Uzmanlarının Aile Hekimliği Asistanlarına Eğitim Vermek İle İlgili Görüşleri**

**Fulya Cesur YAĞIZ**

**AMAC:** Bu çalışmanın amacı; aile hekimliği uzmanlarının (AHU), uygulamaya geçecek olan eğitim aile sağlığı merkezleri ve bu alandaki asistanların eğitimine katkıda bulunma süreci ile ilgili görüş, düşünce ve eğilimlerini öğrenmektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Ankara ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan 104 aile hekimliği uzmanı oluşturmaktadır. Bu aile hekimliği uzmanlarının 84 ‘üne elektronik posta adreslerine (e-posta) araştırmacı onları telefonla arayarak ulaşmış, onaylarını aldıktan sonra oluşturulan anket e-posta adreslerine gönderilmiştir. Gönüllü katılıma dayanan araştırmada 84 aile hekimliği uzmanından 40’ 1 anketi doldurup e- posta yolu ile geri göndermiştir. Anket cevaplama hızı % 47 dir. Elde edilen veriler frekans, değişkenler arası korelasyon ve istatistiksel fark açısından analiz edilmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır. Nitel veriler ise betimsel analiz metodu ile analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

**BULGULAR:** Katılımcı aile hekimliği uzmanları bu alandaki asistanların eğitiminde yer almayı olumlu ve yararlı bulmuş, kendilerinin de birer eğitimci olarak bilgi ve deneyimlerini paylaşmaktan yana olduklarını, ancak iş yüklerinin ve çalışma saatlerinin azaltılması yönünde bir düşünceye sahip oldukları görülmüştür. Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) uzman aile hekimleri eğitim anlamında kendine

güvenen ve motivasyonlu bir görüntü çizmiştir.

**SONUÇ:** *Eğitim aile sağlığı merkezlerinin (EASM)* kuruluşu ve işleyişi konusunda uzman aile hekimlerinin bilgi ve farkındalıkları artırılmalı, eğitici aile hekimlerinin iş yükü ve çalışma saatleri yeniden düzenlenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği Uzmanı, Aile Sağlığı Merkezi Uygulama Eğitimi, Genel Pratisyenlik, Aile Hekimliğinde Asistan Eğitimi



## ABSTRACT

### **The Opinions of the Family Medicine Specialists Who Work in Family Health Centers in Ankara about the Training of Family Medicine Residents**

**Fulya Cesur YAĞIZ**

**OBJECTIVE:** The objective of this study is to determine the opinions, perceptions and tendencies of the family medicine specialists about prospective family health centers employed for resident's training and the contribution process of the family medicine specialists to the residents concerned.

**MATERIALS AND METHOD:** This study employed a descriptive research type. The universe of the study is 104 family medicine specialists who work in family health centers in Ankara. 84 of these family medicine specialists were reached by the researcher's phone calls, took their consents and sent the questionnaire concerned to the participants. The participation was voluntary and 40 of the 84 family medicine specialist returned the questionnaire and e-mailed back. The return rate of the questionnaire is 47%. The obtained data were analyzed in terms of frequency, correlation between variables and statistical differences, and then the findings were discussed. The qualitative data, on the other hand were analyzed by means of descriptive analysis.

**FINDINGS:** The participants seemed to be positive about training of the residents by specialist family physicians and they found it useful. They were found to be eager to share their knowledge and experiences but they indicated the difficulty of workload and patients' number. However, they had a self-confident and motivated profile in terms of working as a trainer in family health centers.

**CONCLUSION:** The information and awareness of the family medicine specialists should be enhanced and their workload and working hours should be revised.

**Key Words:** Family Medicine Specialist, Practical Training at Family Health Centers, General Practice, Specialty Education in Family Medicine



**İÇİNDEKİLER**

|   |             |
|---|-------------|
| <b>ÖNSÖZ</b> .....  | <b>i</b>    |
| <b>ÖZET</b> .....   | <b>ii</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>iv</b>   |
| <b>KISALTMA LİSTESİ</b> .....                                 | <b>vii</b>  |
| <b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....                                     | <b>viii</b> |
| <b>TABLO DİZİNİ</b> .....                                     | <b>ix</b>   |
| <b>EKLER DİZİNİ</b> .....                                     | <b>x</b>    |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....                                 | <b>1</b>    |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....                                | <b>5</b>    |
| <b>2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ</b> .....       | <b>5</b>    |
| <b>2.1.1. Aile Hekimliğinin Prensipleri</b> .....             | <b>14</b>   |
| <b>2.2. AKADEMİK BİR DİSİPLİN OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ</b> ..... | <b>18</b>   |
| <b>2.3. EURACT VE AİLE HEKİMLİĞİ</b> .....                    | <b>22</b>   |
| <b>2.3.1. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi</b> .....               | <b>24</b>   |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....                               | <b>26</b>   |
| <b>4. BULGULAR</b> .....                                      | <b>27</b>   |
| <b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....                             | <b>36</b>   |
| <b>KAYNAKLAR</b> .....  | <b>40</b>   |
| <b>EKLER</b> .....  | <b>43</b>   |
| <b>EK 1. ANKET FORMU</b> .....                                | <b>43</b>   |

**KISALTMA LİSTESİ**

|        |  |
|--------|--|
| AAFP   | : American Academy of Family Physicians                |
| ABFP   | : American Board of Family Practice                    |
| AH     | : Aile Hekimliği                                       |
| AHU    | : Aile Hekimliği Uzmanı                                |
| ASM    | : Aile Sağlığı Merkezi                                 |
| BB     | : Birinci Basamak                                      |
| DSÖ    | : Dünya Sağlık Örgütü                                  |
| EURACT | : The European Academy of Teachers in General Practice |
| SDP    | : Sağlıkta Dönüşüm Programı                            |
| SGK    | : Sosyal Güvenlik Kurumu                               |
| TAHUD  | : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği              |
| TUK    | : Türkiye Uzmanlık Kurumu                              |
| WONCA  | : The World Organization of Family Doctors             |
| YÖK    | : Yüksek Öğrenim Kurulu                                |

## ŞEKİL DİZİNİ

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Şekil 1. WONCA ağacı ..... | 12 |
|----------------------------|----|



**TABLO DİZİNİ**

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 1.</b> Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları ..... | 13 |
| <b>Tablo 2.</b> Tıp eğitiminde kuramsal dersi olan anabilim dalları, ders süre ve konuları .....           | 20 |
| <b>Tablo 3.</b> Çalışmaya katılan aile hekimliği uzmanlarının özellikleri.....                             | 27 |
| <b>Tablo 4.</b> Aile hekimliği uzmanlarının poliklinik hasta sayıları profili .....                        | 28 |
| <b>Tablo 5.</b> Aile hekimliği uzmanlarının çalıştıkları ASM’lerdeki hekim sayısı .....                    | 28 |
| <b>Tablo 6.</b> Aile hekimliği uzmanlarının iş yükleri ile ilgili yorumları .....                          | 29 |
| <b>Tablo 7.</b> AH asistanının uzman yanında eğitimi ile ilgili görüşler.....                              | 29 |
| <b>Tablo 8.</b> AHU’ların eğitici olma tercihleri .....  | 30 |
| <b>Tablo 9.</b> EASM’lerin iş yükünü etkilemesine dair görüşler.....                                       | 30 |
| <b>Tablo 10.</b> ASM’lerin uzmanlık eğitimine uygunluğu .....  | 31 |
| <b>Tablo 11.</b> ASM’lerin uzmanlık eğitimi için uygun hale dönüşebilirliği .....                          | 31 |
| <b>Tablo 12.</b> Eğitici aile hekimliği uzmanı eğitici sertifika verilmesine ilişkin görüşler.....         | 31 |
| <b>Tablo 13.</b> Eğiticilerin hasta sayısı ile ilgili görüşleri.....                                       | 32 |
| <b>Tablo 14.</b> Aile hekimliği uzmanlarının AH asistanlarının çalışma şekliyle ilgili görüşleri.....      | 32 |
| <b>Tablo 15.</b> AHU’ların eğitime zaman ayırma istekleri hakkında görüşleri .....                         | 33 |
| <b>Tablo 16.</b> AHU’ların güncel bilgileri takip etme sıklıkları .....                                    | 33 |
| <b>Tablo 17.</b> AHU’ların öz değerlendirmeleri .....  | 34 |
| <b>Tablo 18.</b> Cinsiyete göre değişkenler arasındaki farklar .....                                       | 35 |
| <b>Tablo 19.</b> Yaş, hizmet yılı ve AHU hizmet yılına göre nonparametrik sonuçlar.....                    | 35 |

## **EKLER DİZİNİ**

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>EK 1.</b> Anket formu ..... | 43 |
|--------------------------------|----|



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak tıp bilimi, bireyin ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermek üzere sürekli bir değişim ve gelişim içerisinde olmuştur. İnsanlık tarihi boyunca yaşanan her bir kritik olay, her bir gelişme, karşılaşılan her bir hastalık, toplumda şekillenen her bir sosyal veya ekonomik yenilik ilk olarak insanların sağlıkla olan münasebetine yansımış, bireysel ve toplumsal anlamda, ihtiyaçları ve problemleri doğrultusunda, onları yeni pozisyonlar almalarına, çareler üretmelerine ve bu amaçlara dönük uygulamalara yönlendirmiştir. Bu sayede diğer bilimsel sahalarda gibi tıp da yeni kavramlar, yeni öneriler ve çözüm arayışlarıyla ilerlemeler kaydetmiş, daha spesifik olarak da geniş bir bilim sahası olan tıp kendi bünyesinde yeni disiplinler ortaya çıkarmıştır. Bu yeni disiplinler günün koşullarına uygun olarak daha büyük bir disiplinin bir parçası olarak ortaya çıkabildiği gibi, yaşam dinamiklerinin kaçınılmaz bir sonucu olarak yepyeni bir kavramın insan hayatına girmesi şeklinde de gerçekleşebilir. Ya da değişen şartlara koşut bir ilerleme süreci içerisinde, mevcut bir disiplinin yeni bir boyut kazanmasıyla da bilimsel alanlar yaşam kalitesini iyileştirmek, devamlılığını sağlamak için insanlığa hizmet etmeye devam eder.[1,2]

Örneğin, cerrahi ve obstetrik gibi alanlar eski zamanlara ait bir el becerisiyle gelişmiş, otolarenoloji ve anesteziyoloji gibi alanlar yeni teknikler etrafında varolmuş, çocuk sağlığı gibi bir başka alan ise belirli ihtiyaçlardan ve diğer disiplinlerce ihmal edilmiş olmasından dolayı ortaya çıkmıştır [1]. Tüm bu faktörler, aynı zamanda, genel olarak aile hekimliğinin gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Nitekim, sosyal değişimler, uzmanlaşma ve yeni hastalıkların ortaya çıkışı yeni bir hekim profilini ön plana çıkarmış ve buna bağlı olarak yeni çalışma sistemlerini, yeni anlayışları ve uygulamaları kaçınılmaz kılmıştır.

Bugünün modern dünyasında birçok ülkede de, giderek artan maliyetler, sağlık hizmeti sunumundaki yetersizlikler ve boşluklar nedeniyle, sağlık sistemlerini sürekli geliştirme ve yeniden düzenleme çabası içerisinde oldukları [3]. Bütün bireylerin sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişim sağladığı, etkin, verimli ve düşük maliyetli

hizmet temininin ise birinci basamağın (BB) öneminin kavrandığı ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirildiği sistemlerinde mümkün olabileceği bilinmektedir.

*Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Dünya Sağlık Raporunda* insan merkezli, sorunlara odaklı, kapsamlı, sürekli, kişisel ilişkiye dayalı bireysel bakımın verildiği bir birinci basamak sağlık hizmetinin, toplumların ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir temel sağlık hizmetini sağlayacağını belirtmiştir [4]. Nitekim, 62. *Dünya Sağlık Asamblesinde*, 2008 yılında hazırlanan bu rapor doğrultusunda, temel sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi ve yeniden yapılandırılması için ciddi bir irade ortaya konmuş ve üye ülkelere önemli çağrılarda bulunulmuştur [5].

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetini ön plana çıkaran sağlıkta reform girişimleri son 10 yılda *Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)* adı altında kademeli olarak uygulanmaya başlanmıştır. SDP’nin 3 ana hedefi ve uygulamaya geçiriliş tarihleri [6]:

1. Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi (2006 – SGK)
2. Toplum yönelimli birinci basamak hizmetlerinin iyileştirilmesi ve aile hekimliği (AH) uygulamasının yaygınlaştırılması (2010 yılı sonunda tüm Türkiye’ de aile hekimliği uygulamasına geçildi)
3. Hastanelerin yönetim ve ekonomik açıdan özerkleştirilmesi ( 02.11.2012 – Kamu Hastane Birlikleri kuruldu) şeklinde gerçekleşmiştir.

