T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Berat ALTUNIŞIKOĞLU

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Berat ALTUNIŞIKOĞLU

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ahmet KESKİN

ANKARA, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

10 / 03 / 2021

Dr. Berat ALTUNIŞIKOĞLU

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde göstermiş olduğu ilgi, sabır ve katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e

Uzmanlık eğitimim süresince deneyim ve destekleri ile yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Dr. Öğretim Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU'na,

Güler yüzü ve hoş sohbeti ile eğitim sürecinde yanımızda olan Uzm. Dr. İrep ERAY KARATAŞ'a

Bir teşekkürden daha fazlasını hak eden dostlarım Dr. Furkan YAŞASIN, Dr. Mustafa US ve Dr. Burhan ÇOMRUK'a

Bu günlere gelmem de büyük emekleri olan, sevgi, destek ve güvenleri ile her zaman yanımda olan sevgili annem Fatma ALTUNIŞIKOĞLU, sevgili babam Vedad ALTUNIŞIKOĞLU ve kardeşim Beyzanur ALTUNIŞIKOĞLU'na

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Berat ALTUNIŞIKOĞLU

ANKARA 2021

İÇİNDEKİLER

BEYAN ..... **i**

TEŞEKKÜR ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**

GRAFİKLER DİZİNİ ..... **vii**

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ ..... **vii**

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **xi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

1.1. Giriş 1

1.2. Amaç 2

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Aile Hekimliği 3

2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı 3

2.1.2. Aile Hekimliği Disiplini ve Çekirdek Yeterlilikler 5

2.1.3. Türkiye'de Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları 9

2.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi 11

2.2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi 11

2.2.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi 12

2.3. Dünyadan Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri 16

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) 16

2.3.2. Almanya 16

2.3.3. Küba 17

2.3.4. İngiltere 18

2.3.5. Rusya Federasyonu (R.F.) 18

2.4. Tıp Eğitiminde Aile Hekimliğinin Yeri 19

3.GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırma Tipi 21
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı 21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
3.4. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 21
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması 21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 22
4. BULGULAR 23
5. TARTIŞMA.....33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
7. KAYNAKÇA.....45
8. EKLER 53
8.1. Ek-2 Anket Soruları 53

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, Aile Hekimliği Rotasyon ve Süreleri 15

Tablo 2. Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünme sebepleri.25

Tablo 3. Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeme sebepleri……26

Tablo 4. Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri…..27

Tablo 5. Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri……31

Tablo 6. Katılımcıların ihtisas alanı olarak Aile Hekimliği düşünme durumları ile Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki……...32

Tablo 7. Cinsiyete göre tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçme durumu……...32

Tablo 8. Katılımcıların tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçme durumları ile tıp fakültesinde aldıkları eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verme düşünceleri……33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Disiplini İlkeleri ile Aile Hekiminin Görevleri Arasındaki İlişki.....4

Şekil 2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri.....6

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı.....23

Grafik 2. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumlarına göre dağılımı.....24

Grafik 3. Katılımcıların TUS'ta Aile Hekimliği Uzmanlığını seçme düşüncelerine göre dağılımı.....24

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AHUZEM : Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

AYBÜTF : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

GETAT : Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Eğitimi

RİA : Rahim İçi Araç

RF : Rusya Federasyonu

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

TAHUD : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TUS : Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

YÖK : Yüksek Öğretim Kurumu

ÖZET

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Aile Hekimliği, kendine has çekirdek yeterlilikleri, özgün içeriği, eğitimi, araştırması ve kanıt temeli olan birinci basamak yönelimli bir klinik uzmanlık dalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin olmazsa olmazı konumundadır. Ülkemizde 2010 yılında tüm illerde Aile Hekimliğine geçişle beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük kısmı Aile Hekimliği uygulaması aracılığıyla verilmeye başlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasının en önemli yolu Aile Hekimliğinde çalışacak olan hekimlerin yeterli bilgi düzeyi ve istekle çalışmasıdır. Çalışmamızda Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerini ve kariyer planlarında Aile Hekimliğinin yerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine Aile Hekimliği bilgi düzeylerini ölçen ve kariyer planlarını sorgulayan 42 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. İki ayrı grupta numerik veriler student t testi ile analiz edildi. Çoklu numerik veri analizinde One Way Anova ile posthoc analizlerde Tukey testi kullanıldı. Ayrıca bağımsız iki kategorik verinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. İstatiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırmamıza katılan 206 intern hekimden %51,5'i (n=106) kadın, %48,5'i (n=100) ise erkekti. Katılımcıların ortalama yaşı 24,48 olarak bulundu. Araştırmamıza katılan intern hekimlerin %23,3 (n=48)ü Aile Hekimliği seçmeyi düşündüğünü belirtirken %53,9 (n=111) düşünmediğini, %22,8 (n=47) ise kararsız olduğunu belirtti. Katılımcılara yöneltilen 21 soruluk bilgi düzeyi sorularına verilen doğru yanıt ortalaması 11,47 olurken,

Aile Hekimliğini seçebileceğini belirten intern hekimlerin bilgi düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda intern hekimlerin kariyer tercihlerinde Aile Hekimliğinin önemli bir oranda yer edindiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi göz önüne alındığında intern hekimlerin, Aile Hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Bu nedenle intern hekimlerin bilgi düzeylerinin daha da artırılması hedeflenmelidir. Tıp fakültesi müfredatları, birinci basamağa olan ilginin artırılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmeli ve Aile Hekimliği, teorik ve pratik eğitimlerinin nicelik ve niteliği artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, İntern, Tıp Eğitimi, Genel Pratisyenlik

ABSTRACT

EVALUATION OF THE OPINIONS AND KNOWLEDGE LEVEL OF 6th-GRADE STUDENTS OF ANKARA YILDIRIM BEYAZIT UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE ABOUT THE FAMILY MEDICINE PRACTICE IN TURKEY

Objectives: Family Medicine is an evidence- based specialty branch of medicine that requires core competence, special training and a research system. It usually focuses on primary health care. Primary health care has a critical role in healthcare system. Most of the primary health services have been provided by family physicians all over our country since 2010, with the changeover to the family physician-based health system. The best way to increase the quality of primary health service is to improve the education quality and motivation of the physicians. In our study, we aimed to search the knowledge level about family physician practice of 6th-year students-intern doctors- in Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine and find out the importance of family physician practice in their career plans.

Materials and Methods: Our study is planned as a cross-sectional study .The sample of the study is residents working in Family Medicine Clinics in Ankara Province. A questionnaire that has 42 questions that measure their knowledge level about the family physician system and question their career plans administrated to the participants. Data were analyzed via SPSS 23.0 program. Numeric data were analyzed as two separate groups with the student t-test. Multiple numeric data was analyzed with One Way Anova. Tukey test was used in post-hoc analysis.Chi-square test was used in the comparison of two independent data categories and $p < 0.05$ value was accepted as statistical significance.

Results: 206 intern doctors were included in the study. %48,5 (n=100) of the participants were men and %51,5 (n=106) were women. The median age of the participants was 24,48. %23,3(n=48) of the participants expressed they are interested in being a family physician after graduation; %53,9(n=111) expressed that they are not, %22.8(n=47) expressed they might be. The mean of accurately answered questions was 11,47 of 21 questions.It was found that interns who have plans about being a family physician have higher level of knowledge.

Conclusion: As a result of our study, it is seen that Family Medicine has an important place in the career choices of intern doctors. Intern doctors should have a high level of knowledge about family medicine, considering the importance of primary health care services. That’s why increasing their level of knowledge should be aimed. The Medical school education system should be revised the increase the interest in the primary health care system. The quality and quantity of Family Medicine training should be improved.

Keywords: Family Medicine, intern, medical education, general practice

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlıklı yaşam sürdürme isteği insanlık tarihi kadar eskidir. İlk zamanlarda kendi çözemediği sağlık sorunlarını tanrısal güçleri olduğuna inanılan kişilerce çözmeye çalışan insanlar, zaman içerisinde yerleşik hayata geçmenin de etkisiyle usta-çırak ilişkisi ile yetişen hekimlere başvurmuşlardır. Usta-çırak ilişkisi ile yetişen bu hekimler tıp tarihinin de temelini oluşturmuşlardır.

Sanayi devrimi ile birlikte değişen ve gelişen dünya düzeni, artan iletişim ve bilgi düzeyleri sonucu uzmanlaşma süreci başlamıştır. Fakat bu süreç aşırı uzmanlaşmaya neden olmuş artık hekimler hastaya bütüncül yaklaşmaktan uzaklaşmışlardır. Bu durum hasta-hekim ilişkisinde güven zedelenmesine yol açmıştır (1).

İlk olarak 1923 yılında Francis Peabody'nin dile getirmiş olduğu aşırı uzmanlaşmadan uzaklaşılarak, kapsamlı ve kişisel bakım verebilecek, hastaya bütüncül yaklaşabilecek hekimliğin önemi 1945'li yılların sonrasında daha net olarak anlaşılmıştır(2).

1950 li yıllardan itibaren başta İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) olmak üzere birçok ülke, F.Peabody'nin önerisini uygulamaya koymuştur. Bu ülkeler genel tababet alanına yönelmeye başlamış, bu alanda yeni kürsüler kurmuşlardır(3).

1966 yılında Mills Raporu olarak bilinen Amerikan Tıp Birliği'nin Tıp Eğitimi Yurttaşlar Komisyonu raporunda hastalara bütüncül yaklaşan ve birinci basamağı benimseyen yeni bir uzmanlık alanından bahsedilmesiyle beraber kimi ülkelerde "Aile Hekimliği" kimi ülkelerde "genel pratisyenlik" olarak adlandırılan uzmanlık dalı daha sık olarak dillendirilmeye başlanmış ve 3 yıl sonra Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun kurulmasıyla uzmanlık dalı olarak tanınmıştır (4, 5).

İnsanların sağlığa bakış açıları da yıllar içerisinde değişmiştir. Hayatta kalma halinden başlayan bu süreç, hasta olmama hali ve ya kültürel yapılara göre belli semptomları göstermeme haline evrilmiştir(6).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan ve modern tıp tarafından kabul gören sağlık tanımı ise: "Sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur(7)."

Bu tanımdaki fiziken, ruhen ve sosyal yönden refah halini birlikte ele alan Aile Hekimliği birçok ülkenin sağlık sistemlerinde yerini almış ; hatta bazı ülkeler sağlık yapılanması nasıl olursa olsun birinci basamak hekimlerinin Aile Hekimliği uzmanı olmasını şart koşmuştur (8).

Zira Aile Hekimliği temelinde iyi düzenlenmiş bir birinci basamak sistemi hem birçok sorunu daha başlamadan çözmekte hem de ekonomik olarak daha uygun bir şekilde klinik olarak sorunları çözümleyebilmektedir(9).

Ülkemizde de dünyadaki gelişmelere paralel olarak birinci basamağın öneminin anlaşılması ve Aile Hekimliğinin uygulanmaya başlanması zaman almıştır. İlk defa 5 Temmuz 1983 'te Tababet Uzmanlık Tüzüğünde , Aile Hekimliği Uzmanlığı yer almış, bir yıl sonra Gazi Üniversitesinde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı açılmış yine bir sonraki yıl içerisinde Ankara, İstanbul, İzmir'de uzmanlık eğitimine başlanmıştır(10).

6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Resmi Gazete 'de yayınlanmasıyla , pilot uygulama ilk defa Düzce ilinde uygulamaya konulmuş ve 2010 yılında da tüm ülkede Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır(11).