Birinci basamağın güçlendirilmesi ve yapılandırılması için hayata geçirilen reformlardan çok önce aile hekimliği uzmanlık eğitimi gündeme gelmiştir. Ülkemizde “aile hekimliği uzmanlığı” ilk kez 5 Temmuz 1983’te Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne girmiş, ilk asistanlar 1985 yılında eğitim ve araştırma hastanelerine alınmıştır. 1993 yılında ise Yüksek Öğretim Kurulunun (YÖK) ‘nun kararıyla tıp fakültelerinde “aile hekimliği anabilim dalları” kurulmaya başlamış ve böylece akademik süreç de işlerlik kazanmıştır[5]. 1993 yılında Yükseköğretim Kurulu'nun tavsiye kararıyla üniversitelerin tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının açılması teşvik edilmiş ve ilk aile hekimliği anabilim dalı 17 Eylül 1993' te Trakya

Üniversitesi'nde kurulmuş, 1994 yılında da Çukurova Üniversitesinde Temel Tıp Eğitimi Bölümü çatısı altında aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin 2004 yılında kabul ettiği yasa ile aile hekimliği pilot uygulaması Düzce ilinde hayata geçirilmiş ve 2010 yılına kadar ülkedeki tüm şehirlerde temel bakım sunan hekimler eğitime alınmıştır. Ancak, bu süreçte on gün süren bir eğitimden geçen tıp fakültesi mezunları aile hekimi olurken bunların çok azı aile hekimliği uzmanıdır [7].

Ancak bugün temel basamak hizmetlerinin kurumsallaşması ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi, içerik, zaman ve maliyet ana başlıkları altında hala tartışılan önemli konular arasındadır. Nitekim, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği (TAHUD), Türk Hekimler Birliği ve akademisyenler aile hekimliği alanının varlığını ve ülke koşullarına uygun olup olmadığını ciddi anlamda tartışmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, bu eğitimi yürüten ülkelerde tartışılan başlıca konu, henüz tam bir standardı oluşturulamayan alan eğitimi süresi ve içeriği olmuştur. Bugün, birçok ülkede, mesleki eğitim süreci hastane rotasyonlarıyla başlayıp süreleri bu ülkelerin sağlık, ekonomi ve eğitim politika ve koşullarına paralel olarak değişkenlik göstermektedir. Nitekim, gerek TAHUD gerekse akademik çevreler hastane rotasyonlarıyla sınırlı aile hekimliği eğitimi uygulamalarını eleştirmiş ve bu eğitim sürecinin en az yarısının birinci basamakta aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılması gerektiğini savunmuşlardır [8]. Bugün Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) ' nun 23.06.2009 tarih ve 83 sayılı kararıyla aile hekimliği program eğitimi 18 ay zorunlu rotasyonlar, 18 ay aile hekimliği eğitimi olarak belirlenmiştir [9].

Birinci basamakta çalışacak bir hekimin, birinci basamağın özelliklerini, sorunlarını karşılaşılabilecek durumları ve çözüm yollarını öğrenme imkanının ancak o ortamda çalışarak ve deneyim kazanarak gerçekleşebileceğinden hareketle, aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde yer almaları ile ilgili olarak Resmi Gazetenin 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı yönetmeliği ile aile hekimliği uzmanlık eğitiminin gerçek ortamında, alanda uzman



hekimlerin koordinasyon ve yönetiminde gerçekleştirilmesi için ilk somut adım atılmıştır.

Bu çalışma, aile hekimliği uzmanlık eğitimine önemli bir yenilik ve değişim getirecek olan *Eğitim Aile Sağlığı Merkezi* uygulaması ile ilgili olarak aile sağlığı merkezlerinde görev yapan uzman aile hekimlerinin görüş ve düşüncelerini öğrenmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bulgularla, aile hekimliği uzmanlarının (AHU) *Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin* işlevselliği, eğitici uzman hekim olma tercihleri, çalıştıkları aile sağlığı merkezlerinin fiziksel ve ekonomik olarak *Eğitim Aile Sağlığı Merkezi* uygulamaları için elverişli olup olmadığı konusundaki düşünceleri belirlenecek ve *Eğitim Aile Sağlığı Merkezi* uygulamasına dönük birtakım önerilerde bulunulacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Aile hekimliği; bireyleri biyopsikososyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, hasta merkezli ve toplum yönelimli diğer tıbbi dallarla da birlikte çalışabilen bir disiplindir.[10,11,12]

*Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (The American Academy of Family Physicians, AAFP), aile hekimliğini şu şekilde tanımlar [2]: Aile hekimliği (AH), birey ve aileler için devamlı ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan tıbbi bir uzmanlık sahasıdır. Aile hekimliği, biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini bir araya getiren bir alandır. Aile hekimliği, tüm yaş, cinsiyet, her bir organ sistemlerini ve her türlü hastalığı kapsamaktadır. Bu alan, genel tıbbi hekimliğin değişim ve gelişiminin bir sonucu olup sadece aile kavramı içerisinde tanımlanmıştır.*

Aile hekimliğinin felsefi temelini, aydınlanma çağının ilaç temin eden eczacılara bağlayan araştırmacılar bulunmaktadır. 19. Yüzyılın başlarına kadar İngiltere’de halka sağlık hizmeti veren 3 grup bulunmaktaydı. Bunların ilki sosyo-ekonomik olarak toplumun üst tabakası olarak bilinen, asillere sağlık hizmeti sunan yüksek eğitim görmüş hekimlerdi. Belli bir eğitim sürecinde hekimlerden farklı olarak berber okullarında yetişen berber cerrahlar ve alt tabaka insanları tedavi eden ve onlara tavsiyelerde bulunan çoğu kez de cerrahlarla ortak çalışan gruplar da vardı. Bununla beraber hekimler, kendilerinin daha iyi eğitim aldıklarını ve dolayısıyla daha iyi bir sağlık hizmeti verdiklerini düşünmekteydiler. Avrupa’da farklı isimler altında hizmet veren sağlık çalışanı imkânına, dönemin geniş Amerikan coğrafyası sahip değildi. 1760'lara kadar Kuzey Amerika’da tıp eğitimi veren bir okul olmadığından, Amerika’daki hekim adaylarının Avrupa’da eğitim aldıkları bilinmektedir.1800’lü yılların ilk dönemlerine gelindiğinde ise İngiltere’de eczacılara 5 yıllık eğitim programı sonunda tıbbi tavsiyeler vermenin yanı sıra ilaç önerme yetkisi de yasal olarak tanınmıştı.Bu hekimlerin bazıları Amerika’ya gelen göçmenlerden oluşmaktaydı ve o dönem halkının sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalıyorlardı. 1760’lı yıllara kadar Amerika’da tıp fakülteleri yoktu ve tıp eğitimi almak isteyen öğrenciler Avrupa’ya gitmek zorundalardı. Artan nüfusla beraber, sağlık hizmeti ve hekim ihtiyacı da aynı oranda artmaya başladı.

Tıp eğitimini tamamlayıp Amerika'ya dönen mezunlar, ilaç temin eden eczacı ya da şifa dağıtıcısı olmayı reddetmiş, nitekim sağlık hizmetlerine artan talep ve bu koloni ülkesindeki sosyal değişimler bu anlayışı değiştirmiştir. Sonuç olarak, mezun olan ya da olmayan tüm sağlık uygulayıcıları hekim olarak çalışmaya başlamış ve 18. yüzyıl Amerika'sında pratisyen hekimliğin doğuşu bu şekilde gerçekleşmiştir. Ondokuzuncu yüzyılın başlarında İngiltere'de ise eczacı ve şifa dağıtıcıları daha etkin hale gelmiş ve çalışmaları daha tıbbi bir nitelik kazanmaya başlamıştı. Örneğin; 1815 'te çıkarılan bir yasa ile eczacılar ilaç temin etmenin yanı sıra tıbbi tavsiyeler verebilme konusunda yasal bir hak kazanmışlardır. Bu yasaya göre, eczacılar beş yıl sürecek olan bir eğitim sürecinden geçecek ve anatomi, fizyoloji, tıbbi uygulama ve ilaç bilimi alanlarında ders alacaklardı. Bu eğitim süreci aynı zamanda yeterlik sınavlarıyla da daha sağlamlaştırılmıştı. Nitekim "genel pratisyen" terimi ondokuzuncu yüzyılda 1823 yılında İngiltere'de kurulmuş ve birçok tıbbi reformun hayata geçirilmesinde önemli rol oynamış, dünyanın en prestijli tıp dergilerinden biri olan ilk olarak Lancet dergisinde kullanılmıştır. Bu yüzdendir ki, genel pratisyen terimi onsekizinci yüzyıl Amerika'sında doğmuş olmasına rağmen, ondokuzuncu yüzyıl İngiltere'sinde adlandırılmıştır denebilir.[1,2]

Ondokuzuncu yüzyıl Avrupa ve Amerika'sında, gerek alınan eğitim gerekse sunulan sağlık hizmetlerinin nitelikleri tartışılır olsa da hızla gelişen bir genel pratisyen dönemi olmuş, açılan tıp fakülteleri ile farklı niteliklerde tıp eğitimi sağlanmaya başlanmıştır. 1889 yılında John Hopkins Üniversitesinin kurulması Amerika kıtasında tıp biliminin gelişmesi adına önemli bir dönüm noktasıdır [2]. Buradaki temel amaç, tıp eğitimini resmi ve bilimsel bir temele kavuşturmak olmuştu [1]. Tıp eğitiminin bir çıraklık eğitimi olmaktan çıkarılıp akademik bir eğitim sürecine bağlanmak istenmesi, Hopkins modelinin temel prensiplerinden biri olmuştu. Bu ise Alman tıp eğitimiyle örtüşmekte, geleneksel İngiliz tıp eğitimi modelinden uzaklaşma anlamına gelmekteydi. Daha önce de belirtildiği gibi, bu dönemde kültürel, sosyal ve ekonomik değişimlere paralel olarak yüksek niteliklere sahip tıbbi eğitim ve klinik hizmet ihtiyacı daha belirgin hale gelmişti. Bunun en canlı örneğini sosyal, ekonomik ve kültürel anlamda yeniden şekillenen Amerikan toplumu yaşamıştır. Sonuç olarak, Amerika'da görülen ekonomik büyüme, sağlık hizmetleri ve tıbbi akademik araştırmalara ayrılan kaynağın artmasını sağlamış ve hekim sayısı arttıkça da alanda uzmanlaşma konusu daha belirgin bir şekilde tartışılmaya başlamıştır [2].

Hopkins modeli temelinde, tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak verilmesi ve üniversite temelli bir yönelim sağlanması düşüncesi çerçevesinde, tıp eğitiminin pedagojik

yapısı daha standardize olmuş, şehir hayatına uygun hale getirilmiş, kurumsal ve uzmanlaşmaya dönük bir hale gelmeye başlamıştır. Bu yolla bilimsel bilginin, bir başka deyişle teorinin klinik uygulamalarla bütünleştirilmesi bunun da usta-çırak ilişkisinden uzak bir şekilde yerine getirilmesi sağlanmıştır. Bu dönemde, örneğin, kariyer olarak klinik uygulamaları seçen bir tıp öğrencisinin iki seçeneği olmuştur. Birincisinde; öğrenci bir yıllık intörnlik eğitiminin ardından genel pratisyenliğe girerken, ikinci seçenekte intörnlüğü takiben öğrencinin belli bir uzmanlık sahasında çalışacak bir asistanlık programını bitirmesi olmuştur. Bu eğitim programının süresi ise çalışılan alana göre değişmiştir [2].

Yirminci yüzyılın ilk yarısında başlıca uzmanlık dallarının ortaya çıkışı ve hızla ilerleyen teknoloji ve araştırma yatırımları tıp eğitimini, genel olarak laboratuvar bilimi ve tıp teknolojisi yönelimli olmaya götürmüştür. Bu durum ise uzmanlaşmayı ve teknolojik araştırma kabiliyetlerini daha prestijli kılmış, buna karşın genel pratisyenliği kariyer seçimi olarak daha az popüler hale getirmiştir. Özellikle 1930'lu yıllardan itibaren genel pratisyenlerin sayısında düzenli bir azalma görülmüş, bu durum İkinci Dünya Savaşından sonra genel pratisyenlerin tıp fakültelerinden kopması ve 1950'lerde başlayan temel uzmanlık alanlarının bölünmesiyle hız kazanmıştır. 1960'lardan itibaren ise, hekimlerce sunulan sağlık hizmetlerinin üç şekle ayrıldığı görülmektedir. Bunlar, kişisel ve kapsamlı sağlık bakımı sunan pratisyen hekimlerin olduğu temel bakım düzeyi, sadece uzmanlaştıkları alanla ilgili hastaların rahatsızlıklarıyla ilgilenen uzman hekimlerin olduğu ikinci düzey ve sadece bölgesel merkezlerde hayli spesifik alanlarda hizmet veren akademik düzeydir. Ancak bu mesleki bölünme ve teknolojiye verilen öncelik, süreci arzu edilmeyen bir sonuca götürmüş, doktor-hasta ilişkisi zarar görmüştür. 60 yıldan fazla bir süre önce, Flexner (10) tıp eğitimindeki bu radikal değişimin böyle bir sonuca varacağını farketmiş ve "*Universities, American, English and German*" adlı kitabında tıbbın bireysel boyutunu dikkate almayan bu anlayışın sonuçlarından bahsetmiştir.

Tıptaki bilgi birikiminin ve teknolojinin hızla gelişimi, bilimsel araştırmalara artarak gösterilen önem, bir uzmanlaşma çılgınlığı, yaş, hastalık, cinsiyet, organ ayırmaksızın, kişilerin biyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklerini dikkate alan ve bütüncül bir yaklaşım gösteren hekim ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyacı ilk dile getirenlerden biri 1923' te *Dr. Francis Peabody* olmuş ve bu durumu "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği" şeklinde ifade etmiştir [10].

Alanda uzmanlaşmanın zirve noktasına gelmesiyle birlikte, yeni bir genel pratisyenlik tanımının yapılmasına ihtiyaç duyulmuş, rolleri ve yeterlikleri iyi belirlenmiş bu yeni kavram yayınlanan iki raporla (Millis, 1966 ve Willard, 1966) hayat bulmuştur.

Aynı gelişmeler, Kanada, İngiltere, Hollanda, Avustralya ve diğer endüstrileşmiş ülkelerde de yaşanmıştır. 1950’li ve 1960’lı yıllarda birçok ülkede genel pratisyenlik alanında okullar ve akademiler kurulmuş, ilk kez lisansüstü eğitim programları hayata geçirilmiş, müfredat ve sınavlar konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu dönemde, İngiltere, Kanada, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ilk kez akademik kürsüler oluşturulmuş ve böylelikle aile hekimliği lisans düzeyinde müfredat programında tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” olarak tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. [14,15]

1972 yılında ise Dünya Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği Birliği (WONCA) kurulmuştur. Aile hekimliği, eğitim ve araştırma bakımından gelişiminin henüz ilk dönemlerinde iken *Leeuwenhorst grubu* 1974 yılında Avrupa’da Genel Pratisyenlik başlıklı bildirgesini yayınladı. 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Kolejinde bir çalışma grubu tarafından geliştirilen iş tanımı Leeuwenhorst için temel fikir olmuştur. Leeuwenhorst tanımı daha sonra Dünya Sağlık Örgütü çerçeve bildirgesinde yer alan özelliklerin birçoğunu içermektedir. Leeuwenhorst *grubu* aile hekimliğini şu şekilde tanımlar:

Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı, erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceğini bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder [16].

Diğer taraftan, WONCA' nın, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin sağlık sistemindeki rolü üzerine 1991 yılında yayınladığı bildirgesinde, genel pratisyenin rolü tanımlanmış ve bu rolü aile hekimliğinin görev ve sorumlulukları özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. WONCA 1991 Bildirgesi de aile hekimliğini şu şekilde tanımlamıştır:

Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarlar. Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleksi görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir [16].

Bu tanımlamalar zaman içerisinde gözden geçirilerek yeni anlam veya düzenlemeleriyle bilim dünyasında ve sağlık sistemlerinde yerlerini almaya devam etmektedir. Örneğin; OLESEN ve Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice, ABFP) tarafından yapılan tanımlamalar aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerine adaptasyonu olarak algılanabilir. Olesen tanımı da aile hekimliğinin görev ve sorumluluklarını şu şekilde tanımlar:

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve

rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.” [16]

21.yüzyıla gelindiğinde, sağlık hizmetleri ve tıp eğitimi alanlarında standardizasyon arayışları, aile hekimi tanımını, görevini ve sorumluluklarını gözden geçirme ihtiyacını doğurmuştur. Avrupa’daki birçok ülkede sağlık sistemleri farklılık göstermiş, bu farklılaşmadan aile hekimliği alanı da etkilenmiştir. Wonca temel görev ve sorumluluklarını, gerek birey olarak hastaların gerekse toplumların sağlıklı yaşam sürmeleri amacıyla eğitim, araştırma ve klinik uygulamalar sağlamak ve bunların gelişerek devamlılığını temin etmek üzere, aile hekimliğini desteklemek, teşvik etmek ve geliştirmek üzerine kurmuştur. WONCA’nın bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) da toplumların sağlık bakımı ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak aile hekimliği/genel pratisyenlikle ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlikleri 2002 yılında yayınlanmıştır. WONCA Avrupa Aile Hekimliği Tanımı 2002 yılında yayınlandıktan sonra, belgenin anlaşılabilirliği ve yararlanabilirliği üzerinde tartışmalar olmuş, bu nedenle WONCA Avrupa Konseyi adına EURACT Konseyi’nin bir çalışma grubu belgeyi yeniden gözden geçirmiş ve 2005 yılında belge yeniden yayınlanmıştır. [17]

Wonca’nın 2005 yılı aile hekimliği/genel pratisyenlik alanı tanımlaması ve temel özellikleri şu şekilde gösterilmiştir: Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik kendine özgü eğitim içeriği, araştırılması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri:

a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b) Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

e) Sağlık hizmetlerinin, hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

h) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrılmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

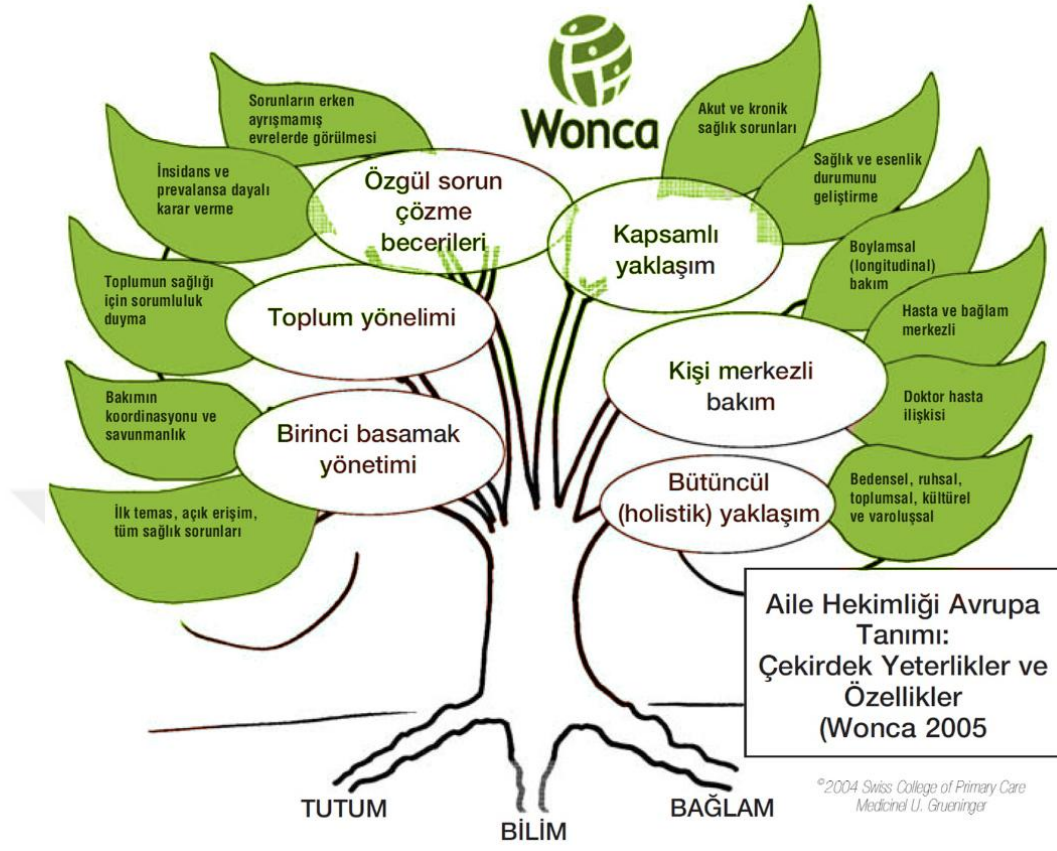
i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. [11]

Aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımları aynı zamanda genel pratisyen/aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklerin de altını çizmektedir. Buradaki, çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemini göz ardı ederek o disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkileri göstermekte ve uzmanlık sürecinde birbirleriyle olan yakın ilişkiyi vurgulamaktadır. Bir başka deyişle eğitim, araştırma ve yüksek standartta sağlık hizmetleri temin etmede bir rehber gibi kullanılması hedeflenen özelliklerdir. [10]





Şekil 1. WONCA ağacı

**Tablo 1.** Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Birinci basamak yönetimi        | Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi<br>Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlama                                |
| Kişi merkezli yaklaşım          | Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisi<br>Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak<br>Hastaların gereksinimleriyle belirlenen uzun erimli hizmetin sürekliliğini sağlamak |
| Spesifik problem çözme becerisi | Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanmak<br>Ayrışmamış, ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak   |
| Kapsamlı yaklaşım               | Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek<br>Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi   |
| Toplum yönelimli Bütüncül model | Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak   |
| Bütüncül model                  | Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi.  |

Gerek kavramsal gerekse uygulamaya dönük uluslararası platformlarda tartışmalar devam ederken Türkiye’de de birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmış ve aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiştir. Yeni yapılanma çerçevesinde, kişiselleşmiş bakım olgusunun bir parçası olarak misafir hasta, esnek çalışma saatleri, sevk zinciri gibi konularda tartışma konuları olmuştur. Aile hekimliği uygulamalarında WONCA Avrupa’nın ve 2002 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı’nın etkileri kaçınılmazdır.

### **2.1.1. Aile Hekimliğinin Prensipleri**

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendi eğitim içeriği, araştırma, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır. [16]

Aile hekimliğini tanımlarken sahip olduğu birtakım temel prensiplerin altını çizmek yararlı olacaktır. Aile hekimi, belli bir sistem, bir saha ya da hastalıkla değil insanla ilgilenir, çünkü o sağlık sistemiyle genel olarak majör travma gibi durumlar dışında ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Hangi yaştan ve cinsiyetten olursa olsun bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Onların bu ilgileri sınırları tanımlanmış herhangi bir hastalıkla bile sınırlanmaz. Öncelikle hastanın problemini tanımlar. Aile hekiminin böyle bir durumda, karşılaşılan problemin çalışma sahasına girmediği bir durum söz konusu değildir. Bu hastalık, bir uzmanlık dalının gerektirdiği bir tedavi sürecini gerektirmiş olsa bile tedavi sürecinin koordinasyonu ve devamlılığı açısından ilk değerlendirmeyi yapacak olan aile hekimidir. Tedavi süreci boyunca ve sonrasında bir aile hekiminin hasta ile olan iletişimi bitmez. Bu yüzden ki aile hekimliğini insan ilişkileri üzerinden tanımlamak daha yararlı olacaktır. Bu özelliği ise aile hekimliğini, klinik tıp alanları arasında ayrı bir yere koymaktadır.

Biyomedikal anlayışta, hekimin asli görevi, hastanın rahatsızlığını teşhis etmek ve rahatsızlığın nedenini ortadan kaldıran veya onu rahatlatan çareler sunmaktır. Genel olarak, hekim tarafsız bir gözlemci hasta ise pasif bir alıcı

rolündedir. Biyomedikal yaklaşımın getirdiği hekim merkezli anlayışta, bir rahatsızlık onu yaşayan bireyden ve içinde bulunduğu toplumsal koşullardan bağımsız düşünülebilmekte, psikosomatik hastalıklar hariç, zihinsel ve fiziksel hastalıklar ayrı ele alınabilmektedir. [1]

Hasta merkezli biyopsikososyal yaklaşım ise kendini hastalıklar yada teknolojiler üzerinden değil ilişkiler üzerinden tanımlar. Bu hasta merkezli anlayış özellikle aile hekimliği alanına daha uygun bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir. Hekimler problem tanımlama, sınıflandırma ve bir tedavi yöntemi önerme amacındayken hasta bu süreçte, anlaşılma, değer görme ve karar aşamasına katkıda bulunma isteğindedir. [18] Biyopsikososyal yaklaşımda hastalığın ne olduğunu öğrenmekten önce ilişkiler kurulur. Biyopsikososyal model 1980 yılında Engel tarafından sistematik hale getirilmiş, hasta ve hastalığın kişisel ve sosyal boyutlarının yanı sıra biyolojik sapmaların da önemli olduğunu savunulmuş ve bütüncül bir yaklaşımın aile hekimliğinin merkezinde olduğu belirtilmiştir. [1]Günümüz bilim insanlarının ve eğitimcilerin “hastalık yoktur, hasta vardır” ifadesi de bu yaklaşımın bir yansıması olarak kabul edilebilir.