1.2. Amaç

Araştırmamızda, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve görüşlerinin belirlenmesi ve kariyer planlarında Aile Hekimliğinin yerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

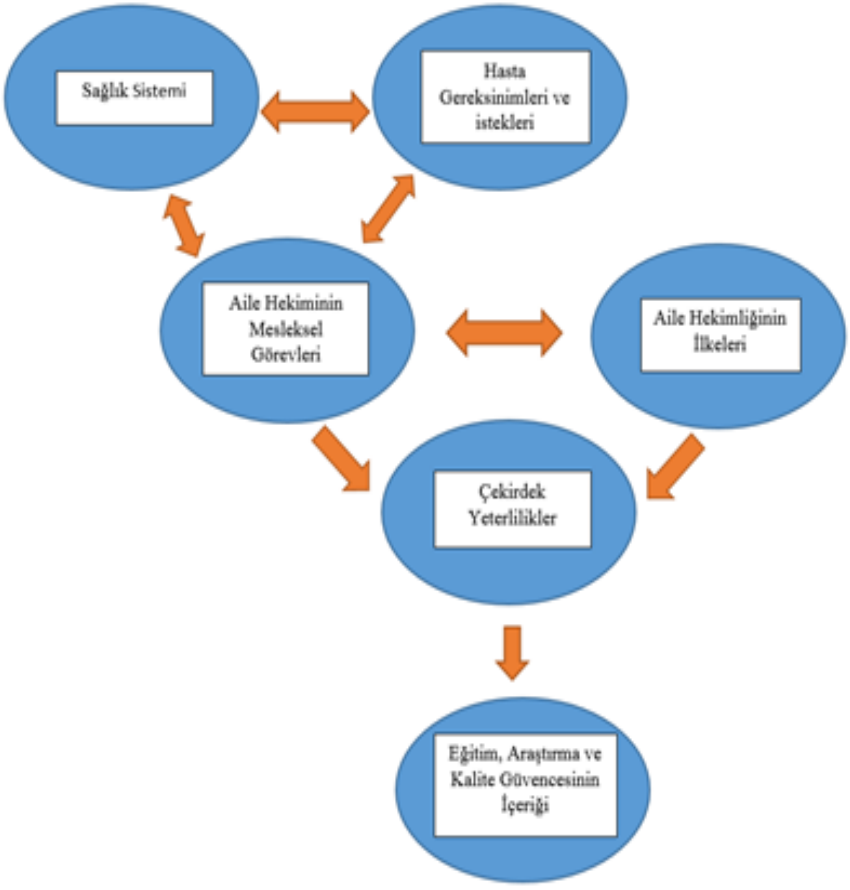
Aile Hekimliği, çeşitli ülkelerde çeşitli isimlerle anılmasından ve görece olarak yeni gelişen bir branş olmasından dolayı farklı tanımları olan bir kavramdır. Zaman içerisinde çeşitli kişi ve kurumlar Aile Hekimliği farklı şekillerde tanımlamışlardır.

1970'li yılların başında kendini dünyaya kabul ettirmeye başlayan Aile Hekimliğinin ilk kabul gören tanımı 1974 yılında Leeuwenhorst tarafından yapılmıştır. Leeuwenhorst' a göre Aile Hekimliği tanımı şu şekilde yapılmıştır; "Genel Pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır(12)."

Değişen sağlık meslek anlayışı ile beraber 1991 yılında tanımlamanın yeniden yapılması ihtiyacı doğmuştur. WONCA tarafından yapılan tanım ise şu şekildedir; "Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini 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, mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir(13)."

2000 yılında Olesen tarafından yapılan tanım ise şu şekildedir; "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 mevcut kaynaklarını hastalarının yararına olacak 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(14)."

2002 yılında WONCA tanımı şu şekilde güncellemiştir; ''Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır(8) .''



Şekil 1 . Aile Hekimliği Disiplini İlkeleri ile Aile Hekiminin Görevleri Arasındaki İlişki(15)

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Aile Hekimliği Mevzuatına göre aile hekimi şu şekilde tanımlanmıştır: ‘’Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan Aile Hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir(16).’’

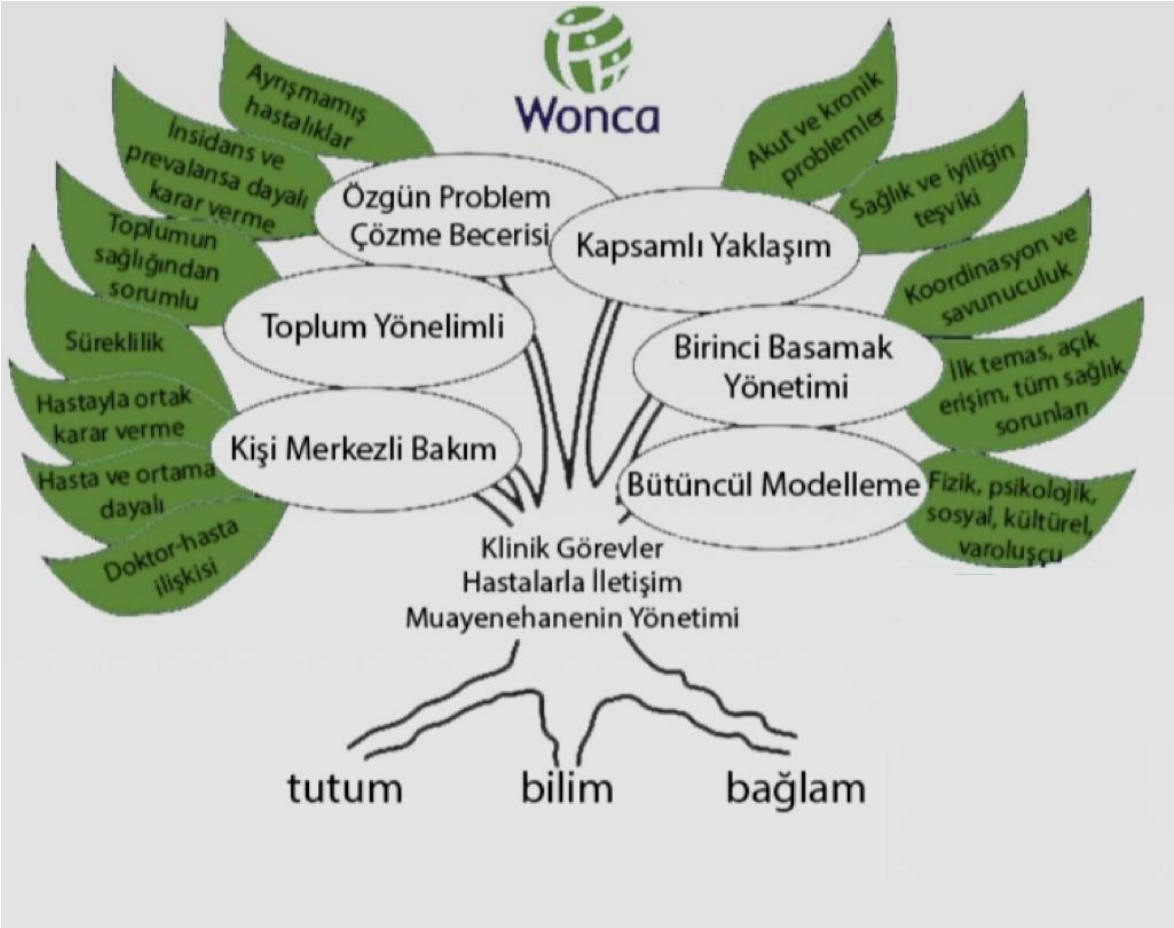
2.1.2. Aile Hekimliği Disiplini ve Çekirdek Yeterlilikleri

Zaman içerisinde yapılan tanımlamalar kişiler ve kurumlara değişmiş görünse de Aile Hekimliğinin temel özelliklerinden hiçbir zaman taviz verilmemiştir. Aile Hekimliğinin kendine özgü bir eğitim modeli , araştırması, kanıt temeli, klinik uygulaması vardır ve akademik , bilimsel ve birinci basamak yönelimlidir(8).

Türkiye’de Aile Hekimliği yapmak için uzmanlık şart değildir. Sertifikasyon süreci eğitimlerini tamamlayan pratisyen ve uzman hekimler Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Aile hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunar. Aile hekimlerini diğer hekimlerden ayıran en önemli özelliklerden bir tanesi de aile hekimlerinin hastalıkların tedavi edilmesinden sorumlu olduğu kadar hastalıkların ortaya çıkışını engellemede ve sağlığın geliştirilmesinde de sorumluluk sahibi olmasıdır. Aile hekimleri hastaları fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel olarak değerlendirip bir bütün olarak ele alırlar(17).

Aile hekiminin tanımının gerektirdikleri ve disiplin özelliklerinin sonucu WONCA ilk defa 2002 yılında olmak üzere, Aile Hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini ortaya koymuştur. Daha sonra 2011 yılında güncellenerek günümüzdeki halini alan bu yapı “WONCA Çekirdek Yeterlilikler Ağacı” olarak bilinmektedir(18).



Şekil 2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri (17)

Aile Hekimliği disiplinin 12 temel özelliğini 6 adet çekirdek yeterlilikle birleştiren bu modellemeye göre çekirdek yeterlilikler ve temel özellikler şu şekilde sayılabilir:

1) Birinci basamak yönetimi

Bu çekirdek yeterlilik iki özellik kapsamaktadır.

- İlk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları
- Koordinasyon ve savunuculuk

Bireyin sağlık erişiminde ilk durağı Aile Hekimliğidir. Aile hekimleri; yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ayırt etmeksizin kişilerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve gerekli hallerde ilgili yerlere yönlendirme yapar.

Aile hekimleri diğer sağlık merkezleri ile koordinasyon kurar ve diğer tıp branşlarıyla teması sağlar. Bu temas sayesinde uygun kişilerin uygun bölümlere yönlendirilmesi sonucu gereksiz test ve tetkik istenmemiş, aynı zamanda yetersiz ve aşırı dozda tedaviden

kaçınılmış olur. Aile Hekimliğinin bu özelliği sayesinde kaynaklar daha etkin kullanılmış olur ve maliyet etkin bir sistem ortaya konulmuş olur.

2) Kişi merkezli bakım

Bu çekirdek yeterlilik dört özellik kapsamaktadır.

- Doktor-hasta ilişkisi
- Hasta-ortam merkezli olma
- Hastayla ortak karar verme
- Süreklilik

Aile Hekimliği için hastalıktan ziyade hasta vardır. Her hasta için, hastanın içinde bulunduğu şartlar, kültürel ve toplumsal özellikler değerlendirilerek farklı bir yaklaşım ele alınmalıdır. Bu ilişki profesyonel bir şekilde yönetilirken bu süreçte hasta mahremiyetine de önem verilerek yürütülmelidir.

Aile Hekimliğine başvuran bireyin problemlerinin çözümünde karar verme aşamasında hasta fikirlerini de önemseyerek karar vermek esastır. Bu şekilde karar verme aşamasına hastanın da katılması problemlerin aşılmasında kolaylık sağlamaktadır. Aile hekimi ile hasta arasında diğer branşlardan daha özel bir iletişim olmaktadır. Hekimin aktif iletişimi sayesinde her görüşme bir öncekinden izler taşıyarak süreci olumlu yönde teşvik etmekte ve yeri geldiğinde tek başına tedavi edici özelliğe sahip olmaktadır.

Aile hekimi sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamakla da görevlidir. Kimi zaman doğumla başlayan sağlık hizmeti hastanın ölümüne kadar sürmekte ve her dönemin kendine has sağlık hizmetleri bireye aile hekimi tarafından sunulmaktadır.

3) Özgün problem çözme becerisi

Bu çekirdek yeterlilik iki özellik kapsamaktadır.