Aile hekimi, bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Hastalıkları bireysel, ailevi ve sosyal bağlamda dikkate alarak anlamaya çalışır. Genel olarak, hastane ortamında bir hasta, bu yönleriyle düşünülmekten ziyade, hastalığın mevcut görüntüsüne konsantre olunur. Süreç hasta ile başlar. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir ve hasta ilk elden aile hekimiyle karşı karşıya kalır. Hasta ve aile hekimi arasında kurulan her temas bir önceki görüşmenin üzerinden ilerler ve aile hekiminin iletişim kabiliyeti sayesinde önem kazanır, aynı zamanda hastalığın daha kısa sürede ve etkin bir şekilde iyileştirilmesine katkıda bulunur. Aile hekimi hastalarıyla her görüşmesini, onları hastalıklardan korumak ya da sağlıklı hallerini devam ettirmek için bir fırsat olarak görür. Aile hekiminin genel olarak her bir hastasını yılda birkaç kez gördüğü göz önünde bulundurulduğunda, önleyici hekimliğin gerekliliklerinin yerine getirilmesi

açısından, bunu önemli bir fırsat olarak görür. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. [11]. Bir başka deyişle, aile hekimi hastalarının akut ve kronik gelişen sağlık problemlerini eşzamanlı yönetmek durumundadır. Aile hekimi, bireyin o anki rahatsızlığıyla ilgilenmekle kalmayıp, süreci, hastanın ve hekimin önceliklerini dikkate alarak, yaşa bağlı olarak beliren çeşitli hastalıkları da eş zamanlı olarak hiyerarşik bir sırayla yönetir.

Klinisyenler genel olarak hastalarını birey olarak görmesine rağmen aile hekimleri hastalarını toplum bazında görür. Örneğin; bağışıklık, Pap-smear testi ya da kan basıncı testi için hekime başvurmayan bir hasta bu testler için başvuranlar kadar aile hekimi için önemlidir ve bireylerin başvuru kayıtları düzenli olarak kaydedilir. Hastanın tıbbi dosyası, hasta görüşmelerinin formal kaydı olmakla birlikte, hasta ve hekim arasındaki öykünün bir parçasıdır. Aile hekimi, hastalarının önemli rahatsızlık evrelerinde, onlara sağlık hizmeti sunmakla, bunu kişisel olarak yapamadığı durumlarda gerekli uzmanlık alanlarına devretmekle ve devrettiği zamanlarda koordinasyonu sağlamakla sorumludur.

Sağlık sorunlarını, fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. Aile hekimi, kendini toplumsal çapta destekleyici, sağlık ve sağlık hizmetleri alanında çalışan kurumların bir parçası olarak görür. Rahatsızlıkların prevalans ve insidansı, ikinci basamak sağlık hizmetinden farklı olarak, toplum ortamında, hiç bir ön eleme olmaksızın ele alındığından hastane ortamındakinden farklıdır. Bu yüzden de ciddi hastalıklar birinci basamakta daha az sıklıkla görülür. Bu durumdan ötürü, aile hekimi eldeki bulgular ışığında olasılığa dayalı özgün kararlar vermek durumundadır. Tanısal bir test istemek ya da klinik bir semptomla alakalı bir kestirimde bulunmak, hastane ortamındaki bir uzman hekimle karşılaştırıldığında, aile hekimi için daha hassas bir yere sahiptir.

Bütün bir toplumu kapsayan bu sosyal destek, koordineli bir şekilde yürütülür. Bu koordinasyon zincirinde aile hekimleri, hastane hekimleri, sosyal güvenlik çalışanları ve diğer sağlık çalışanları etkin bir şekilde çalışır. [11,16] Aile

hekimlerinin bu temel ve karmaşık rolünün, gerek tıp mesleği gerekse sağlık hizmeti planlayıcıları, yan unsurları ve toplum tarafından anlaşılması hayati önem taşımaktadır. Nitekim, Avrupa’da aile hekimlerinin yetki ve sorumlulukları artmakta, bu ise eğitim, araştırma ve kalite temini bakımından aile hekimliğini ön plana çıkarmaktadır. [19]

Genel pratisyenlik, yapısal koşullar uygun hale getirildiğinde, bu çok önemli görevi yerine getirebilir. Aile hekimi, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji hizmetlerine gereksinim duyan hastaların, bu hizmetlere uygun bir şekilde erişimini sağlar. Savunuculuk yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği tıbbi zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, aile hekimliğinin varlık nedenleri arasındadır. İdeal aile hekimi, çalıştığı çevrede her anlamda görünür olur ve hastalarıyla aynı koşulları paylaşır. Aile hekimi, hastalarını evlerinde görür. Hekimin hastayı evinde ziyaret etmesi, aile hekimliğinin önemli bir süreci olmuştur. Modern hastane kavramı bu süreci ortadan kaldırmış olsa da günümüz hastane maliyetleri, hastane kavramının yeniden tanımlanmasıyla aile hekimliğinin bir parçası olan evde bakımı yeniden hayata geçirmek için iyi bir fırsat olmuştur. Hastane ortamları enfeksiyon ve kötü çevresel koşullardan dolayı özellikle yaşlı hastalar için risk teşkil etmektedir. Kısa süreli hastalıklar söz konusu olduğunda, bu hastaların bakımlarını evlerinde yapmak, onları hastane ortamından etkilenmeden kurtaracaktır. Nitekim teknolojik ilerlemeler de tahlil ve tedavi olanaklarını daha iyi hale getirmiştir.

Aile hekimi, tıbbin subjektif ve insani yönüne özellikle önem verir. Bilimin, alışlagelen objektif ve pozitivist yaklaşımı göz önünde bulundurulduğunda aile hekimi, duygular ve insani ilişkileri bu objektif ve olgucu bilimsel bakış açısı ile bir araya getirmek durumundadır. Böyle bir ilişki, kişinin kendi duygu ve tutumlarını da içine alacak şekilde içsel bir bilgiyi gerekli kılan, özdüşünümsel bir uygulama süreci olarak karşımıza çıkar.

Aile hekimi, kaynakları yöneten kişidir. Hastayla ilk karşı karşıya gelen hekimler olarak, aile hekimleri, hastaneye sevk, tetkik isteme, tedavi başlama veya ilgili uzmanlık dalına başvurma gibi süreçleri yöneten mekanizmanın başında yer alır. Özellikle eldeki kaynakların çok sınırlı olduğu koşullarda aile hekimlerinin bu rolü daha önem kazanır.

## **2.2. AKADEMİK BİR DİSİPLİN OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ**

Avrupa üniversitelerinin tıp fakültelerinde 50 yıllık bir geçmişe sahip olan aile hekimliğinin, Türkiye’de Yüksek Öğrenim Kurulu’nun 1993 yılında üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasına dönük aldığı kararla 20 yıl önce başlayan serüveninde önemli ilerlemeler kaydettiği söylenebilir. Genel anlamda dünya aile hekimleri birliği- WONCA Avrupa Bölümünün tanımladığı 10 hedef aile hekimliğinin kuramsal temelini oluşturulmasında önemli bir rol oynamıştır [20]. Özellikle, aile hekimliği disiplininin üniversitelerde bağımsız bir alan olarak yer alması ve aile hekimliği eğitiminin lisans düzeyinde zorunlu olması ve tüm Avrupa ülkelerinde tıp fakültelerinde aile hekimliği akademik bölümlerinin kurulması başlıca hedefler olarak dikkat çekmektedir.

Aile hekimliğinin akademik gelişiminin değerlendirildiği bir çalışmada, 2004 yıl sonu itibariyle Tıp fakültelerinin %70 inde aile hekimliği anabilim dalının bulunduğu saptanmıştır. Diğer taraftan aile hekimliğinin akademik gelişimiyle ilgili çalışmalarda, iki temel eğitim anlayışı dikkati çekmektedir. Mevcut anabilim dallarının yaklaşık yarısı merkezi yönetimin etkisiyle diğer anabilim dallarındaki akademisyenlerin katkılarıyla kurulmuş ve bu anabilim dallarının gelişimleri, diğer disiplinlere nazaran daha yavaş bir gelişim seyri izlemiştir. Bununla birlikte, aile hekimliği uzmanlarınca açılan aile hekimliği anabilim dallarının gelişimleri diğerlerine göre daha hızlı olmuştur.[21]

Üniversitelerdeki aile hekimliği bölümlerinin sayısı ve etkinliği akademik gelişimle yakından ilgilidir. Batı Avrupa ülkelerinin tamamında ve ABD’deki tıp fakültelerinin büyük kısmında aile hekimliği bölümleri kurulmuş ve aktif olarak

çalışmaktadır [22]. Bununla birlikte Akdeniz ve Güney Avrupa ülkelerinde, akademik anlamda aile hekimliği aynı ilerlemeyi gerçekleştirememiştir [23]. Türkiye, bu anlamda Batı Avrupa ve Amerikan üniversiteleri ile aynı gelişmeyi sağlayamamış olsa da Orta ve Doğu Avrupa ülkeleriyle kıyaslanabilir bir ivme göstermiştir. Nitekim, kimi Avrupa ve birçok Akdeniz ülkesindeki üniversitelerde aile hekimliği bölümü bulunmamaktadır [23]. Türkiye’de ise tıp fakültelerinin %73,3’ünde aile hekimliği anabilim dalı bulunmakta olup bu rakam giderek artmaktadır.

Kuruluşundan itibaren 20 yıl geçmiş üniversitelerin tıp fakültelerine bakıldığında bunların sadece dördünde aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş değildir. Bu veriler, aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak üniversitelerde yerini aldığı ve akademik bir disiplin olarak benimsendiğinin göstergesidir. Aile hekimliği anabilim dallarındaki bu nicel artış, Türkiye’deki üniversitelerde sayısı artan tıp fakülteleriyle de yakından ilişkilidir. 1990 yılında tıp fakültesi sayısı 25 iken 2014 verilerine göre bu rakam 86’ya yükselmiştir. [20] . Bu anabilim dallarındaki artışa paralel olarak bu alanda çalışan akademik kadro sayısında da artış anlamına gelmektedir. Aile hekimliği anabilim dallarında 2004 verilerine göre 94 olan öğretim elemanı sayısı 2013 yılı sonlarında %88,3’lük bir artışla 177 olmuştur. Bununla birlikte, akademik kadrolarda görülen bu nicel artışın akademik kaliteyi nasıl etkilediği ise ayrı bir araştırma konusudur. Zira, aile hekimliğinin, nicel gelişimin yanı sıra nitelik itibarıyla da ilerlemesi de önemlidir. Bu alan, doğası gereği farklı beceri ve yeterlikleri gerektirmektedir [24]. Bir tıp disiplini ve uzmanlık dalı olarak aile hekimliği aynı zamanda lisans düzeyinde (mezuniyet öncesi) müfredat programında da yerini almıştır [25]. Nitekim birçok Avrupa ve Amerikan üniversitelerinde olduğu gibi Türkiye’de aile hekimliği tıp eğitimi müfredatında yerini almıştır.



**Tablo 2.** Tıp eğitiminde kuramsal dersi olan anabilim dalları, ders süre ve konuları

| Anabilim Dalı                | Birinci sınıf         | İkinci sınıf          | Üçüncü sınıf            | Dördüncü sınıf      | Beşinci sınıf       | Altıncı sınıf         |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Acıbadem                     | 10 AH, 10KK, 49D      | 17 AH, 18 KK, 49D     | 18AH, 19KK, 87D         |                     |                     |                       |
| Adıyaman                     | 2KK, 2D               |                       |                         |                     |                     |                       |
| Adnan Menderes               | 52D                   | 4KK, 30D              | 16D                     | 4AH, 16D            | 15AH, 30KK,3D       |                       |
| Akdeniz                      | 7AH, 23D,             | 24D                   | 12AH, 6KK, 122D         |                     |                     |                       |
| Ankara                       | 20D                   | 80D                   | 40D                     |                     | 25AH                |                       |
| Atatürk                      | 21AH, 1KK, 117D       | 25AH, 1KK, 121D       | 2AH,15KK,33D            |                     |                     |                       |
| Başkent                      |                       |                       |                         | 40AH,40KK           |                     |                       |
| Bülent Ecevit                | 28D                   |                       |                         |                     |                     |                       |
| Cumhuriyet                   | 28D                   |                       | 22AH, 32KK              |                     |                     |                       |
| Çanakkale                    | 5AH,6KK, 10D          |                       | 14AH                    |                     |                     |                       |
| Çukurova                     | 4AH, 12D              | 2AH, 12D              | 20AH,5KK,12D            |                     |                     | 6AH, 8KK              |
| Dicle                        | 20D                   | 8D                    | 8D                      |                     |                     |                       |
| Dokuz Eylül                  | 168D                  | 1KK, 168D             | 1AH, 1 KK, 176D         |                     |                     |                       |
| Düzce                        |                       |                       | 10AH, 6KK, 2D           |                     |                     |                       |
| Erciyes                      | 4AH, 16D              |                       | 2D                      |                     |                     |                       |
| Turgut Özal                  | 7AH,25D               | 6AH, 8D               | 8AH, 4D                 |                     |                     |                       |
| Gaziosmanpaşa                |                       | 2KK, 4D               | 10AH,4KK, 8D            |                     |                     |                       |
| Gülhane Askeri Tıp Akademisi |                       |                       | 2AH, 1KK, 10D           |                     |                     | 2AH                   |
| İnönü                        |                       |                       | 4AH, 4KK                | 5AH, 5KK            |                     |                       |
| İstanbul Bilim               | 14AH, 2D              |                       |                         |                     |                     |                       |
| İstanbul Tıp                 | 6AH, 14D              | 6AH, 7D               |                         |                     |                     |                       |
| İstanbul Cerrahpaşa          |                       |                       | 2AH, 5KK                |                     |                     |                       |
| İstanbul Medipol             | 16D                   |                       |                         |                     |                     |                       |
| Kahramanmaraş Sütçü İmam     |                       | 9AH, 3D               | 9AH, 8KK, 17D           |                     |                     | 28AH, 28KK, 104D      |
| Katip Çelebi                 | 15AH, 4D              |                       | 9AH, 10KK, 30D          |                     |                     |                       |
| Kocaeli                      | 72D                   | 11AH, 6D              | 5AH,                    |                     |                     |                       |
| Afyon Kocatepe               | 3AH                   |                       | 5AH, 4KK, 2D            |                     |                     |                       |
| Kütahya Dumlupınar           | 15AH, 21D             | 13AH,23 D             | 5AH, 12D                |                     |                     |                       |
| Marmara                      | 24D                   | 2AH, 4KK, 48D         | 2AH, 5KK, 3 2D          |                     | 5AH,11KK, 14D       |                       |
| Mersin                       | 3D                    | 2KK, 3D               | 2KK, 3D                 |                     |                     |                       |
| Mustafa Kemal                | 4AH, 26D              | 18D                   | 4AH, 6D                 |                     |                     | 14AH, 8KK             |
| Namık Kemal                  |                       | 4D                    | 3AH, 1KK                |                     |                     |                       |
| Necmettin Erbakan Meram      |                       |                       | 4AH, 5KK                |                     |                     |                       |
| Ondokuz Mayıs                | 5AH, 18D              | 8AH, 2KK, 18D         | 8AH, 2KK, 18D           | 4KK,                |                     |                       |
| Ordu                         |                       | 56D,                  | 5AH, 5KK                |                     |                     |                       |
| Osmangazi                    | 8AH, 8 KK             |                       | 12AH, 12 KK             |                     |                     |                       |
| Pamukkale                    | 2AH, 2D               | 2KK, 26D              | 2KK, 4D                 |                     |                     |                       |
| Selçuk                       |                       |                       | 6AH, 7KK, 12 D          |                     |                     |                       |
| Süleyman Demirel             | 2D                    | 2D                    | 21AH, 16D               |                     |                     |                       |
| Trakya                       | 9D                    | 6AH, 5KK              | 3KK                     | 14AH, 7KK           |                     |                       |
| Ufuk*                        |                       |                       |                         | 10AH                |                     |                       |
| Uludağ                       | 14 AH, 28D            | 14AH                  | 14D                     |                     |                     |                       |
| Yeditepe                     | 32D                   | 5D                    | 10KK                    |                     |                     |                       |
| Yıldırım Beyazıt             | 19D                   | 9D                    | 21AH, 3KK               |                     |                     |                       |
| Yüzüncü Yıl                  |                       |                       | 39AH                    |                     |                     |                       |
| Toplam                       | 152AH<br>27KK<br>862D | 119AH<br>41KK<br>732D | 283 AH<br>177KK<br>686D | 73AH<br>56KK<br>16D | 45AH<br>41KK<br>17D | 50 AH<br>44KK<br>104D |

AH: Aile hekimliği temel konuları; ASM: Aile sağlığı merkezi; D: Diğer (entegre hekimlik uygulamaları, iletişim, mesleksi beceri laboratuvarında beceri uygulamaları, alan çalışmaları, araştırma, PDÖ, klinik uygulamaya giriş, uygulamalı ders, aile ziyaretleri, kültür-sanat etkinlikleri, tıp eğitimi vb.); K: Kuramsal ders; KK: Klinik konular \*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde aile hekimliği anabilim dalı bulunmamakla birlikte, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde 10 saatlik aile hekimliği dersleri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ğretim üyelerince verilmektedir. \*\* Başak ve Güldal'dan (2014) alınmıştır.

Türk niversitelerinde aile hekimliği bölümleri ve ğretim elemanlarındaki artışa koşut bu bölümün uzmanlık eğitimi programlarındaki asistan sayısındaki artışla sonuçlanmıştır. Ancak 2500 civarında olan aile hekimliği uzman sayısı göz önünde bulundurulduğunda bunların çok az bir kısmının anabilim dalı tarafından eğitildiği görülür. Bunun da başlıca nedeni, tıp fakültelerindeki kadroların sınırlı oluşu ve bunların daha yoğun alanlar için kullanılmasıdır. Diğer bir nedeni ise aile hekimliği anabilim dallarının tamamının uzmanlık eğitimi verecek kapasiteye henüz ulaşmamış olmamalarıdır. [20] 2010 yılında yapılan yasal düzenlemeyle, aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinin yarısı aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılmış olsa da alt yapı problemlerinden dolayı aile hekimliği uygulamaları için kendilerine ait eğitim aile sağlığı merkezleri bulunmamaktadır. Bu nedenle, aile hekimliği uzmanlık eğitimi genel olarak hastane rotasyonlarından oluşmakta, asistan ve tıp öğrencileri aile hekimliği uygulama eğitimlerini, hastanelerin aile hekimliği polikliniklerinde almaktadırlar. Bir başka deyişle, akademik aile hekimliğinin gelişimi, aile sağlığı merkezlerinden ya da sağlık ocaklarından kopuk bir seyir izlemektedir.

Akademik aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyonu çerçevesinde eğitim aile sağlığı merkezlerinin kurulması hayati bir öneme sahiptir [26]. Dünya lkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin temininde yaşanan güçlükler akademik aile hekimliğinin performansını etkilemektedir. Yeni sağlık taleplerine uyum sağlama, akademik kadroyu artırma ve muhafaza etme, bilimsel araştırmalar için maddi destek gibi güçlükler başlıca dikkat çeken unsurlardır. Kuruluş sürecini tamamlamış tıp fakülteleri, aile hekimliği anabilim dallarını hayata geirmış olup çalışmalarını sürdürmektedirler. Sonuç olarak, Türkiye'de akademik aile hekimliği alanının gelişimi hızla devam etmektedir.

### 2.3. EURACT VE AİLE HEKİMLİĞİ

Genel pratisyenlik ya da aile hekimliği, tanımı, sınırları, işleyişi konusunda diğer tıbbi disiplinler arasında en uzun zamanı almış belki de tek disiplindir. 1978 yılında toplanan Alma Ata konferansıya birlikte birinci basamak sağlık hizmeti, Dünya Sağlık Örgütü'nde imzası olan tüm ülkelerin gündeminde olmuştur.

Alma Ata felsefesinde, sağlık tanımı sadece hastalığın ya da rahatsızlığın olmadığı bir durum olarak algılanmamış aynı zamanda bir bütün olarak bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda iyi olma hali çerçevesinde tanımlanmıştır. Bu bağlamda, bireylere en iyi sağlık hizmetini sunmak amacıyla aile hekimliği alanındaki eğitimcilerde destek sağlamak üzere, 1992 yılında the European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine (EURACT) kurulmuştur.. Leeuwenhorst Grubu bir çalıştay olarak genel pratisyenlik eğitimi ve aile hekimliğinin rolü üzerine çalışmalar yürütmüştür. EURACT, mecburi alan eğitimini ön plana çıkarırken, bu sürecin lisans düzeyi müfredatına adapte edilerek bu şekilde klinik deneyimlere daha erken sahip olacaklarını ve daha iyi niteliklere sahip bir tıp eğitimini savunmaktadır. [27]

EURACT, temel amacını, öğrenme ve öğretme yoluyla bir disiplin olarak aile hekimliğinin hizmet kalitesini yükseltmek ve devamlılığını sağlamak olarak tanımlamıştır. [28]. Hastalık merkezli olmaktan ziyade insan merkezli bir yaklaşıma sahip bir disiplin olan aile hekimliği, uzmanlık eğitim sürecinde de iletişim kabiliyetlerinin temel bir klinik beceri olduğu savından hareket eder. Öyle ki, geleceğin aile hekimlerinin sadece hastalarının değil toplumun tüm bireylerinin sağlıkla ilgili farkındalığı arttıracak, dikkatlerini çekecek ve onları yönlendirecek bir beceriye sahip olmaları da beklenmektedir. Diğer taraftan, mevcut durumda yüksek standartlara sahip bir sağlık hizmeti sunmak için birçok Avrupa ülkesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu bir alan olmuştur. Hekimlerin, aile hekimliği alanına nasıl yönlendirileceği, uzmanlık eğitiminin nasıl olacağı konusunda çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Gelişmiş ülkeler, halklarının ihtiyaçlarına göre müfredatlar oluşturmakta, bu noktada EURACT performans değerlendirmeleri ve

eğitim ajandaları temelinde ülke yönetimleri ve sorumlu unsurlarla işbirliği halinde çalışmaktadır. Eğitim alanlar, eğiticiler ve eğitim uygulamaları çerçevesinde öneriler ve kriterler geliştirmektedir.

EURACT, kuruluşundan bu yana 40 ülkede 700'den fazla üyesiyle Avrupa'nın en geniş yeliğine sahip bir organizasyon olmuştur. EURACT, periyodik olarak gerçekleştirdiği toplantılar, yayınladığı bilimsel çalışmalar, uygulamaya koyduğu eğitim programları, uluslararası konferanslar, çalıştaylar, forumlar ve web sitesiyle üyelerine genel pratisyenlik ve aile hekimliği eğitiminde yararlı bir yer edinmiştir.

2002 yılındaki WONCA ve EURACT tarafından tanımlanan Genel pratisyenlik/aile hekimliği kavramı 11 temel özellik ve altı çekirdek yeterliklerle Avrupa genel pratisyenlik ve aile hekimliğinin rolünü ön plan çıkarırken, 2005 EURACT eğitim gündemi ile tanımlanan bu onbir alan ve altı çekirdek yeterliğinin neyin, nasıl öğretileceği ve öğrenileceğini kapsamlı bir şekilde anlatılmaktadır. Ülkelerin lisansüstü düzeyde Aile hekimliği/ genel pratisyenlik uzmanlık eğitiminin başarısının, birinci basamağın lisans düzeyinde ulusal bir müfredat programı üzerine dizayn edilmesine bağlı olduğu savından hareketle, birçok aile hekimliği asistanlarının, tıp fakltesindeyken birinci basamak eğitimi almamış oldukları görülmektedir. Bununla birlikte geleceğin hekimlerinin eğitimlerinin bir noktasında birinci basamak bakımıyla karşılaşması ve lisans eğitimlerinde belirli bir süre bu alanda çalışıyor olmaları EURACT felsefesinin önemli bir unsurudur. Uygulama safhasında ise Genel pratisyenlik/Aile hekimliği eğitimi Avrupa lkelerinde bariz farklılıklar göstermekte ve bir kariyer olarak aile hekimliğinin seçiminin ağırlıklı olarak lisans dönemindeki aile hekimliği eğitimine dayandığı söylenebilmektedir. Bu noktada ulusal çapta ihtiyaçlar ve koşullar gözetilerek düzenlenmiş bir eğitim müfredatının hayata geçirilmesi belirlenen çekirdek yeterlikleri güçlendirilmesine de katkıda bulunacaktır [29].

### 2.3.1. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

Hastane rotasyonlarından oluşan aile hekimliği uzmanlık eğitimi Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) 2010 yılındaki kararıyla 18 ay hastane rotasyonları ve 18 ay aile hekimliği uygulaması şeklinde değiştirilmiştir. [30] Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı birinci basamak ortamında verimli ve nitelikli sağlık hizmeti verecek aile hekimliği uzmanları yetiştirmeyi amaçlar.(tahud 2010). Bu eğitim, üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarında, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastaneleri ve bünyelerinde bulunan aile hekimliği uygulama birimlerinde verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Anabilim Dalları, SB Eğitim Hastaneleri Şeflikleri ve TAHUD işbirliği ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri oluşturulması ve buralarda uzmanlık eğitiminin sürdürülmesi hususunda planlamalar yapılmış ve 24/11/2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ardından 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eğitim aile sağlığı merkezlerinin ilk adımı atılmıştır. Hazırlanan eğitim aile sağlığı merkezi yönetmeliği ile şu şekilde tanımlanmıştır:

Eğitim aile sağlığı merkezi: Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşudur. [31] 2012 yılında gerçekleştirilen “Aile Hekimliği Akademik Birimleri için ASM oluşturulması” konulu TAHUD Çalıştayında eğitici özellikleri ve kriterleri, eğitimler konusunda TAHYK’nın ve akademik birimlerin konumu, sertifikasyon, akreditasyon, eğiticilerin istihdamı ve üniversite – Sağlık Bakanlığı ilişkisi, eğitimde kalitenin sağlanması , mevzuatla ilişkili konular, AB dallarının müktesep hakları, hastanelerdeki AH poliklinikleri, aile sağlığı elemanı ücretleri, fiziki koşullar, laboratuvar hizmetleri, giderler ve mali destek konuları tartışılmış çözüm bekleyen sorulara dikkat çekilmiştir.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde eğitici görevi yapacak uzman hekimlerinin

. Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) olması,

- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren ya da rotasyon yapılan bir kurumda görev yapıyor olması,
  - Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu'nun (TAHYK) tanıdığı Aile Hekimliği (AH) eğiticiliği eğitimlerini almış olması,
  - AH araştırma eğitimi almış olması,
  - Türkiye AH Yeterlik sınavını vermiş olması
- özelliklerini taşıyor olması önerilmiştir. [32]

Aile sağlığı merkezlerinde yürütülecek olan eğitim faaliyetlerinin, sağlık hizmetini kesintiye uğratmadan ve etkinliğini olumsuz yönde etkilemeden yürütülmesi de hazırlanan yönetmeliğin çalışma saatleri ve ücretlendirme başlıkları altında dikkate alınmıştır.