- Ayrışmamış hastalıklar
- İnsidans ve prevalansa dayalı karar verme

Daha önce doktor tarafından değerlendirilmemiş, kategorize edilmemiş ve tanı almamış semptom topluluklarına ve hastalıklara ayrışmamış hasta/hastalık ismi verilmektedir. Aile hekiminin sağlık hizmetinin giriş kapısı olması, bu tarz hasta ve hastalıklarla daha çok ilgileneceği anlamına gelmektedir. Ayrışmamış hasta yönetimi, Aile Hekimliği disiplininin olmazsa olmazlarındandır. Zira hastalar çoğunlukla semptomların

erken dönemlerinde aile hekimine başvurmaktadır. Bu süreçte birçok semptom birçok hastalığa ait olabilir. Aile hekimi bu süreçte bazı hastalıkları dışlayabilir, yeni semptom gelişimini bekleyebilir ya da mevcut semptomu takip etmeye karar verebilir. İşte ayrışmamış hasta yönetimindeki bu önemli yetenek Aile Hekimliği disiplinin diğer branş hekimlerinden önemli farklarındandır(19).

Aile Hekimliği hastalık paternlerinin toplumdaki hastalık paternleri ile örtüştüğü yegâne basamaktır. Kısa süren, geçici ve kendini sınırlayan hastalıkların insidansı yüksek iken diğer hastalıkların prevelansı düşüktür. Bu durum Aile Hekimliğinin düşük prevelans hekimliği olarak anılmasını sağlamıştır. Hiçbir ön eleme olmamasından dolayı Aile Hekimliğindeki insidans ve prevelans değerleri , ikinci ve üçüncü basamaktaki değerlerden farklıdır fakat toplumdaki değerlere en yakın basamak Aile Hekimliğidir(20).

4) Kapsamlı yaklaşım

Bu çekirdek yeterlilik iki özellik kapsamaktadır.

- Sağlık ve iyiliğin teşviki
- Akut ve kronik problemler

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde en büyük görev aile hekimlerine düşmektedir. Sadece şikâyet ortaya çıkınca sağlık merkezine giden bireye hizmet verdiği kadar, korunma önlemleri ve verilen sağlık eğitimleri, yaşam şartı değişikliği telkinleri, ruhsal ve toplumsal yaşantı için verilen öneriler sayesinden sağlıklı olma halinin devamının sağlanması aile hekimlerinin önemli yeteneklerinden biridir.

Aile Hekimliğinin sağlık hizmetine açılan ilk kapı olması akut ve kronik problemlerin tamamıyla ilgilenmesini gerektirir. Aile hekimi takip ettiği hastanın anlık yakınmasıyla ilgilenmek durumunda olduğu kadar, kronik rahatsızlığının akut alevlenmeleri veya komplikasyonlarını da değerlendirmek durumundadır.

5) Toplum yönelimli olma

Bu çekirdek yeterlilik bir özellik kapsamaktadır.

- Toplumun sağlığından sorumlu olma

Aile Hekimliği, bireyi yaşadığı toplumla beraber değerlendirir. Diğer hekimlerden Aile Hekimliğini ayıran en büyük farklardan biri olan bu yaklaşım sonucu Aile Hekimliği toplum için riskli durumları gözlemler, çözüm olanaklarını değerlendirir ve yeri geldiği

zaman çözüm amacıyla devletin diğer kurumlarıyla iş birliği yapar. Bu nedenle Aile Hekimliği disiplininin bireye olduğu kadar topluma karşı da sorumluluğu mevcuttur.

6) Bütüncül yaklaşım-modelleme

Bu çekirdek yeterlilik bir özellik kapsamaktadır.

- Fizik, psikolojik, sosyal, kültürel, varoluşçu

WHO en güncel hali ile sağlığı "bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyilik hali "olarak tanımlamaktadır. Aile Hekimliği de hastaların problemlerini fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşçu boyutlarıyla ele alarak sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bireyi tek boyutuyla ele alarak sorunlarının çözülemeyeceğini düşünen Aile Hekimliği disiplini "biyopsikososyal yaklaşım" ile hastalarını ele alır. Kişiyi sağlık merkezine getiren sorunun yanında kişinin yaşadığı topluma göre değerlendirmek, ailesel ve kişisel hayat tarzına göre hastaya yaklaşmak, bireyin kişiliği, kaygıları ve yaşadığı zorlukları bütün olarak değerlendirmek Aile Hekimliği disiplinin en önemli özelliklerinden olduğu kadar en önemli ayrıcalıklarındandır(18, 21).

Wonca Ağacının dal ve yaprakları Aile Hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini temsil ederken ağacın gövde ve kök dalları Aile Hekimliğinin temel özelliklerini temsil etmektedir. Bir aile hekimi klinik görevlerden, hastalarla iletişimden ve çalıştığı muayenehanenin yönetiminden sorumludur. Aynı zamanda Aile Hekimliği disiplininin üç temel özelliğine sahip olmak durumundadır. Bu üç özellik şunlardır:

a: Tutumla ilgili: Hekimliğin getirmiş olduğu yeteneklere sahip olma ve mesleğin etik değerlerine aykırı olmamak

b: Bilimsel: Sürekli kendini yenileyerek ve geliştirerek bilimin ışığında, araştırma ve eleştirel yaklaşıma sahip olmak

c: Bağlamla ilgili: Kişinin ait olduğu toplumsal ve kültürel değerler ve ailesi arasında bağlantı kullanarak değerlendirmek (18).

2.1.3. Türkiye'de Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Türkiye'de aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları; hangi şartlarda kimlerle çalışacağı, nüfus başına düşmesi gereken aile hekimi sayısı, aile sağlığı merkezinde hangi ekipmanların bulunacağı 25.01.2013 tarihli 28539 sayılı Resmî Gazete'nin Aile Hekimliği

Uygulama Yönetmeliğinde açıkça belirtilmiştir. Bu yönetmeliğe göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

1. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

2. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

3. Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak. (16)

2.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

2.2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Sanayi devrimi ile başlayan süreçte, nüfusun hızla artması bilgiye ulaşımın kolaylığı ve teknolojik ilerlemeler sağlık alanında da yeni gelişmelere yol açmıştır. Hekim sayısının artması , verilen tıp eğitiminin modernizasyonu ve devamında 1892 yılında Osler'in "Branşlaşma Hakkında Görüşleri" söylevi ile hekimlikler arasında hızlı bir branşlaşma süreci başlamış oldu(22).

Hızla branşlaşmaya ilk tepki 1923 yılında İngiliz hekim Dr. Francis Peabody tarafından geldi. Peabody aşırı uzmanlaşmayı eleştirirken, hastaları ve insanları bir bütün olarak ele alması gereken bir uzmanlık alanının ihtiyacından bahsetmiştir(23).

Peabody'nin önerisi o dönemler çok dikkate alınmasa da 1945 yılı sonrası şekillenen dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliğinin önemi anlaşılmaya başlanmıştır. İlk defa 1947 yılında A.B.D ' de American Board of General Practice kuruldu(24).

Aynı dönemde İngiltere'de 1952 yılında Royal College of General Practitioners'ın kurulması ile beraber Aile Hekimliği isminin daha çok gündeme gelmesi sağlandı. Yine de Aile Hekimliğine geçişin ivme kazanması 1960 lı yılların sonlarını bulmuştur. 1966 yılına gelindiğinde Aile Hekimliği için dönüm noktalarından kabul edilen Mills ve Willard Raporlarını yayınlanmıştır. Bu raporlarda mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliğinden ve

“Family Practice” olarak adlandırılan yeni bir uzmanlık alanının kurulmasından bahsedilmektedir(25). Devamında 1969 yılında A.B.D ‘de American Board of Family Practice adında yeni bir uzmanlık kurulu kuruldu(4).

Bu gelişmelerin ışığında 1972 yılında World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya genel pratisyen/Aile Hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği-kısa adı: Dünya Aile Hekimleri Birliği(3)) kuruldu. Kuruluşunda 18 ülke ile yola çıkan WONCA günümüzde 131 ülke ile temsil edilmektedir(26).

1978'de yapılan Alma-Ata da yapılan uluslararası konferansı ile birlikte temel sağlık hizmetleri kavramı tıp dünyasında önemini iyice pekiştirmiş ve “2000 yılında herkese sağlık” hedefi konulmuştur. 1994 yılında Ontario’da yapılan konferansta da temel sağlık hizmetlerinin önemi tekrardan vurgulanmış, Aile Hekimliği disiplinin öneminden, yapılan eğitimlerden ve her ülke için ayrı programların oluşturulması gerekliliğinden bahsedilmiştir(27).

1998 yılında WHO tarafından yayınlanan raporda sağlık hizmetlerinin temelini birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturması ve Aile Hekimliği uzmanlığının önemi tekrardan vurgulanmıştır(28).

Avrupa Birliği (A.B) tarafından 2001-2006 yılları arasında “Halk Sağlığı Programı” hazırlanmış ve programla koruyucu hizmetlerin öneminden bahsedilmiş, yine bu programla mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin önemi vurgulanmıştır(8).

2008 yılında WHO, 1978 Alma-Ata konferansının 30.yıl anısına ithafen yine aynı kentte bir rapor yayınladı ve 30 yılda hayata geçirilen uygulamalardan ve eksikliklerden bahsetti. Tıp bilimi gibi hala gelişmeye devam eden Aile Hekimliği günümüzde çoğu ülke için vazgeçilmez konuma yükselmiştir(29).

2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Dünya tarihine sayısız bilim adamı, sayısız buluş kazandıran Anadolu toprakları tıp tarihi konusunda da oldukça cömerttir. Devirlerinin en iyi hekimlerinin yolu bir şekilde Anadolu’ya düşmüş ve insanlara faydalı olmaya çalışmışlardır(30).

Fakat Sanayi Devrimi ile başlayan geri kalma tıbbı da etkilemiş, modern anlamda tıp fakültelerinin kurulması ancak 1827 yılında gerçekleşmiştir. 14 Mart 1827 yılında İstanbul'da Tıphane-i Amire ve ardından Cerrahhane-i Mâmure'nin kurulması Türk Tıp Tarihi için kilit taşları olarak kabul edilmektedirler(31). Her ne kadar bu dönemde modernleşme adımları atılsa da yetiştirilen hekim sayısının azlığı dönemin zor savaşlarının da etkisiyle tıp bilimi Anadolu'da istenilen seviyeye gelememiştir.

1923 yılına gelindiği zaman Dr. Peabody aşırı uzmanlaşmadan bahsederken, savaştan yeni çıkmış ve yeni kurulmuş olan Türkiye Cumhuriyeti Devletinde 12841 kişiye bir hekim düşmekte ve bulaşıcı hastalıklar sorunu sağlığın temel sorunu olarak kabul edilmekteydi(32).

Bu dönemde hükümet tabiplikleri kurulmuş olsa da istenilen etki oluşturulamamış, bu hekimler çoğunlukla teşhis ve tedavi ile uğraşmışlar, bulaşıcı hastalıkların çözümü için çaba göstermişler fakat koruyucu hekimlik kısmında beklenilen sonucu elde edememişlerdir. 1961 yılında ''Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun" kabul edilmesiyle birlikte sağlık ocaklarının açılması başlamış, hükümet tabiplikleri sağlık ocağı hekimi olarak görev yapmaya başlamıştır. Gelişmiş ülkeler bu dönemde kapsamlı Aile Hekimliği sistemlerini tartışırken Türkiye'de tam anlamıyla bir Aile Hekimliği modeli kurulamamıştır(33).

Fakat modern tıbbın gereksinimleri ve toplumun sağlık algısının zamanla değişmesi Türkiye'de de Aile Hekimliğini zorunlu kılmaktaydı. 1983 yılına gelindiğinde ilk defa Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer aldı ve yeni bir uzmanlık dalı ortaya çıkmış oldu(34).