Bugün, ülkemizde yaklaşık 850 AH asistanı eğitim almaktadır. 2013 yılı itibarıyla ASM'lerde çalışmakta olan AHU sayısı 1100 dolayındadır (TAHUD,2014; Ünlüoğlu, 2013). Ülkemizde toplam 6756 ASM'de, 21.175 hekim görev yapmakta olup ülke genelinde 3.621 kişiye bir hekim hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, [2013](#)).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Ankara ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan 104 aile hekimliği uzmanı oluşturmaktadır. Bu aile hekimliği uzmanlarının 84'üne elektronik posta adreslerine araştırmacı onları telefonla arayarak ulaşmış, onaylarını aldıktan sonra oluşturulan anket e-posta adreslerine gönderilmiştir. Gönüllü katılıma dayanan araştırmada 84 aile hekimliği uzmanından 40'ı anketi doldurup e-posta yolu ile geri göndermiştir. Anket cevaplama hızı % 47'dir.

Ankette doldurulması zorunlu hiçbir soru bulunmamaktadır. Eğitim aile sağlığı merkezi uygulaması konusundaki görüş, algı ve tercih eğilimlerini öğrenmeyi amaçlamaktadır. Bu amaca yönelik olarak katılımcıların sosyodemografik bilgilerini soran 8, düşünce, algı ve tercih eğilimlerini hedefleyen 17 maddeden oluşan bir anket hazırlanmıştır. Bu ankette kapalı uçlu sorularla ilişkili 4 adet açık uçlu nitel soruya da yer verilmiş, alınan yanıtlardan daha derin bilgiler elde etmek hedeflenmiştir.

Elektronik posta yoluyla elde edilen nicel ve nitel maddeler içeren veriler frekans, değişkenler arası korelasyon ve istatistiksel fark açısından analiz edilmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır. Analiz sürecinde SPSS 20.0 programı kullanılmış frekans, korelasyon, parametrik olmayan verilerde kullanılan Mann Whitney U test, ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Nitel veriler ise, betimsel analiz metodu ile analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Nitel sorular nicel maddelerle eş zamanlı olarak açık uçlu soru şeklinde yapılandırılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Tanımlayıcı olan bu araştırmada, ulaşılan 84 aile hekimliği uzmanından 40'ı anketi doldurmayı kabul etmiş, nicel ve nitel sorulara yanıt vermiştir.

**Tablo 3.** alışmaya katılan aile hekimliği uzmanlarının özellikleri

|                                       | f  | %    | Kümülatif % |
|---------------------------------------|----|------|-------------|
| <b>yaş</b>                            |    |      |             |
| 25-30                                 | 1  | 2,5  | 2,5         |
| 31-36                                 | 4  | 10,0 | 12,5        |
| 37-42                                 | 11 | 27,5 | 40,0        |
| 43--48                                | 14 | 35,0 | 75,0        |
| 48-üstü                               | 10 | 25,0 | 100,0       |
| <b>cinsiyet</b>                       |    |      |             |
| kadın                                 | 19 | 47,5 | 47,5        |
| erkek                                 | 21 | 52,5 | 100,0       |
| <b>hizmet yılı</b>                    |    |      |             |
| 1-5                                   | 1  | 2,5  | 2,5         |
| 6-11                                  | 4  | 10,0 | 12,5        |
| 12-17                                 | 10 | 25,0 | 37,5        |
| 18-yukarı                             | 25 | 62,5 | 100,0       |
| <b>AHU yılı</b>                       |    |      |             |
| 1-5                                   | 9  | 22,5 | 22,5        |
| 6-11                                  | 16 | 40,0 | 62,5        |
| 12-17                                 | 12 | 30,0 | 92,5        |
| 18 ve yukarı                          | 3  | 7,5  | 100,0       |
| <b>Uzmanlıklarını aldıkları Kurum</b> |    |      |             |
| Eğit. Araş. Hst                       | 38 | 95,0 | 95,0        |
| Üniv. Hst                             | 2  | 5,0  | 100,0       |



Erkek ve kadın katılımcı sayılarının birbirine yakın olduğu (erkek %52,5, kadın %47,5) çalışmamızda hizmet yıllarına bakıldığında büyük bir kısmının (%87,5) 10 yıldan fazla bir süredir görev yaptığını, bunların %77,5'nin ise on yıldan fazla bir süre aile hekimliği uzmanı olarak çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların az bir kısmı (f=3) 18 yıl ve daha fazla bir süre aile hekimliği uzmanı olarak çalıştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %95'i uzmanlık eğitimlerini eğitim araştırma hastanesinden almışlardır.

Katılımcıların iş yüklerine bakıldığında günlük ortalama poliklinik sayılarının en az 40 olduğu görülmüştür. Günlük ortalama 70 hastaya kadar yapılan poliklinik uygulamaları da ikinci en yüksek frekans olarak görülmektedir. İş yoğunluklarını ifade ederken katılımcıların yarısından fazlası (%57,5) çalışma ortamlarını “yoğun” olarak tanımlamışlardır. Kurumlarında çalışan hekim sayısı itibariyle de çok az bir kısmı 7 ve yukarı sayıda hekimle çalıştığını belirtmiş sıklıkla en fazla 6 hekimle çalıştıklarını söylemişlerdir.

**Tablo 4.** Aile hekimliği uzmanlarının poliklinik hasta sayıları profili

| Poliklinik | f  | %     | Kümülatif % |
|------------|----|-------|-------------|
| 40-55      | 19 | 47,5  | 47,5        |
| 56-70      | 16 | 40,0  | 87,5        |
| 71-85      | 4  | 10,0  | 97,5        |
| 86-100     | 1  | 2,5   | 100,0       |
| Toplam     | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 5.** Aile hekimliği uzmanlarının çalıştıkları ASM'lerdeki hekim sayısı

| Hekim sayısı | f  | %     | Kümülatif % |
|--------------|----|-------|-------------|
| 1-3          | 10 | 25,0  | 25,0        |
| 4-6          | 20 | 50,0  | 75,0        |
| 7-9          | 10 | 25,0  | 100,0       |
| Toplam       | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 6.** Aile hekimliği uzmanlarının iş y¼kleri ile ilgili yorumları

| İş yoğunluğu | f  | %     | K¼m¼latif % |
|--------------|----|-------|-------------|
| normal       | 17 | 42,5  | 42,5        |
| yoğun        | 23 | 57,5  | 57,5        |
| Toplam       | 40 | 100,0 |             |

Katılımcılara asistanlık s¼recinde verilen klinik eğitimin yeterli olup olmadığına dair sorulan soruda, ağırlıklı cevap (%70), verilen eğitimin yeterli olduğu y¼n¼nde olmuştur. Bu s¼reçte de b¼y¼k kısmı, aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği uzmanı yanında eğitim almasını gerekli g¼rm¼řt¼r. Bu soruyla ilgili nitel sorulara verilen yanıtlarda ise katılımcılar, her uzmanlık dalının kendine has birtakım özelliklerinin ve uygulamalarının olduğunu bunun da ancak o ortamda ¼đrenilebileceđini savunmuşlardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastanelerde karşılaşılan hasta profil ve tedavi y¼ntemlerinden farklı olduğunu, sahada karşılaşılan farklı klinik vakaların daha ¼đretici olduğu kanaati de sıklıkla verilen yanıt olmuştur (tablo 7).

**Tablo 7.** AH asistanının uzman yanında eğitimi ile ilgili g¼r¼řler

| Uzman yanında eğitim      | f  | %     | K¼m¼latif % |
|---------------------------|----|-------|-------------|
| gerekli                   | 30 | 75,0  | 75,0        |
| gerekli ancak uygulanamaz | 5  | 12,5  | 87,5        |
| gereksiz                  | 3  | 7,5   | 95,0        |
| fikrim yok                | 2  | 5,0   | 100,0       |
| Toplam                    | 40 | 100,0 |             |

Aile hekimliği uzmanı yanında eğitimi ¼nemli bulup uygulanabilirliğine g¼çl¼kler olduğunu d¼ř¼nen katılımcılar, nitel veriler ışığında elde edilen bulgularla aile hekimliği uzmanlarının hem hasta işlemleri hem de eğitimi aksatmadan veremeyeceğini, hasta sayısının ¼ok olduğunu, bunun aynı zamanda ASM'lerin

fiziksel koşullarının uzmanlık eğitim uygulamaları için uygun olmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 8.** AHU'ların eğitici olma tercihleri

| Eğitici olma tercihi | f  | %     | Kümülatif % |
|----------------------|----|-------|-------------|
| evet                 | 25 | 62,5  | 62,5        |
| hayır                | 15 | 37,5  | 100,0       |
| Toplam               | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 9.** EASM'lerin iş yükünü etkilemesine dair görüşler

| İş yükü durumu | f  | %     | Kümülatif % |
|----------------|----|-------|-------------|
| artırır        | 29 | 72,5  | 72,5        |
| azaltır        | 3  | 7,5   | 80,0        |
| etkilemez      | 8  | 20,0  | 100,0       |
| Toplam         | 40 | 100,0 |             |

Aile hekimliği uzmanlarına, eğitici aile hekimliği uzmanı olup olmak istemediklerine dair sorulan anket sorusuna katılımcılar genel olarak olumlu yanıt vermişler, nedenleri ile ilgili olarak da aile hekimleri sahip oldukları kuramsal bilgileri kendilerini de yenileyerek bilgi ve deneyimlerini paylaşmak istemeleri dikkat çekmektedir. Verilen yanıtlar aile hekimliği uzmanlarının bu anlamda potansiyel eğitici rolleriyle alakalı olarak iş yüklerinin artacağı konusunda yaygın bir fikir vardır. Olumsuz yanıt veren katılımcıların başlıca gerekçeleri yoğun iş yükü ve fiziksel koşulların uygun olmayışı yönünde olmuştur. ASM'lerin asistan eğitimi için uygun fiziksel koşullara sahip olup olmadığı yönünde sorulan sorulara katılımcıların %55'i ASM'lerin koşullarının asistan eğitiminde uygun olmadığını belirtmişlerdir. Verilen olumsuz yanıtlarda mevcut uygun olmayan koşulların düzeltilebileceğine dair olumsuz değerlendirmeler (%52.5) söz konusudur (Tablo10,11).

**Tablo 10.** ASM'lerin uzmanlık eğitimine uygunluğu

| ASM uygunluğu   | f  | %     | Kümülatif % |
|-----------------|----|-------|-------------|
| çok uygun       | 2  | 5,0   | 5,0         |
| uygun           | 14 | 35,0  | 40,0        |
| uygun değil     | 18 | 45,0  | 85,0        |
| hiç uygun değil | 6  | 15,0  | 100,0       |
| Toplam          | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 11.** ASM'lerin uzmanlık eğitimi için uygun hale dönüşebilirliği

| e-ASM'ye dönüşebilme | f  | %     | Kümülatif % |
|----------------------|----|-------|-------------|
| evet                 | 19 | 47,5  | 47,5        |
| hayır                | 21 | 52,5  | 100,0       |
| Toplam               | 40 | 100,0 | 47,5        |

Eğitici aile hekimliği uzmanı olabilmek için katılımcılara özel bir eğitimin verilmesi konusunda fikirleri sorulmuş alınan yanıtlar çoğunlukla eğitici aile hekimleri uzmanlarına ayrı bir eğitim verilmesi gerektiğini çünkü eğitimci olmanın birtakım incelikleri ve profesyonel bilgi gerektirdiği eğitim ve öğretim yöntemleri konusunda bilgi sahibi olunup sertifika alınması gerektiği yönünde yaygın bir kanı tespit edilmiştir.

**Tablo 12.** Eğitici aile hekimliği uzmanı eğitici sertifika verilmesine ilişkin görüşler

| Eğitici sertifika gerekliliği | f  | %     | Kümülatif % |
|-------------------------------|----|-------|-------------|
| evet                          | 31 | 77,5  | 77,5        |
| hayır                         | 9  | 22,5  | 100,0       |
| Toplam                        | 40 | 100,0 |             |

ASM'lerin eğitim ASM'lere dönüştürülmesi sürecinde katılımcılara devletin destek ve teşviği ile ilgili olarak açık uçlu sorularla aile hekimliği uzmanlarının

düşünceleri sorulmuş, katılımcıların %65 fiziksel koşulların iyileştirilmesi ve maddi giderler konusunda devlet desteğinin yararlı olacağı belirtilmiştir.