Türkiye'deki Aile Hekimliği tarihi için dönüm noktalarından biri olan 1983 yılından hemen sonra 1984 yılında Gazi Üniversitesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş, peşinden 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimleri başlamıştır(35).

22 Haziran 1990 tarihinde Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği adıyla kurulan dernek 1998 yılına kadar bu isimle çalışmalarını sürdürmüş, 22 Mart 1998 yılında ise ismi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir(36).

1993 yılında "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim dalları kurulmaya ve asistan eğitimine başlanmıştır. Yine 1993 yılında ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" düzenlenmiştir. Aynı yıl içerisinde Bilecik ili pilot il seçilerek Aile Hekimliği temelli uygulamalar yapılmaya başlanması planlanmış fakat istenilen başarıya ulaşılamamıştır(37).

2002 ve 2003 yılları ise Türkiye'de sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı yıllar olmuştur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Acil Eylem Planı" açıklanmış olup, bu planda "Herkese Sağlık" başlığıyla temel hedefler açıklanmış, 2003 yılında da "Sağlıkta Dönüşüm Programı" duyurulmuştur. Bu programla koruyucu hizmetler ön plana çıkarılmış ve Aile Hekimliğine geçiş süreci hızlandırılmıştır(38). Yine 2003 yılında Aile Hekimliği Daire Başkanlığı kurulmuştur(39).

24 Kasım 2004 tarihinde "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" un çıkarılmasının ardından, 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" in Resmî Gazete 'de yayınlanmasıyla beraber Düzce ilinde 15 Eylül 2005 tarihinde Aile Hekimliği pilot uygulaması başlatıldı. Bir yıl içerisinde Düzce iline on il daha eklenerek pilot uygulamanın kapsamı genişletildi(40, 41).

2005 yılında Düzce'de ''Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi'' isimli 6 günlük eğitim programları düzenlenmiş, 2012 yılında ise Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesince hazırlanmış olan ''2. Aşama Uyum Eğitimleri'' Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü (AHUZEM) ile eğitimler sürdürülmüştür(42).

2010 yılında da tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapıldı(37).

5 Eylül 2020 tarihinde yürürlüğe giren "Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile beraber 2005 yılında yürürlüğe giren " Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ibaresi "Aile Hekimliği Kanunu" olarak değiştirilmiştir(11).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre toplam aile sağlığı merkezi sayısı 7979, aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus ise 3405 kişidir. Aile Hekimliğine müracaat ise 2018 yılı için 258 436 607 dir(43).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi Türkiye'de mezuniyet sonrası 3 yıldır. 3 yıl sürecince 18 ay rotasyon, 18 ayda Aile Hekimliği üzerine eğitimler sonucunda uzmanlık belgesi verilir. Yapılması zorunlu olan rotasyonlar; İç Hastalıkları (4 ay), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (4 ay), Kadın Hastalıkları ve Doğum (3 ay), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2 ay), Acil Tıp (1 ay), Kardiyoloji (1 ay), Göğüs Hastalıkları (1 ay), Deri ve Zührevi Hastalıkları (1 ay) ve Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon veya Genel Cerrahi (1 ay) rotasyonları olmak üzere 18 ayı kapsamaktadır(44). (Tablo 1)

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, Aile Hekimliği Rotasyon ve Süreleri, 2019.

ROTASYON SÜRESİ/AY	**ROTASYON DALI**
4 AY	İÇ HASTALIKLARI
4 AY	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
3 AY	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
2 AY	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
1 AY	ACİL TIP
1 AY	GÖĞÜS HASTALIKLARI
1 AY	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
1 AY	KARDİYOLOJİ
1 AY	Aşağıdaki dallar arasından uzmanlık öğrencisinin tercihi göz önünde bulundurularak program yöneticisi tarafından seçilen sadece birinde; -NÖROLOJİ, -FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON, -GENEL CERRAHİ

2.3. Dünyadan Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri

Her ülke kendi nüfus yapısına, sosyal ve ekonomik alt yapısına göre farklı sağlık uygulamaları tercih etmektedir. Bu uygulamaların isimleri farklı olduğu kadar niteliklerinde de farklılıklar mevcuttur(10).

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)

A.B.D.'nin her bir eyaletinin farklı sağlık örgütü bulunmaktadır(45). Sağlık sigortalarının yalnızca %24 ü kamu sigortaları olup, özel sigortaların kullanımı çok yaygındır. Bununla beraber halkın %14 ünün herhangi bir sağlık sigortası bulunmamaktadır. Bu kişilere koruyucu hizmetler Halk Sağlığı kurumlarınca verilmektedir. Sağlık sigortası olmayan kişilerin büyük çoğunluğunu etnik azınlıklar, siyahi ve göçmenler oluşturmaktadır(46).

A.B.D. 'de düzgün uygulanan bir sevk sistemi yoktur. Hastaların hekimlerinin yönlendirmesi ile ya da özel sağlık sigortalarının kapsamı dahilinde uygun hekimlere başvurabilmektedir(47).

Günümüzde A.B.D.'de aile hekimleri, dahiliye ve pediatri hekimleriyle beraber en büyük grubu oluşturmakta, yapılan poliklinik sayılarında zirveyi ellerinde tutmaktadırlar(48).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası 3 yıldır. Amerikan Aile Hekimliği Kurulu (American Board of Family Practice) sertifikasyon sürecinden sorumlu kurul olarak görev yapmaktadır. Ücretlendirme kişi ve hizmet bazlı olarak değerlendirilip hesaplanmaktadır(49).

2.3.2. Almanya

Almanya, sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği açısından köklü bir geçmişe sahiptir. 1976 yılında Hannover Tıp Fakültesinde ilk defa Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Alman halkının tamamı sağlık güvencesi altındadır ve doktor hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Halkın tamamı, sosyo-ekonomik statüsü ne olursa olsun aynı haklara sahiptir. Kişilerin istediği doktoru seçme hakkı mevcuttur(47).

Koruyucu sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetlerinin ana gövdesini oluşturmaktadır(50). Hastaların birinci basamaktan sevk olmaksızın ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurması durumunda hastalardan belli oranda ücret alınmaktadır.

Aile hekimi ve genel pratisyenler sağlık sisteminin giriş kapısı olarak işlev görmektedirler. Aile hekimleri acil durumlarda mesai dışı olarak da hizmet vermektedirler ve uygun durumlarda hastayı üst merkeze yönlendirmekle görevlidirler. Aile hekimine üzerine kayıtlı hasta 3 ay geçmeden diğer aile hekimine geçiş yapamaz(51).

Almanya'da 2019 yılı itibari ile 44219 aile hekimi bulunmaktadır(52). Her ne kadar dünyanın en gelişmiş sağlık sistemlerinden birine sahip olsa da Almanya'da sağlık ekonomisi çeşitli tartışmaların odak noktasındadır. Özellikle ilaç fiyatlarının diğer ülkelerden pahalılığı eleştiri konusu olmaktadır. Sağlık sisteminde ekonomik reformları planlayan Almanya'da ilk basamak tanı ve tedavinin daha basitleştirilmesi gündem olmuştur. Bu süreçte hekim ücretlendirme politikası da gündeme gelmiş ve hizmet başı ödemeden aşamalı ödeme sisteme geçiş planlanmıştır(53).

2.3.3. Küba

Küba'da nüfusun tamamının sağlık güvencesi mevcuttur ve tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Doktorların yazdığı ilaçlar devlet tarafından karşılanmaktadır. Ülkede A.B.D. ambargosu sonrası ilaç ve sağlık sektörü kendi kendine yetecek seviyeye gelmiş, özellikle koruyucu hizmetlere önem verilmiştir(54).

Küba'da en çok başvurulan uzmanlık alanı Aile Hekimliğidir(54). Aile hekimleri colsultorio ismi verilen kliniklerde hastalarına hizmet vermektedirler. Küba'da aile hekimi sayısı 12883 iken, aile hekimine düşen nüfus yaklaşık 885 kişidir. Kişilerin sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları yıllık ortalama 10,5 olarak belirlenmiştir(55).

Bir hemşire ile beraber çalışan aile hekimlerine belirli aralıklarla diğer branşlardan uzman hekimler konsültasyona gelmekte ve eğitimlerine katkı sunmaktadır. Mezuniyet sonrası iki yıl çalışma sonrası aile hekimi olmak mümkündür(54).

Küba'da aile hekiminden beklenen dört temel görev mevcuttur. Bunlar: Aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlıklı yaşam desteğidir. Kişiler aile hekimi seçmekte özgürdür(56).

Ülkede aşılama oranları verem için %99 , difteri , boğmaca ve tetanoz için %100, kızamık için % 94 civarındadır(55).

Ücretlendirme sisteminde herhangi bir ödül uygulamaması bulunmamakla beraber maaş konusunda genel manada problem bulunmamaktadır(56).

2.3.4. İngiltere

İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinin en kuvvetli olduğu ülkelerin başında gelmektedir. Ülkede "Genel Pratisyenlik" terimi kullanılmaktadır. Ülke sağlık merkezine yapılan başvuruların % 95'i aile hekimlerine yapılmaktadır(57).

Tedavi sürecinin başından sonuna kadar aile hekimleri aktif rol oynamakta ve bir üst basamağa sevk oranları %10 civarında olmaktadır. Kişilerin istediği aile hekimini seçme hakkı olduğu kadar, aile hekimlerinin de hastayı seçme hakkı mevcuttur(47, 58).

İngiltere'de bir kişi yılda ortalama 5 kez aile hekimine başvurmaktadır. Şikayetinin aciliyetine göre hastanın bekleme süresi 5 hafta ile 6 aya kadar uzayabilmektedir(46).

Sağlık harcamalarının kaynağını genel bütçeden yapılan vergi kesintileri oluşturduğundan hastaların sağlık hizmetine herhangi bir ücret ödemesi gerekmemektedir. Aile hekimi maaş ücretlendirmesi kişi başı ve hizmet üzerinden yapılmaktadır(47).

2.3.5. Rusya Federasyonu (R.F.)

Rusya Anayasasının 41. maddesine göre sağlık hizmetleri tüm halka ücretsiz olarak verilmektedir. 2011 tarihinde çıkan "Rusya Federasyonu Vatandaşlarının Sağlığının Temelleri Hakkında" kanun ile sağlığın korunması hak, geliştirilmesi devletin görevi olarak kabul edilmiştir. Sağlık hizmetinin her ne kadar ücretsiz verileceği belirtilse de bu konuda tartışmalar devam etmektedir(59).

20 yıl öncesindeki “önce sağlık “ felsefesi yerini “ parayı gişeye öde , sonra doktora görün “ anlayışına bırakmaktadır(60).

8 Ocak 2021 tarihi itibariyle 145 milyon kişi zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır ve bunun yaklaşık 83 milyonundan fazlasını çalışmayan insanlar oluşturmaktadır(61).

2020 yılı itibariyle 146 milyon nüfusu olan R.F ‘nin sağlık hizmetine başvuru sayıları oldukça düşüktür. Bunun nedenleri olarak personel ve cihaz yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimin yetersizliği ve güçlüğü düşünülmektedir(62).

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği birinci basamağın en etkili olduğu ülke olarak kabul edilmektedir. Dağılma süreci sonrasında birinci basamak programlanmasında büyük değişiklikler olmamıştır. Sağlık ocağı (uçastok), kent poliklinikleri ve özel dal merkezleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği merkezlerdir. 1990 sonrası Rusya’da bu merkezler ve sevk zinciri aynen korunmuştur. Kentsel alanda 7000 kişiye bir olmak üzere merkezler kurulur. Pratisyen hekim, hemşire ve feldşer beraber çalışmaktadır. Ortalama erişkin pratisyen nüfusu 1700 kişi civarıdır(60).