Eğitici konumundaki aile hekimliği uzmanlarının iş yükleri ve hasta sayılarıyla ilgili olarak katılımcıların önerileri sorulmuş Tablo 12 ve Tablo 13’de görüldüğü gibi katılımcıların yarısından fazlası eğitici uzmanların hasta sayılarının azaltılması gerektiğini, aile hekimliği uzmanlarının eğiticiyle aynı odada çalışması gerektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 13.** Eğiticilerin hasta sayısı ile ilgili görüşleri

| Eğiticilerin Hasta sayısı | f  | %     | Kümülatif % |
|---------------------------|----|-------|-------------|
| azaltılmalı               | 24 | 60,0  | 60,0        |
| artırılmalı               | 2  | 5,0   | 65,0        |
| değişikliğe gerek yok     | 10 | 25,0  | 90,0        |
| fikrim yok                | 4  | 10,0  | 100,0       |
| Toplam                    | 40 | 100,0 |             |

Katılımcılar güncel bilgileri takip etme ve poliklinik hizmetleri dışında eğitime zaman ayırma gibi konularda ise genel olarak olumlu yanıtlar vermişler, güncel bilgileri takip etme sıklığında ise çoğunlukla gelişmeleri takip ettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 14.** Aile hekimliği uzmanlarının AH asistanlarının çalışma şekliyle ilgili görüşleri

| AH asistanları                 | f  | %     | Kümülatif % |
|--------------------------------|----|-------|-------------|
| eğitici ile aynı odada         | 16 | 40,0  | 40,0        |
| eğiticiye danışarak ayrı odada | 15 | 37,5  | 77,5        |
| eğitici olmadan ayrı odada     | 2  | 5,0   | 82,5        |
| diğer                          | 7  | 17,5  | 100,0       |
| Toplam                         | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 15.** AHU'ların eğitime zaman ayırma istekleri hakkında görüşleri

| Eğitime zaman ayırma | f  | %     | Kümülatif % |
|----------------------|----|-------|-------------|
| evet                 | 23 | 57,5  | 57,5        |
| hayır                | 17 | 42,5  | 100,0       |
| Toplam               | 40 | 100,0 |             |

**Tablo 16.** AHU'ların güncel bilgileri takip etme sıklıkları

| Güncel bilgi takibi | f  | %     | Kümülatif % |
|---------------------|----|-------|-------------|
| çok sık             | 4  | 10,0  | 10,0        |
| sık                 | 24 | 60,0  | 70,0        |
| nadiren             | 11 | 27,5  | 97,5        |
| hiç                 | 1  | 2,5   | 100,0       |
| Toplam              | 40 | 100,0 |             |

Tablo 17'de görüldüğü gibi eğitim sürecinde aile hekimliği uzmanlarının kendilerini değerlendirmelerine dönük sorularda kişisel ve profesyonel anlamda kendine güvenen ve eğitimci olabilme yönünde olumlu fikirlere sahip bir profil ortaya koymuşlardır.

**Tablo 17.** AHU'ların öz değerlendirmeleri

| Maddeler   | Seçenekler | f  | %    | Kümülatif % |
|--|------------|----|------|-------------|
| İyi bir gözlemciyim                              | Evet       | 37 | 92.5 | 92.5        |
|  | Hayır      | 3  | 7.5  | 100         |
| Karşımdaki kişiye tolerans gösteririm            | Evet       | 39 | 97.5 | 97.5        |
|  | Hayır      | 1  | 2.5  | 100         |
| Eleştiriye açık bir insanım                      | Evet       | 36 | 90   | 90          |
|  | Hayır      | 4  | 10   | 100         |
| Asistanlarla iyi iletişim kurabilirim            | Evet       | 38 | 95   | 95          |
|  | Hayır      | 2  | 5    | 100         |
| Öğretmeyi seviyorum                              | Evet       | 35 | 87.5 | 87.5        |
|  | Hayır      | 5  | 12.5 | 100         |
| Kişiyeye uyacak şekilde eğitimi düzenleyebilirim | Evet       | 33 | 82.5 | 82.5        |
|  | Hayır      | 7  | 17.5 | 100         |
| İyi bir rol model olurum                         | Evet       | 33 | 82.5 | 82.5        |
|  | Hayır      | 7  | 17.5 | 100         |
| Asistanlara uygun geribildirimde bulunabilirim   | Evet       | 35 | 87.5 | 87.5        |
|  | Hayır      | 5  | 12.5 | 100         |

Anket sorularında verilen maddeler içerisinde değişkenler arasında korelasyon analizi yapılmış ve yaş, cinsiyet, hizmet yılı ve iş yükü itibariyle değişkenler arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır.

Elde edilen verilerin cinsiyet, yaş, hekimlikte hizmet yılı ve aile hekimliği uzmanlığındaki hizmet yılı bakımından sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann Whitney U test ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmış, katılımcı sayısı itibariyle non-parametrik bir özellik taşıdığından t-testin alternatifi olarak kullanılan bu testlerde temelde  $p < 0.05$  değerindeki farklar anlamlı kabul edilmiştir. Elde edilen p değeri 0.05 ten küçük olduğundan değişkenler arasında cinsiyet açısından bir fark yoktur.

**Tablo 18.** Cinsiyete göre değişkenler arasındaki farklar

| Cinsiyet | N  | Ortalama | t değeri |
|----------|----|----------|----------|
| Kadın    | 19 | 17.74    | 0,153*   |
| Erkek    | 21 | 23.00    |          |
| Toplam   | 40 |          |          |

\* Mann-Whitney U, P>0,05

Yaş, hizmet yılı ve AHU hizmet yılı ve diğer değişkenler arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını değerlendirmek için Kruskal-Wallis testi kullanılmış ve p değerleri 0,05 ten küçük olduğundan değerler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 19.** Yaş, hizmet yılı ve AHU hizmet yılına göre nonparametrik sonuçlar

|                        | n  | Ortalama |        |
|------------------------|----|----------|--------|
| <b>Yaş</b>             |    |          |        |
| 25-30                  | 1  | 2,00     |        |
| 31-36                  | 4  | 12,38    |        |
| 37-42                  | 11 | 21,59    |        |
| 43--48                 | 14 | 21,36    | 0,269* |
| 48-üstü                | 10 | 23,20    |        |
| <b>Hizmet yılı</b>     |    |          |        |
| 1-5                    | 1  | 2,00     |        |
| 6-11                   | 4  | 12,38    |        |
| 12-17                  | 10 | 20,80    | 0,161* |
| 18-yukarı              | 25 | 22,42    |        |
| <b>AHU Hizmet yılı</b> |    |          |        |
| 1-5                    | 9  | 19,78    |        |
| 6-11                   | 16 | 18,28    |        |
| 12-17                  | 12 | 23,88    | ,653*  |
| 18 ve yukarı           | 3  | 21,00    |        |
| Toplam                 | 40 |          |        |

\*kikare, p>0,05



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Değişen yaşam koşulları ve sağlık politikaları aile hekimliği alanında da yeni misyonlar yüklemiş ve ülkeler sağlık sistemlerinde aile hekimliği alanına daha fazla önem vermeye başlamış, gerek akademik gerekse uygulama açısından aile hekimliği sürekli bir gelişme göstermiştir. Üniversitelerde aile hekimliği bölümlerinin ve bu bölümlerde uzmanlık eğitimi alan asistan ve görev yapan öğretim elemanlarının sayısındaki ciddi artış bunun önemli bir göstergesidir.

Bir disiplin olarak, aile hekimliğinin başlıca özelliği bireylerin mevcut sistemiyle ilk temasını sağladığı, herhangi bir ayırımı tabi tutulmaksızın her bireyin sağlık sorunlarıyla kapsamlı, bütüncül ve toplum merkezli bir hizmet sunmasıdır.

Aile hekimliği alanının daha verimli bir şekilde hizmet vermesi için, dünya çapındaki kuruluşlar (EURACT, TAHUD, WONCA vb.) ve akademisyenlerin çalışma ve önerileri aile hekimliğinin eğitim yönünün daha güçlendirilmesi yönünde ciddi bir irade ortaya konmuştur. Uzun yıllardan beri aile hekimliği eğitiminde, içerik ve süre itibarıyla bir standardın hala oluşturulamaması farklı ülkelerde farklı içerik ve sürelerden oluşan uzmanlık ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde yer alan bir aile hekimliği olgusunu meydana getirmiştir. Türkiye’ de 2017 yılından itibaren geçiş aşaması resmen bitecek olan aile hekimliği uygulamalarının, ilgili pilot yasa yerine asli yasal zeminine kavuşturulması ve sadece aile hekimliği uzmanlarının aile hekimi uygulamasına dahil edilmesi önemli bir adım olacaktır.

Aile sağlığı merkezlerinin eğitim faaliyetlerinde de yer alması, gerek eğitici statüsündeki aile hekimliği uzmanlarına gerekse eğitim alan asistanlar için birtakım avantajlar sunmaktadır. Eğitim aile sağlığı birimleri, kuramsal bilginin sahada uygulamaya geçtiği ortam olarak görülmektedir. Öncelikle eğitici konumundaki aile hekimliği uzmanları, bu uygulama sayesinde gerek o zamana kadar sahip oldukları bilgileri canlı tutma, iletme, gerekse edindikleri deneyimleri başkalarıyla paylaşma olanağı elde etmiş olacaklardır. Çalışma bulgularında da, katılımcıların önemli bir kısmının (%60) *aile hekimliği eğitici* olma isteğinin bu nedene dayandığı

görülmektedir. Aile hekimliği eğitici kavramı ilk olarak TAHUD'un 2012 yılında eğitim aile sağlığı merkezlerinin kurulmasıyla ilgili gerçekleştirdiği çalışmada, bu eğitim sürecinde yer alacak uzman hekimleri tanımlama aşamasında önerdiği bir ifadedir.

Çalışmanın nitel sorularından elde edilen verilerden de anlaşıldığı gibi, kuramsal anlamda kazandırılan bilgiler, hastane rotasyonları boyunca karşılaşılan hasta, hastalık ve tedavi profil ve özellikleri, sahada karşılaşılan hasta ve hastalık özelliklerinden, özel durum ve problemlerden uzak kalmakta dolayısıyla aile hekimliği asistanları uzman olduklarında karşılaştıkları durumlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaktadırlar. Oysa eğitim aile sağlığı merkezleri aracılığıyla aile hekimlerinin eğitim uygulamalarının gerçek çalışma ortamlarında yerine getirilmesi, hem asistan hem de hasta için bir avantaja dönüşecektir. Bu nedenle, eğitim aile sağlığı merkezleri, pratik bilgi elde etmek için önemli bir ortam olarak kabul edilebilir.

Aile hekimliği uzmanları birer eğitimci olmanın kişisel gelişimlerine katkıda bulunacağını düşünmekle beraber bunun kolay olmayacağını, eğitimci olmanın birtakım yeti ve bilgileri gerektirdiğini düşünmektedirler. Bu nedenle, eğitim aile sağlığı merkezlerinde görev yapmak isteyen eğitimci konumunda olacak uzmanlar, aynı zamanda pedagojik açıdan donanımlı hale gelme isteklerini de belirtmişlerdir.

Hastanelerde birinci basamak hekimi yetiştirmenin zor olacağı gerçeğinden hareketle eğitim aile sağlığı merkezlerinin kuruluşuyla ilgili yasal düzenleme yapılmış ve alt yapı çalışmaları devam etmektedir. Çalışma bulguları, aile hekimliği uzmanlarının, eğitim sürecinin bir parçası olmak istedikleri (Evet, % 62.5) yönündeki tercihleri uzman aile hekimliği eğitici sayısının artırılmasını motive edici nedenlerdendir. Bununla birlikte, katılımın gönüllülük esasına dayandırılması unutulmamalıdır. Eğitim sürecine katılımın özendirilmesi ve kalitesinin artırılması konusunda atılabilecek önemli adımlardan biri sertifikasyon sürecidir. Aile hekimliği uzmanlarının, akademik birimlerin de desteğiyle eğitim almaları ve bu eğitimi alan aile hekimliği uzmanlarının mevzuatla belirlenecek bir kurumdan sertifika almaları,

hem uzman eğitimcilerin bilgi ve motivasyonunu artıracak hem de eğitim kalitesini yükseltecektir. Çalışmadan elde edilen verilerde de , aile hekimliği eğitimcisi olmak isteyen hekimlerin önemli bir kısmı (%77.5) sertifikasyonun gerekli olduğunu belirtmiş, eğitici olma vasfını kazanırken disiplinli bir eğitim sürecine ihtiyaç duyduklarını dile getirmişlerdir.

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimci rollerini teşvik etmenin bir başka yönü de hasta sayısı ve ücretlendirme konularında yapılacak düzenlemelerle ilgilidir. Asistan kabul edecek aile hekimliği uzmanlarının hasta sayılarının azaltılması buna karşılık ücret katsayılarının artırılması ve ek ödeme yapılması yararlı olacaktır. Çalışmaya katılan uzman hekimler, eğitim sürecine dahil olmak isterken yoğun iş yükleri ve maddi harcamalarını, çözüme kavuşturulması gereken iki önemli sorun olarak görmektedirler. Katılımcılar günlük ortalama hasta sayılarının en az 40'tan başladığını ve bu sayının belli dönemlerde artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra aile hekimlerinin, saha uygulamalarının zaman ve çaba gerektirmesi, asistan eğitimi için de ayrı bir zaman ayırmak anlamına geleceğinden, (%72, iş yükü aratacak) eğitimci aile hekimliği uzmanlarının çalışma saatleri ve iş yüklerinin gözden geçirilmesi, eğitim için ücret desteği sağlanmasını bir zorunluluk olarak görmektedirler. Bunun için, eğitimci aile hekimliği uzmanlarının hasta sayıları ile birlikte eğitim gören asistan sayıları standardize edilip başka ülkelerdeki uygulamalara bakılabilir.

Aile sağlığı merkezlerinin aynı zamanda bir eğitim merkezine dönüştürülmesi bu merkezlerin fiziki koşullarının da göz önünde bulundurulması zorunlu kılmıştır. Asistanların istifade edeceği poliklinik ve eğitim salonları, laboratuvar hizmetleri, personel, sarf malzemeleri ve bina giderleri gibi temel konular devlet desteği ile aşılabilecek sorunlar olarak göze çarpmaktadır. Bu anlamda çalışmaya katılan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan uzman hekimlerin önemli bir kısmı (%60) çalıştıkları merkezlerin fiziki açıdan eğitim ortamına uygun olmadığı kaygısını taşımakla beraber, bu merkezlerin birer eğitim merkezine dönüştürülebilirliği konusunda olumlu düşünmedikleri (hayır, %52,5) görülmektedir. Bu sebeple, mali açıdan Sağlık Bakanlığının ivedi katkısı potansiyel aile hekimi eğitimcilerini motive

edecek bu da başarıyı artıracaktır.

Diğer disiplinlerden belki daha fazla aile hekimleri ve aile hekimliği eğiticilerinin sahip olması gereken temel kabiliyetlerin başında iletişim gelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireyle ilk temasın sağlandığı, kişi merkezli ve devamlı bir hizmet sunar. Tedavi süresince diğer hizmet dalları ve alanlarıyla koordineli çalışmak durumunda olan birinci basamak sağlık hizmetleri iletişim ve insan ilişkilerine daha fazla önem verir. Aynı durum, asistan eğitimi için de geçerlidir. Kendine güvenen, empati kurabilen bir eğitici profili, aile hekimi eğiticisinde olması beklenen bir nitelik olarak görülür. Eleştiriye açık olan, geribildirim veren, öğrencilerini küçük düşürmeyen ve onların öğrenme ihtiyaçlarını anlayan bir eğitici [33] hedefinden hareketle katılımcıların kendilerini eğitici nitelikleri itibarıyla değerlendirmeleri istenmiş, alınan yanıtlarda da aile hekimliği uzmanlarının potansiyel bir eğitici olarak eğitime son derece olumlu baktıkları, kendilerine güvendikleri ve iletişim kabiliyetleri konusunda yüksek bir farkındalık düzeyine sahip oldukları söylenebilir (eleştiriye açık olma (evet, %90), iyi bir gözlemci olma (evet, %92.5), insanlara tolerans gösterme (evet, %97.5), asistanlarla iyi ilişkiler kurma (evet, %87.5), kişiye uygun öğretim düzenleyebilme (evet, %82.5), iyi bir rol model olma (evet, %82.5), asistanlara geribildirim verme (evet, %87.5) Bu durum şüphesiz, bir ülkenin sağlık politikalarını oluşturmada büyük bir avantaj sağlayacak, aile hekimliğinin gelişimine katkıda bulunacaktır. Gelişmekte olan bir disiplin olarak aile hekimliği, üniversitelerde sayısını artırdığı anabilim dalları ve uzmanlık eğitimi alan asistanlarıyla, saha uygulamalarında eğitici aile hekimliği uzmanı olmak için yeterli farkındalık ve motivasyona sahip uzman hekimleriyle eğitim aile sağlığı merkezlerinin kuruluşu ve işleyişi konusunda seminerler, toplantılar ve medya aracılığıyla uzman aile hekimlerinin bilgi ve farkındalıkları artırılmalı, eğitici aile hekimlerinin iş yükü ve çalışma saatleri yeniden düzenlenmelidir.

**KAYNAKLAR**

- [1] Mc Whinney, I. R. ve Freeman T.. *Textbook of Family Medicine*, 3rd ed. Oxford University Press; 2009, pp. 3-7, 58, 70
- [2] Saultz, J. W., *Textbook of Family Medicine, Defining and Examining the Discipline*, McGraw-Hill Health Professions Division; 2000, pp. 3-5
- [3] Stange KC, Ferrer RL., The paradox of primary care. *Ann Fam Med*; 2009, 7: 293-9.
- [4] WHO The world health report 2008: primary health care now more than ever; 2008, Geneva, WHO. ISBN978924156373. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> Erişim tarihi: 6/11/2014.
- [5] Sixty-second World Health Assembly. Primary health care, including health care strengthening. Resolution WHA62.12. 2009. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_12-en.pdf) Erişim tarihi: 6/11/2014
- [6] Tatar M, Kanavos P. Health Care Reform in Turkey. *Eurohealth*; 2006; 12(1): 20-2.
- [7] Saatçi, E. Development of Family Medicine Specialization in Turkey, *Euract Newsletter*; 2011, 2(3), pp. 3-5
- [8] Başak, O. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi ve Rotasyonlar, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 2011, 15(2):85-87.
- [9] Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 2011; 15(2):88-90.
- [10] Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoglu, A. S., Yarış, F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 2007, 27: 412-418
- [11] Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. *Türkiye Aile Hekimleri Derneği Yayınları*- 2011.
- [12] Akdağ, R., Aydın, S., Demirel, H. *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*. Ankara, 2008.

- [13] Şahin, H., Özkan, S. ve Gürpınar, E.. Abraham Flexner'i Doğru Anlamak. Tıp Eğitimi Dünyası; 2011, 30, s. 60-71.
- [14] Çağlayaner, H. *Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif. Aile Hekimliği*. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 1995, s. 17-20
- [15] Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record In Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
- [16] The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. p. 4-6, 7-43.
- [17] Başak, O., Saatçi, E., Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. TAHUD Yayınları; 2005.
- [18] Aktürk, Z. Aile hekimliğinde, klinik yaklaşımlar ve biyopsikososyal yöntem; 2013. <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/aile-hekimliginde-klinik-yaklasimlar-ve-biyopsikososyal-yontem.html>. Erişim tarihi 30 Ocak 2015.
- [19] Starfield, B. *Primary Care : balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- [20] Başak, O., Güldal, D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi ; 2014, 18(1): 16-24
- [21] Başak,O., Saatçi, E., Ceyhun, G. Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye deneyimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi; 2005, 9:174-82.
- [22] Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*; 2011, 342:d1028.
- [23] Krztoń-Królewiecka A, Švab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson WH, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Fam Pract*; 2013, 14:37.
- [24] Bland CJ, Simpson D. Future faculty development in family medicine. *Fam Med*; 1997, 29:290-3.
- [25] Hueston WJ, Mainous AG, Bazell C, Connor MK. Challenges to academic family medicine in the current health care environment. *Fam Med*; 2000, 32, 240-5.
- [26] Başak, O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi; 2013, 17:29-36.

- [27] Carelli, F. Editorial: EURACT and the spirit of Alma Ata. EURACT Newsletter; 2010. 1(1), 1.
- [28] Klemenc-Ketis, Z., Kersnik, J. The role of the European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine in family medicine education in Europe – the experience of the University of Maribor Acta Medica Academica; 2012, 41(1):80-87
- [29] Carelli, F. Editorial: National undergraduate curricula for primary care; 2013, 3(1),1.
- [30] Tıpta Uzmanlık Kurulu 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar; 2010. <http://www.tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf>. Erişim tarihi: 30 Ocak 2015
- [31] Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu)'ndan: Eğitim aile sağlığı merkezleri ödeme ve sözleşme yönetmeliği (2014). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm>. Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015.
- [32] Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Oluşturulması Çalıştayı 2012. <http://www.tahud.org.tr/guncel/dernek-haber/egitim-aile-sagligi-merkezleri-olusturulmasi-calistayi/537> Erişim Tarihi: 30 Ocak 2015.
- [33] Tanriover, Ö. On the way to be a 'good teacher'. Euract newsletter; 2011, 2(2), 8-9.

## EKLER

### EK 1. ANKET FORMU

#### AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLARININ EĞİTİM ASM İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

ASM'nin bağlı olduğu ilçe:.....

ASM'de çalışan hekim sayısı: .....

ASM'de size bağlı nüfus sayısı:.....

1. Yaş: .....

2. Cinsiyet:

1.Kadın

2.Erkek

3. Hekimlikte kaçınıcı yılınızdasınız?.....

4. Aile hekimliği uzmanı olarak kaçınıcı yılınızdasınız? .....

5. Uzmanlığınızı aldığınız yer?

1.Eğitim Araştırma Hastanesi

2. Üniversite

6. ASM'de günlük ortalama poliklinik sayınız kaçtır?.....

7. Gün içindeki hasta yoğunluğunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Seyrek

2.Normal

3.Yoğun

8. Asistanlığınızda verilen klinik eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

9.Aile hekimliği asistanlarının sahada aile hekimliği uzmanı yanında eğitim alması hakkında ne düşünüyorsunuz?

1.Gerekli olduğunu düşünüyorum.

Çünkü.....

2. Gerekli ancak uygulanamaz olduğunu düşünüyorum.

Çünkü.....

3.Gereksiz bir uygulama olduğunu düşünüyorum.

Çünkü.....

4. Konu ile ilgili fikrim yok



**10. Eğitici aile hekimliği uzmanı olmak ister misiniz?**

1.Evet

Çünkü.....

2.Hayır

Çünkü.....

**11. Eğitici aile hekimliği uzmanı olmak için eğitici eğitimi sertifikası almaya gerek olduğunu düşünüyor musunuz?**

1.Evet

Çünkü.....

2.Hayır

Çünkü.....

**12. Eğitim için gerekebilecek dökümanlara ulaşacağınız web sitesi/portal olsa kullanır mısınız?**

1.Evet

2.Hayır

**13.Çalıştığınız ASM nin koşullarının eğ.ASM olmaya uygunluğu hakkındaki düşünceleriniz nedir?**

1. Çok uygun (15.soruya geçin)

2. Uygun (15.soruya geçin)

3. Uygun değil (14.soruyla devam edin)

4. Hiç uygun değil (14.soruyla devam edin)

**14. Çalıştığınız ASM nin koşullarının eğ.ASM'ye uygun hale getirilebileceğini düşünüyor musunuz?**

1.Evet

2.Hayır

**15. Bulduğunuz aile sağlığı merkezi koşulları ile ilgili değerlendirmeleriniz nelerdir?**

|  | EVE<br>T | HAYI<br>R |
|--|----------|-----------|
| 1.eğitim salonu olmaya müsait oda mevcut   |          |           |
| 2. oda sayısı asistanların poliklinik yapması için yeterli                         |          |           |
| 3.asistanlar için gerekli muayene masası, bilgisayar, otoskop, vs. fazladan mevcut |          |           |
| 4.aile sağlığı merkezine başvuran hasta çeşitliliği asistan eğitim için yeterli    |          |           |
| 5.diğer.....<br>.....  |          |           |

**16. ASM lerin eğitim ASM olmaya uygun hale getirilmesi için devletin yapması gerektiğini düşündüğünüz 3 adet teşvik/destek sıralayınız.**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**17. Asistanların iş yükünüzü nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?**

1. arttıracığını düşünüyorum
2. azaltacağını düşünüyorum
3. etkilemeyeceğini düşünüyorum

**18. Eğitici olanların hasta sayısı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?**

1. Azaltılmalı
2. Arttırılmalı
3. Değişiklik yapılmasına gerek yok
4. Fikrim yok

**19. Asistan eğitiminin ne şekilde yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz?**

- 1.Asistan, eğitici ile birlikte aynı odada poliklinik yapmalıdır.
- 2.Asistan eğiticisine danışarak ayrı odada tek başına poliklinik yapmalıdır.
- 3.Asistan eğitici olmadan ayrı odada tek başına poliklinik yapmalıdır.
- 4.Diğer.....

**20. Poliklinik hizmetleri dışında eğitim için zaman ayıracağınızı düşünüyor musunuz?**

- 1.Evet

Çünkü.....

- 2.Hayır

Çünkü.....

**21. Tıp alanındaki güncel bilgileri takip etme sıklığınız nedir?**

- 1.Çok sık
- 2.Sık
- 3.Nadiren
- 4.Hiç

**22. Aşağıdaki kişisel özellikler ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?**

|   | EVET | HAYIR |
|---|------|-------|
| 1.İyi bir gözlemciyim                             |      |       |
| 2. Karşımdaki kişiye tolerans gösteririm          |      |       |
| 3.Eleştiriye açık bir insanım                     |      |       |
| 4.Asistanlarla iyi iletişim kurabilirim           |      |       |
| 5.İyi bir rol model olurum                        |      |       |
| 6.Asistanlara uygun geri bildirimde bulunabilirim |      |       |
| 7.Öğretmeyi seviyorum                             |      |       |
| 8. Kişiye uyacak şekilde eğitimi düzenleyebilirim |      |       |