2.4. Tıp Eğitiminde Aile Hekimliğinin Yeri

Aile Hekimliğinin görece olarak genç bir anabilim dalı olması sebebiyle diğer branşlara oranla daha genç ve dinamik bir akademisyen kadrosuna sahiptir. Fakat dinamik kadronun yanında hala bazı köklü üniversiteler dahil olmak üzere bazı üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalı bulunmamaktadır. 2021 yılı itibariyle TAHUD verilerine göre ülkemizde Aile Hekimliği akademik kadrosunda toplam 64 Profesör, 88 Doçent ,85 Dr. Öğretim üyesi ve 8 Başasistan bulunmaktadır.(63, 64).

Mezuniyet öncesi eğitimlerde Aile Hekimliği teorik eğitimlerinin ve seçmeli stajlarının senesi değişse de çoğu fakültenin 6.sınıf eğitiminde Aile Hekimliği stajı mevcuttur ve bu dönemlerdeki eğitim amaç ve süreleri fakülte kurulları tarafından belirlenmiş ve ilan edilmiştir.

Tıp eğitiminin altıncı yılındaki Aile Hekimliği dönemi eğitiminin amacı; öğrencinin daha önceki dönemlerde edindiği bilgilerin klinik uygulamalarını yaptırarak, hekimlik sanatının uygulanmasında deneyim ve beceri kazandırmak ve hekim adayını hekimlik

sanatını en iyi uygulayabileceği düzeye getirmektir. Bu dönemde öğrenci, klinik, poliklinik, laboratuvar ve saha çalışmalarında öğretim üyesi ve eğitim görevlisi kontrolünde çalışır(65).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırmamız 01.09.2020 ve 02.11.2020 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde (AYBÜTF) internet üzerinden anket doldurma yöntemi yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf tıp fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Etik kurula başvurulduğu sırada AYBÜTF altıncı sınıfında toplam 262 öğrenci üzerinden yapılan power analizi sonucunda, %5 hata payı ve %95 güvenilirlik düzeyi ile 200 öğrencinin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiş ve toplam 206 öğrenci çalışmaya katılmıştır.

3.4. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya AYBÜTF altıncı sınıf öğrencileri dahil edildi. Araştırma sürecinde herhangi bir şekilde ulaşılamayan ve kendi isteğiyle araştırmaya katılmak istemeyen öğrenciler dahil edilmedi.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri araştırıcı tarafından oluşturulan anket formu aracılığı ile toplandı. Anket formları oluşturulurken sıra ile araştırıcı tarafından literatür taranarak amaca uygun

anket soruları belirlendi. Anket formu oluşturulduktan sonra formun uygunluğu 4 uzman tarafından denetlendi ve uygun şekilde revize edildi.

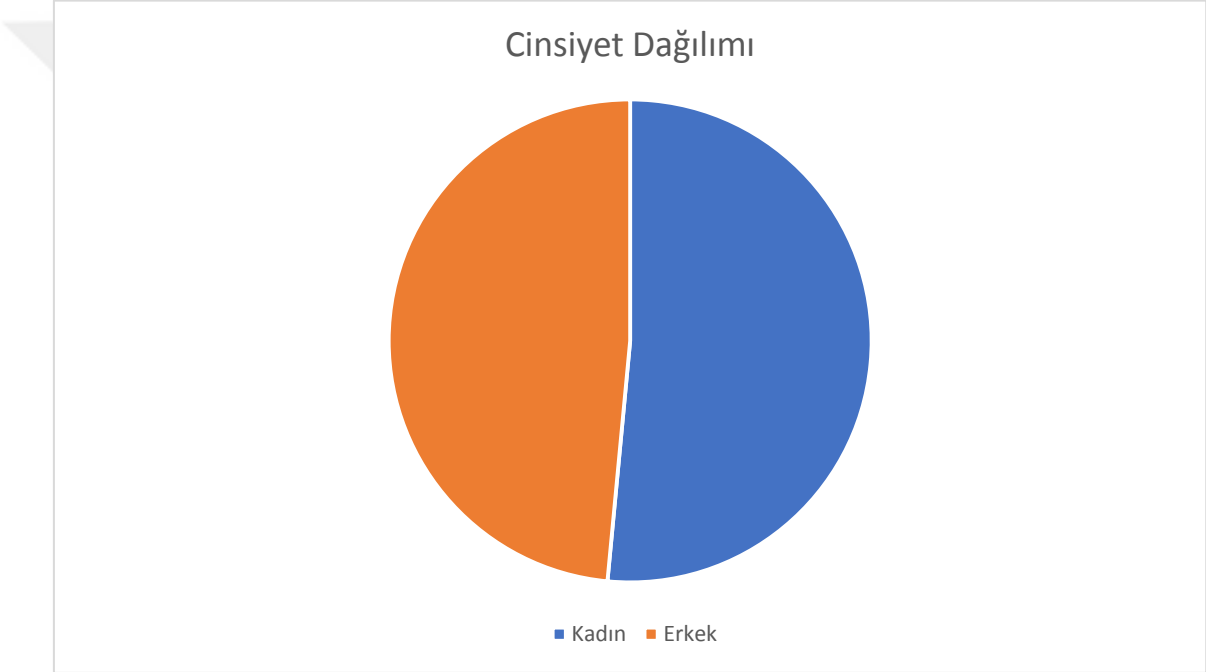
3 kısım ve 42 sorudan oluşan 4 sayfalık anket formu oluşturuldu. Anket formunun ilk kısmı demografik veriler, eğitim hayatı ve hedefler ile ilgili çoktan seçmeli ve açık uçlu 7 sorudan oluşmaktadır. İkinci kısım Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki düşünceleri içeren puanlamalı 14 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü kısım ise katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen 21 sorudan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama ve standart sapma, katergorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakıldı. İki ayrı grupta numerik veriler student t testi ile analiz edildi. Çoklu numerik veri analizinde One Way Anova ile posthoc analizlerde Tukey testi kullanıldı. Ayrıca bağımsız iki kategorik verinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. P anlamlılık değeri <0,05 olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

4. BULGULAR

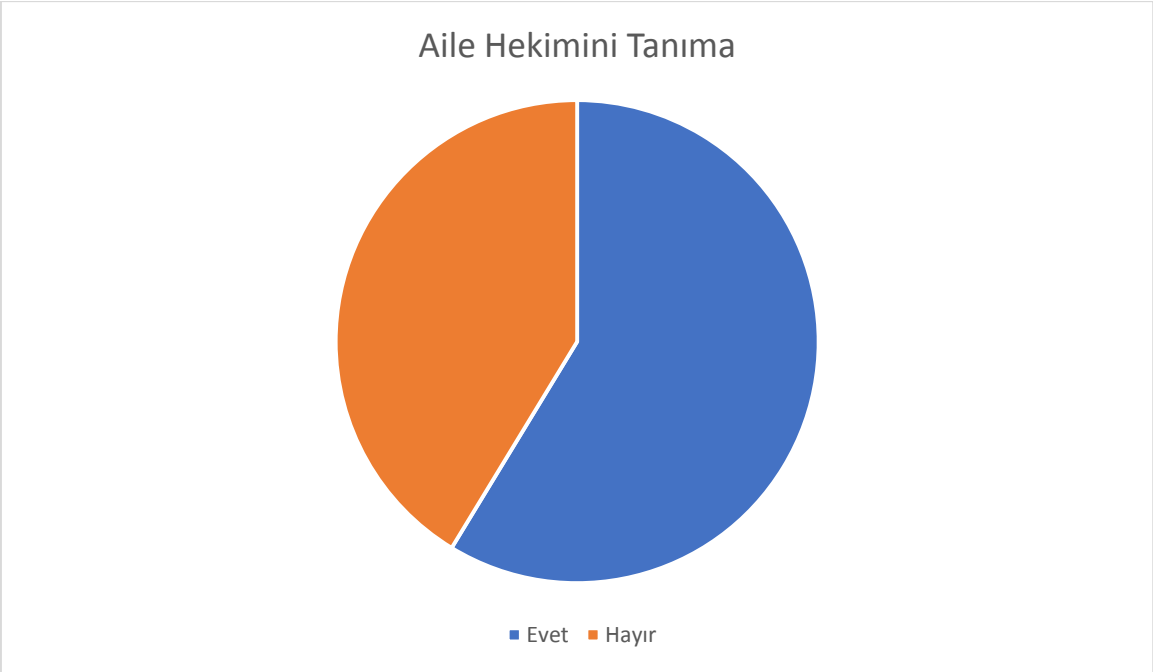
Araştırmamıza katılan 206 katılımcının %51,5'i (n=106) kadın, %48,5'i (n=100) ise erkekti (Grafik 1).



Grafik 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı

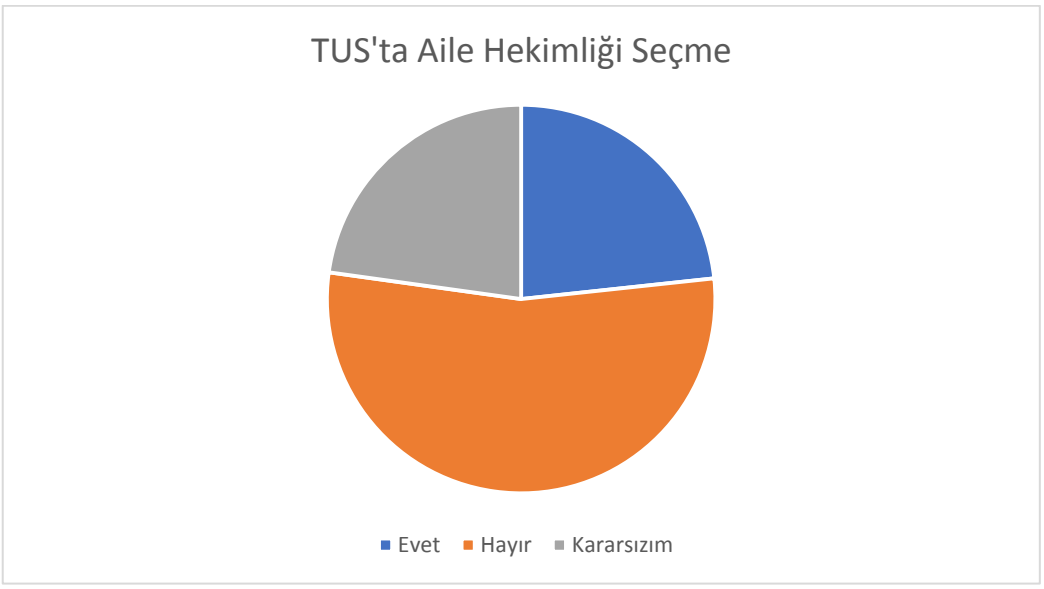
Katılımcıların yaş ortalaması 24,48±1,18 olarak hesaplandı.

Katılımcılara "Aile hekiminizi tanıyor musunuz?" diye soruldu. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar %58,7'si (n=121) evet, %41,3'ü (n=185) ise hayır oldu (Grafik 2).



Grafik 2. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumlarına göre dağılımı

Katılımcılara "Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?" şeklinde soru soruldu. Bu soruya katılımcılar %23,3 (n=48) evet, %53,9 (n=111) hayır, %22,8 (n=47) kararsızım şeklinde cevaplar verdi (Grafik 3).



Grafik 3. Katılımcılar TUS'ta Aile Hekimliği Uzmanlığını seçme düşüncelerine göre dağılımı

Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünme sebepleri soruldu ve birden fazla sebep belirtebileceği söylendi. Verilen cevaplar tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünme sebepleri

Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?	**Evet n(%)**
İş yükünün görece az olduğunu düşünmem	52(25,2)
Gelirinin yüksek olması	43(20,9)
Acil, yoğun bakım, servis vs. yönlerinin olmaması	41(19,9)
Malpraktis ve dava edilme riskinin az olması	41(19,9)
Sağlık sisteminin temelinde Aile Hekimliğinin olduğunu düşünmem	26(12,6)
Birinci basamakta çalışma isteği	23(11,2)
Hastane ortamında çalışmama isteği	15(7,3)
Akademik yükselme imkanının nispeten daha fazla olması	13(6,3)
Hedefim olan bölüm olması	13(6,3)
Diğer	1(0,5)

Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeme sebepleri soruldu ve birden fazla sebep belirtebileceği söylendi. Verilen cevaplar tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeme sebepleri

Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmüyorsanız sebepleri nelerdir?	**Evet n(%)**
İdealimde başka branş olması	99(48,1)
Mesleki tatmininin az olduğunu düşünmem	70(34,0)
Yeterince prestijli bulmamam	64(31,1)
Tıp dışı gereksiz bürokratik işlerinin fazlalığı	47(22,8)
Pratisyen olarak da Aile Hekimliği yapabilecek olmam	37(18,0)
Gelirinin yetersiz olması	23(11,2)
İş yükünün görece fazla olduğunu düşünmem	16(7,8)
Diğer	3(1,5)

Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi için iki farklı değerlendirme anketi sonuçları tablo 4 ve tablo 5'te verilmiştir. "Aile hekimi olmak için uzmanlık gereksizdir." sorusuna katılımcıların %19,4'ü (n=40) "Hiç katılmıyorum", %33'ü (n=68) "Katılmıyorum", %22,3'ü (n=46) "Kararsızım", %14,6'sı (n=30) "Kısmen katılıyorum" ve %10,7'si (n=22) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevaplar verdi.

"Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum." sorusuna katılımcıların %9,2 si (n=19) "Hiç katılmıyorum", %26,2 si (n=54) "Katılmıyorum", %26,7 si (n= 55) "Kararsızım", %27,2 si (n=56) "Kısmen katılıyorum, %10,7 si (n=22) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevaplar verdi.

Katılımcılara "Sağlık hizmeti talebinde ilk başvuru yeri aile hekimi olmalıdır." sorusu yöneltildi. Katılımcıların %1,9'u (n=4) "Hiç katılmıyorum", %7,8 i(n=16) "Katılmıyorum", %17,5 i (n=36) "Kararsızım", 25,2 si% (n=52) "Kısmen katılıyorum" ve %47,6 sı (n=98) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevap verdi.

"Tıbbi problemlerin yönetilmesinde aile hekimlerine güvenirim." sorusuna katılımcıların %8,3'ü(n=17) "Hiç katılmıyorum", %9,3'ü (n=20) "Katılmıyorum, %27,7si (n=57) "Kararsızım, %34,5'i(n=71) "Kısmen katılıyorum" ve %19,9'u (n=41) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevap verdi.

Tablo 4: Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri

Görüşler	**Hiç katılmıyorum n(%)**	**Katılmıyorum n(%)**	**Kararsızım n(%)**	**Kısmen katılıyorum n(%)**	**Tamamen katılıyorum n(%)**
Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum.	19(9,2)	54(26,2)	55(26,7)	56(27,2)	22(10,7)
Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulamasını etkin buluyorum.	28(13,6)	71(34,5)	51(24,8)	47(22,8)	9(4,4)
Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulamasını gerekli buluyorum.	7(3,4)	23(11,2)	31(15,0)	51(24,8)	94(45,6)
Gelecekte Aile Hekimliği uygulamasının yerini yapay zeka alabilir.	42(20,4)	63(30,6)	50(24,3)	39(18,9)	12(5,8)
Aile hekimi olmak için uzmanlık gereksizdir.	40(19,4)	68(33,0)	46(22,3)	30(14,6)	22(10,7)
Sağlık hizmeti	4(1,9)	16(7,8)	36(17,5)	52(25,2)	98(47,6)

talebinde ilk başvuru yeri aile hekimi olmalıdır.					
Hastalar aile hekimlerine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine başvurmamalıdır.	7(3,4)	19(9,2)	44(21,4)	56(27,2)	80(38,8)
Aile hekimleri haftanın her günü ulaşılabilir olmalıdır.	12(5,8)	23(11,2)	53(25,7)	57(27,7)	61(29,6)
Yeni mezun hekimlerin direkt aile sağlığı merkezlerine atanması gerektiğini düşünüyorum.	16(7,8)	28(13,6)	81(39,3)	50(24,3)	31(15,0)
Aile hekimlerinin yaptıkları işe göre az maaş aldıklarını düşünüyorum.	19(9,2)	37(18,0)	76(36,9)	44(21,4)	30(14,6)
Aile hekimlerinin toplum içinde yeterince saygınlığı olduğunu düşünüyorum.	22(10,7)	51(24,8)	63(30,6)	50(24,3)	20(9,7)
Aile hekimlerinin randevu sistemi ile çalışması gerektiğini düşünüyorum.	19(9,2)	41(19,9)	52(25,2)	60(29,1)	34(16,5)
Bir aile hekimine bağlı nüfusun azaltılması gerektiğini düşünüyorum.	14(6,8)	24(11,7)	74(35,9)	51(24,8)	43(20,9)
Aile Hekimliği bünyesinde verilen bazı hizmetler (	47(22,8)	43(20,9)	54(26,2)	42(20,4)	20(9,7)

sürücü raporları, sporcu raporları, GETAT uygulamaları vs.) ücretli olmalıdır.					
Tıbbi problemlerin yönetilmesinde aile hekimlerine güvenirim	17(8,3)	20(9,7)	57(27,7)	71(34,5)	41(19,9)

Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri için sorulan 21 soruya verilen ortalama doğru cevap sayısı ortalama 11,47±3,92 (minimum:0; maximum:21) olarak bulundu. Katılımcılar "Aile hekimi tüm hastalıklarla ilgilenir." sorusuna katılımcıların %44,2'si (n=91) "Evet", %43,7'si (n=90) "Hayır" ve %12,1'i (n=46) "Fikrim yok" şeklinde cevaplar verdi.

Katılımcılara "Aile hekimi çevre sağlığı konularında (İçme suyu hijyeni, hava kirliliği vs.) doğrudan sorumludur." sorusu soruldu. Katılımcıların %40,8i (n=84) "Evet", %34,0ü (n=70) "Hayır" ve %25,2 si(n=52) "Fikrim yok" şeklinde cevapladı.

"Aile hekiminin reçete ettiği raporlu/raporsuz tüm ilaçlar SGK tarafından ödenir." sorusuna katılımcıların %32,0 ı (n=66) "Evet", %45,1 i (n=93) "Hayır" ve %22,8 i(n=47) "Fikrim yok" şeklinde cevapladı.

Katılımcılara "Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir." Sorusu yöneltildi. Katılımcıların %44,2 si (n=91) "Evet", %30,6 sı (n=63) "Hayır" ve %25,2 si(n=52) "Fikrim yok" şeklinde cevapladı.

"Evde sağlık hizmetleri tamamen aile hekiminin yükümlülüğündedir." şeklindeki soruya katılımcıların %29,1 i (n=60) "Evet", %38,8 i (n=80) "Hayır" ve %30,0 u (n=66) "Fikrim yok" şeklinde cevapladı.

Katılımcılara “Aile hekimi rahim içi araç takabilir.” Sorusu yöneltildi. Katılımcıların %33,5 i (n=69) “Evet”, %39,8 i (n=82) “Hayır” ve %26,7 si (n=55) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

Tablo 5: Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri

Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgiler	**Evet n(%)**	**Hayır n(%)**	**Fikrim yok n(%)**
Aile hekimi tüm hastalıklarla ilgilenir.	91(44,2)	90(43,7)	25(12,1)
Ulusal aşı programındaki tüm aşılar Aile Hekimliği uygulaması üzerinden ücretsiz olarak yapılabilir.	153(74,3)	31(15,0)	22(10,7)
Aile hekimi ulusal tarama programı kapsamındaki kanser taramalarını takip etmekle yükümlüdür.	113(54,9)	45(21,8)	48(23,3)
Aile hekimi sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlüdür.	149(72,3)	31(15,0)	26(12,6)
Aile hekimi gebe takibi yapmakla yükümlüdür.	153(74,3)	25(12,1)	28(13,6)
Aile hekimi çevre sağlığı konularında (İçme suyu hijyeni, hava kirliliği vs.) doğrudan sorumludur.	84(40,8)	70(34,0)	52(25,2)
Aile hekimi işe giriş raporlarını vermekle yükümlüdür.	107(51,9)	47(22,8)	52(25,2)
Aile hekiminin reçete ettiği raporlu/raporsuz tüm ilaçlar SGK tarafından ödenir.	66(32,0)	93(45,1)	47(22,8)
Aile hekimi acil müdahale yapabilir.	142(68,9)	29(14,1)	35(17,0)
Sürücü belgesi raporları aile hekiminden ücretsiz olarak alınabilir.	144(69,9)	29(14,1)	33(16,0)
Aile Hekimliğinde esnek mesai uygulanabilir.	123(59,7)	33(16,0)	50(24,3)
Aile hekimi tüm hastaların sağlıkla ilgili kayıtlı verilerine ulaşabilir.	115(55,8)	47(22,8)	44(21,4)
Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir.	91(44,2)	63(30,6)	52(25,2)
Aile hekimi ev ziyaretlerinde bulunur.	137(66,5)	30(14,6)	39(18,9)
Evde sağlık hizmetleri tamamen aile hekiminin yükümlülüğündedir.	60(29,1)	80(38,8)	66(32,0)
Aile hekimi hasta görmeden reçete yazabilir.	46(22,3)	136(66,0)	24(11,7)
Hastalık belirtisi olmadan da aile hekimine başvurulunabilir.	139(67,5)	40(19,4)	27(13,1)
Aile hekimi rahim içi araç takabilir.	69(33,5)	82(39,8)	55(26,7)
Aile hekimi erişkin bağışıklamada aşı reçete edebilir.	145(70,4)	27(13,1)	34(16,5)
Aile hekimi aile sağlığı merkezinde işveren konumundadır.	132(64,1)	41(19,9)	33(16,0)
Aile hekimi narkotik ilaç reçete edemez.	114(55,3)	36(17,5)	56(27,2)

Katılımcıların ihtisas alanı olarak Aile Hekimliği düşünüp düşünmedikleri soruldu. Böylece verdikleri cevaplar Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri ile karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmada cevaplar arasında anlamlı farklar çıktı(p=0,001). Ayrıca Posthoc Tukey analizi yapıldı. Evet diyenler ile kararsızlar arasında anlamlı fark izlenmezken; evet ve kararsızım diyenlerin bilgi düzeyi hayır diyenlerin bilgi düzeyinden anlamlı yüksek bulundu. (Tablo 6.)

Tablo 6: Katılımcıların ihtisas alanı olarak Aile Hekimliği düşünme durumları ile Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki.

					95% Güven aralığı	
	n	Ortalama	Standart Sapma	p	Alt Sınır	Üst Sınır
Evet	48	12,31	3,877	**0,001**	11,19	13,44
Hayır	111	10,57	3,919		9,83	11,30
Kararsızım	47	12,72	3,512		11,69	13,75
Total	206	11,47	3,927		10,93	12,01

Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri ile cinsiyetleri karşılaştırıldı. Kadınların (11,94±3,62) bilgi düzeyi erkeklerden (10,96±4,18) yüksek bulundu ama anlamlı farklılık çıkmadı(p=0,072). Katılımcıların cinsiyetlerine göre tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünme durumları soruldu. Aile Hekimliği ihtisasını isteyen kadınların erkeklerden anlamlı fazla olduğu görüldü(p=0,003) (Tablo 7).

Tablo 7: Cinsiyete göre tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçme durumu

		Cinsiyet		
		Kadın	Erkek	P
Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?	Evet	31	17	**0,003**
	Hayır	45	66	
	Kararsızım	30	17	
Total		106	100	

Katılımcıların tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçme durumları ile tıp fakültesinde aldıkları eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verme düşünceleri karşılaştırıldı. Anlamlı bir farklılık çıkmadı(p=0,108) (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçme durumları ile tıp fakültesinde aldıkları eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verme düşünceleri

		Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum.					
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum	p
Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?	Evet	5	14	6	17	6	0,108
	Hayır	13	30	35	23	10	
	Kararsızım	1	10	14	16	6	
Total		19	54	55	56	22	

5.TARTIŞMA

Araştırmamızın amacı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi, görüşlerinin belirlenmesi ve kariyer planlarında Aile Hekimliğinin yerinin değerlendirilmesidir.

Araştırmamızın amacına yönelik olarak katılımcılara toplam 42 sorudan oluşan anket yöneltilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekim adaylarının %58,7 si aile hekimini tanıdığını belirtirken % 41,3 ü aile hekimini tanımadığını belirtmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %84 ü aile hekimini tanıdığını belirtmiştir. 2017 yılında Canpolat'ın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada da oranlar diğer çalışmalara benzer çıkmış ve çalışmamıza göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılanların tamamının sağlık çalışanı olması nedeniyle sağlık problemlerini çalıştıkları hastanelerde çözmeye çalışmaları bu durumun kaynağı olarak düşünülebilir. Yine aynı şekilde çalışmamıza katılan hekim adayları, diğer çalışmalara göre daha genç bir grubu temsil etmektedirler. Bu durum aile hekimine başvurup aile hekimleri ile tanışma oranlarının düşüklüğünü açıklayabilir(66, 67).

Katılımcıların %23,3 ü Tıpta Uzmanlık Sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşündüğünü belirtirken, %53,9 u hayır , %22,8 i de kararsızım cevabını verdi. 2002 yılında Toronto Üniversitesinde yapılan çalışmada Aile Hekimliği seçmeyi düşünenlerin oranı %30 olarak bulunmuş olup çalışmamızla benzer oranlar ortaya çıkmıştır(68).

2002 yılında İngiltere'de 2778 tıp fakültesi mezunu ile yapılan çalışmada katılımcıların % 22 si aile hekimi olarak çalışmayı düşündüklerini belirtmiştir(69).

Technion Üniversitesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %24,9 unun ilk üç tercihinden birisi Aile Hekimliği olmuştur(70).

2011 yılında Yener'in Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde intern hekimlerle yaptığı çalışmada katılımcıların %24,8 i Aile Hekimliği uzmanlığı seçebileceğini belirtmiştir(71).

Akbayram'ın 2019 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi intern hekimleri ile yaptığı çalışmada 132 hekim adayından aile hekimi uzmanı olmak isteyen hekim adaylarının oranı % 9 olurken kararsızların oranı % 17 olmuştur(72). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının 2018 yılında kurulması ve öğrencilerin Aile Hekimliği disiplini ile yeni tanışmaları, Akbayram'ın çalışmasındaki oranların diğer çalışmalara kıyasla düşük olmasını açıklayabilir(73).

Dünyanın farklı ülkeleri ve Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalar değerlendirildiğinde benzer oranlar ortaya çıkmıştır. Çalışmamıza katılan her beş hekimden birinin Aile Hekimliği yapabileceğini belirtmesi sevindirici bir durumdur. Bu orana kararsızlar içinden kişilerinde ekleneceğini düşünürsek Aile Hekimliğine ilginin oluşmaya başladığını belirtebiliriz. Bu durumun oluşmasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının güçlü birinci basamak tecrübesi, internlerin kendilerine rol model olarak alabileceği tecrübeli ve dinamik akademisyen kadrosunun payı çok fazladır. Aile Hekimliğine ilgi ne kadar fazla olursa birinci basamak hizmetlerinin kalitesi de o oranda artacaktır. Tam tersi durumda Aile Hekimliğine ilginin az olması birinci basamakta sorunların ortaya çıkmasını da beraberinde getirecektir.

Araştırmamıza katılan hekim adaylarından Aile Hekimliği seçmek isteyenlerin en büyük tercih nedeni "görece iş yükünün az olması" seçeneği oldu. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada Aile Hekimliği seçmek isteyen hekim adayları gerekçelerini uzmanlığa olan ilgi, yaşam tarzı, uzmanlığın yapısı, bireysel yetenek, iş olanakları, ekonomik getirisi olarak sıralamışlardır(74).

Dikici ve arkadaşlarının 2004-2006 yılları arasında dört tıp fakültesinde yaptığı çalışmada Aile Hekimliği seçmeyi planlayan öğrencilerin tercihlerinde "çalışma şartlarının kolay olması ve acil durumların görece daha az olması" durumları etkili olarak ön plana çıkmıştır. Çalışmamızda da en yüksek oranda tercih edilme seçeneği olan çalışma şartları diğer branşlara göre daha hafif bulunmaktadır. Hem asistanlık süresinin kısa olması hem de uzmanlık sonrası dönemde de diğer branşlarda devam katı hiyerarşi ve nöbet sayılarının fazlalığı, hekim adaylarının Aile Hekimliğini tercih etme oranlarını artırdığı söylenebilir(75). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı gereği hekim sigortaları risk gruplarına göre branşları gruplamıştır. Aile Hekimliği temel tıp bilimlerinin ardından en risksiz grup sayılan ikinci grupta yer almıştır.

Bu durum intern hekimlerin düşüncelerini destekler niteliktedir(76). Yine Köksal ve arkadaşlarının Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptığı çalışmada katılımcılar uzmanlık seçiminde en önemli nedenin maddi gelirin yüksek olması olduğunu belirtmişlerdir(77). Yine Yunanistan'da 2006-2007 yılları arasında yapılan çalışmalarda gelir durumu ve prestij uzmanlık seçimlerini etkileyen faktörler arasında ilk sırada gelmektedir(78, 79). Akbayram'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada intern hekimlerin %58 i Aile Hekimliğinin gelirini iyi ve oldukça iyi olarak değerlendirmiş ve bu durumun uzmanlık tercihi yaparken etkisinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda da Aile Hekimliğinin tercih edilme nedenlerinde yüksek gelir düzeyi üst sıralarda gelmektedir. Sağlıkta dönüşüm projesi ve performans sisteminin getirisi olarak diğer uzman hekimlerin ellerine geçen miktarın sürekli değişmesi, belli aylar performans miktarlarının azalması sonucu ve yüksek riskli işlemlerin beklenilen ücreti getirememesi bazı uzmanlık alanlarını maddi açıdan kayba uğratmıştır. Her geçen gün kayba uğrayan branş sayısının artması da hekim adaylarının tercihlerini etkilediği şekliyle yorumlanabilir(72).

Türkiye'de malpraktis hakkındaki yargı kararları incelenmiş ve bölümlere göre malpraktis davaları değerlendirilmiştir. İlk sırada %26,7 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum gelirken, bu oranı %9,8 ile Genel Cerrahi, %7,1 ile Anestezi ve Reanimasyon ve %6,2 ile Ortopedi ve Travmatoloji izlemektedir(80). Gökkaya'nın 2012-2020 yılları arasındaki aile hekimlerinin mesleki davalarındaki Yargıtay kararlarını incelediği çalışmada, sadece 6 davanın tıbbi durumlardan dolayı Yargıtay'a iletildiği görülmüştür(81). Son yıllarda artış gösteren malpraktis dava sayısı göz önüne alındığında hekim adaylarının tercihleri değişmektedir. Tıpta Uzmanlık Sınavlarında en yüksek puanlar ile tercih edilen cerrahi branşlar; malpraktis davalarının da etkisiyle hızla puan kaybetmiş hatta bazı cerrahi branş kadroları boş kalmıştır. Açılan davalarda çıkan çok yüksek tazminat kararları hekim ve hekim adaylarını tercihlerini yeniden gözden geçirmeye itmiştir. Sağlık sigortalarına olan ilgi artmış ve bunun sonucu olarak doğan defansif tıp anlayışı daha çok gündeme gelir olmuştur. Aile Hekimliğinin görece daha az riskli işlem içermesi ile beraber hastalarla sık görüşebilme, sık kontrole çağırma ve diğer branşlara göre daha düzgün iletişim kurulabilmesi gibi avantajları malpraktis davalarında kendisine listenin alt sıralarında yer bulmasına yol açmıştır. Bunun sonucu olarak da tercih edilme nedenlerinde, malpraktis oranlarının düşüklüğünün üst sıralarda yer alması normal kabul edilebilir. Acil ,yoğun bakım ve cerrahi bölümlerdeki malpraktis oranlarının fazla olması, nöbet esasına göre

çalışma ve hızlı karar verip uygulama durumu hekimlerdeki tercih durumunu bu bölümleri tercih etmeme şeklinde değiştirmeye devam etmektedir.

Akbayram'ın çalışmasında Aile Hekimliğinin kariyer özelliklerini oldukça iyi bulan hekimlerin oranı %7,6 olarak saptanmıştır. Bu oran çalışmamızla benzerdir. Aile Hekimliğinin ülkemizde genç bir disiplin olması sonucu birçok üniversitede Aile Hekimliği Anabilim Dalları akademik kadrosu tam anlamıyla tamamlayamamıştır. Bu nedenle akademik alana yönelmeyi düşünen hekim adaylarının tercih etkenleri arasında yerini almış bulunmaktadır(72).

2004-2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %73,4 ü hiçbir şekilde birinci basamakta çalışmak istemediğini belirtmiştir. Bu oran çalışmamıza göre yüksek bulunmuştur. 2010 yılıyla beraber Aile Hekimliğinin ülke genelinde yaygınlaşması ile beraber hekim adayları Aile Hekimliği hakkında daha çok bilgiye sahip olmaya başlamışlardır. Yine AYBÜTF'nin intern hekimlerine Aile Hekimliği hakkında sunduğu eğitim olanakları sayesinde bu oran daha da düşük çıkmıştır. Fakat yine de Aile Hekimliğinin daha iyi tanınıp, anlaşılabilmesi için teorik ve pratik eğitimlerinin artırılması gerekmektedir. Zira gerek uzmanlık kadroları değerlendirildiğinde gerekse uzmanlık dışı aile hekimlerinin sayısı göz önüne alındığında şu an tıp fakültelerinde yer alan hekim adaylarının büyük çoğunluğu bir şekilde Aile Hekimliği uygulaması ile tanışmak durumunda kalacaktır. Sağlık Bakanlığının aile hekimine düşen kişi sayısını düşürme hedefi gereği de aile hekimlerinin sayısının artacağı düşünüldüğünde intern hekimler için Aile Hekimliği stajının ve alınan eğitimin önemi daha da artmaktadır(75).

Araştırmamıza katılan intern doktorların Aile Hekimliğini tercih etmeme nedenleri incelendiğinde en yüksek oranı "idealimde başka bölüm olması" cevabı aldı. 2002 ve 2007 yıllarında yapılan iki çalışmada Aile Hekimliği uzmanlığının tercih edilmemesinin iki büyük etkeni olarak sosyal statü ve prestij eksikliği ortaya konulmuştur. Yine Akbayram'ın yaptığı çalışmada intern hekimlerin %23 ü Aile Hekimliği uzmanlığının en olumsuz yönünün prestijinin düşük olması ve toplumda yeterince saygınlığının olmaması olarak tanımlamışlardır(72).

Yener'in yaptığı çalışmada intern hekimlerin %46 sı Aile Hekimliğinin saygın bir konumda olmadığını düşünmektedir(71).Dikici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Aile Hekimliği uzmanlığı en az popüler uzmanlık dallarından biri olarak görülmüştür. Yapılan

çalışmaların Aile Hekimliği uygulamasına geçişten önce olması nedeniyle hekim adayları tarafından Aile Hekimliğinin yeterince tanınmadığını düşünebiliriz. Yine de katılımcıları kısa bir süre içinde hekim olacak bir grubun birinci basamak sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliğini düşük prestijli olarak tanımlamaları, temel tıp kavramları ve hekimlik bilinci açısından yetersiz olduklarını düşündürebilir. Tıp fakültesi müfredatları öğrencilere hekimlik ve öz saygınlık bilincini aşılamalı ve Aile Hekimliği hakkındaki bu yanlış önyargının kırılarak, koruyucu hekimliğin, bütüncül yaklaşımın ve diğer tüm branşların yaptığı işlerin ne kadar saygı duyulacak işler olduğu vurgulanmalıdır(75).

2014 ve 2018 yıllarında yapılan memnuniyet esaslı iki çalışmada halkın büyük çoğunluğunun aile sağlığı merkezlerinin en önemli işlevinin ilaç yazdırmak olduğu sonucu çıkmıştır. Birçok nitelikli hizmetin alınabildiği aile sağlığı merkezlerinin sadece ilaç yazdırılan yerler olarak görülmesi hekim ve sağlık personelinin itibar algısının düşmesine neden olmaktadır(82, 83).

Halkın gözünde basit bir ilaç yazdırma işlemi olarak değerlendirilen bu işlem zaman zaman halk ve hekimleri karşı karşıya getirmektedir. Basit olarak görülen bu işlem kronik hastalık takibi gibi önemi çok büyük olan bir hizmetin parçasıdır. Hekim, devamlı kullandığı ilacı yazdırmaya gelen hastasını ilaç yan etkileri açısından ve hastalığın gidişatı açısından tekrardan değerlendirme fırsatı bulmaktadır. Çoğu zaman hastaya verilen bilgiler birçok problemi daha oluşmadan engelleyebilmektedir. Birçok hastalığı daha oluşmadan engellemek, kişileri bir bütün olarak değerlendirip hayat kalitesini yükseltmek, halkın sağlığını doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilecek problemlerle uğraşan Aile Hekimliği disiplininin tam olarak özümsenmesi; kişinin hem mesleki yönden tatmin olmasına hem de yaptığı işe daha çok saygı gösterip hizmetin kalitesinin artmasına neden olabilir. Yine aynı çalışmada aile sağlığı merkezine başvuru nedenleri arasında rapor alma amaçlı başvuranların oranı % 8,3 olarak bulunmuştur. Rapor çeşitliliğin artması ile beraber aile hekimlerinin iş yükü artmış buna paralel olarak usulsüz rapor isteklerinin sayısı da artış göstermiştir. Artan usulsüz rapor istekleri hasta hekim iletişimini bozmakta ve aile hekiminin asıl işlerine zaman ayırmasına engel olmakta ve hekim motivasyonunu azaltmaktadır. Yine aynı şekilde nüfus dışı hasta problemleri ve sağlık müdürlükleri ile olan gereğinden fazla bürokratik işler hekimin performansını olumsuz etkilemekte ve Aile Hekimliğinin tercih edilmeme nedenleri arasına girmektedir.

Katılımcıların %25,3 Aile Hekimliği için uzmanlığın gereksiz olduğunu düşünürken %22 si kararsız olduğunu belirtmiştir. Yener ‘in çalışmasında katılımcıların %39 u birinci basamakta uzmanlığın gereksiz olduğunu belirtmiştir(71).

İntern hekimlerin bir kısmı, Aile Hekimliğinin pratisyen olarak da yapılabiliyor olmasını, Aile Hekimliğinin bir handikabı olarak belirtmişlerdir. Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçişin yeni olması ve hekim sayısının nüfusa göre yeterli olmaması nedeniyle, diğer hiçbir branşta olmayan bir uygulama olarak, Aile Hekimliği uzmanlaşmadan da yapılabilmektedir. İhtiyaç olan aile hekimi uzman sayısının az bir kısmı Aile Hekimliği uzmanları tarafından karşılanmaktadır. Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi almış hekimlerin sahada daha fazla temsil edilmesiyle beraber birinci basamakta var olan birçok sorun kendiliğinden çözülecektir. Nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmeti vermenin yolu Aile Hekimliği Uzmanlarının sayısının artırılmasından geçmektedir.

Yine intern hekimlerin bir kısmı gelir ve statü açısından uzman ve pratisyen arasında anlamlı fark olmadığını ve uzmanlık sonrası mecburi hizmeti Aile Hekimliğinin handikabı olarak belirtmişlerdir. Fakat uzman hekim ve pratisyen hekim arasında gelir ve statü farkının olmadığı yanlış bir düşüncedir. Aynı şekilde mecburi hizmet sadece Aile Hekimliğine has bir uygulama değil tüm branşları ilgilendiren bir uygulamadır. Ayrıca atama işlemlerinde uzman hekimlerin listelere üst sıralardan girmesi de avantajlardan birisidir. İntern hekimlerin eğitimlerine tıp fakültesi sonrası süreci anlatan eğitimlerin eklenmesi bu yanlış algının engellenmesini sağlayabilir.

Katılımcıların %35,4 ü tıp fakültesinde aldığı eğitimin Aile Hekimliği hakkında yeterli olmadığını düşünmektedir.

Yener’in yaptığı çalışmada intern hekimlerin %38,2 si tıp fakültesinde birinci basamak eğitimini yeterli bulmamıştır. Kaya’nın 2019 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların % 48,6 sı Aile Hekimliği stajından önce tıp eğitiminin birinci basamağı özendirmediğini düşünürken bu oran Aile Hekimliği stajından sonra % 22,5 e düşmüştür(71, 84).

Dedeoğlu’nun hekimlerle yaptığı çalışmada ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi intern hekimleri ile yapılan çalışmada katılımcılar tıp fakültesi müfredatının birinci basamak için yeterli bilgi ve tecrübe sağlama konusunda yetersiz olduğunu belirtmişlerdir(85, 86). Son yıllarda Tıpta Uzmanlık Sınavı öğrencilerin eğitim hayatlarını

şekillendirme en önemli etken olarak gözükmektedir. Tıpta Uzmanlık Sınavı hekim adaylarının günlük hayatta sık karşılaşacağı bilgiler yerine iyice detaya boğulmaya başlamış durumdadır. Aydoğan'ın yapmış olduğu çalışmada TUS 'un temel hekimliği ölçmekten uzaklaştığı sonucu ortaya çıkmıştır(87). Tıp fakültesi öğrencileri detayları ezberlemeye yönelmiş, sık kullanacağı bilgilere verdikleri önem azalmıştır. Fakat unutulmamalıdır ki tıp fakültesinin asıl amacı uzman hekim yetiştirmek değildir. Bu konuda tıp fakültesi müfredatları birinci basamak şartlarını daha iyi özümsetecek olan teorik ve klinik eğitimlerle güçlendirilmelidir. Öğrencilerin kendilerini yetersiz olarak görmelerindeki bir diğer etmen de Covid-19 pandemisinin hayatın her alanında olduğu gibi tıp fakültesi eğitim sürecini de sekteye uğratması olabilir. Çünkü pandemi döneminde yüz yüze eğitimler iptal edilmiş, online eğitimlerin sayısı artmıştır. Fakat tıp fakülteleri teorik eğitimin önemli olduğu kadar pratik eğitimlerin de önemli olduğu yerlerdir. Usta çırak ilişkisi bu dönemde zarar görmüş durumdadır ve bu da öğrencilerin kendilerini yetersiz görmelerine neden olmuş olabilir.

Katılımcıların %24,7 si gelecekte Aile Hekimliği uygulamasının yerini yapay zekanın alabileceğini düşünmektedir. Yapay zekâ kavramı artık hayatın her alanında kullanılmaktadır. Tıp alanında da yapay zekanın kullanım alanı her geçen gün daha da artmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin yaklaşık yarısı radyoloji bölümünü seçerken yapay zekadan dolayı endişe duyduklarını belirtmiştir. Yine bazı çalışmalarda bazı hekimlerin yapay zeka nedeniyle işsiz kalabileceğini düşünenler mevcuttur(88, 89).Öcal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %77,3 ü tıpta yapay zekanın kullanılmasının daha yoğunlaşması gerektiğini düşünmektedir(88-90).

Yapay zekanın gelecekte kullanım alanının artacağı ve çoğunlukla hekimlerin işlerini kolaylaştıracağı bir gerçek olsa da Aile Hekimliğinin yerini tamamen alır düşüncesi aile hekimlerini ilaç ve sevk doktoru olarak görmekle eş değerdir; Aile Hekimliği disiplinini anlayamamak demektir. Zira Aile Hekimliği çekirdek yeterliliklerinden birisi kişi merkezli bakımdır. Yine hastalarına biyopsikososyal yönden yaklaşma becerisine sahip Aile Hekimliği uzmanlarının bu özelliğini yapay zekâ ile doldurmak imkansızdır.

Katılımcıların %27,2 si Aile Hekimliği uygulamasını etkin bulmaktadır ve % 45,7 si aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması gerektiğini düşünmektedir. Aile Hekimliği uygulamasının oturduğu ülkelerde aile hekimi başına düşen nüfus yaklaşık 1200 kişidir.

Türkiye'de bu rakam 3405 tir. Aile hekimine düşen nüfus sayısının azaltılması ile birlikte gereksiz sevklerin önüne geçilecek, kişiye ayrılan zaman artacak, koruyucu hekim faaliyetleri artacak ve kalite ön plana çıkıp Aile Hekimliğinin daha etkin olarak uygulanması gündeme gelecektir. Verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artmasının yanında, maliyet etkin sistem olan Aile Hekimliği gereksiz sağlık harcamalarının da önüne geçmiş olacak aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamak üzerindeki gereksiz yükün kaldırılması da sağlanmış olacaktır(20).

Katılımcıların % 9,7si sağlık hizmetinde ilk başvuru yerinin aile hekimi olmaması gerektiğini düşünmektedir. Aynı zamanda % 66 sı aile hekimine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetine başvurunun olmaması gerektiğini düşünmektedir. Kaya ve Yener'in yaptığı iki ayrı çalışmada bu oran %90 ların üstünde çıkmıştır. Sonuçlar birçok çalışmada benzer olmakla birlikte hekim ve hekim adaylarının büyük çoğunluğu etkin kullanılacak bir sevk sisteminin olması gerektiğini düşünmektedir(71, 84).

Katılımcılara sorulan 21 tane bilgi düzeyi ölçen sorulara verilen ortalama doğru yanıt 11,47±3,92 olarak bulundu. Canpolat'ın çalışmasında 46 bilgi sorusuna verilen ortalama doğru soru sayısı 27 olarak bulunmuş olup çalışmamızla benzer oranlardadır. Her iki çalışmada da sağlıkçı bulunmasına rağmen tamamı hekim adaylarından oluşan çalışmamızla diğer iki çalışma arasında anlamlı fark oluşmamıştır. Yine bu durumu Covid-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze eğitimin sekteye uğraması, pratik eğitimlerin azalması ve tüm intern hekimlerin henüz Aile Hekimliği stajını yapmamasına bağlayabiliriz(67).

Çalışmamıza katılan kadın hekim adaylarının bilgi düzeyi erkeklere göre daha fazla olarak ortaya çıkmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı sonuç çıkmadı. Yine katılımcıların arasında Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünenlerin bilgi düzeyi, yapmayı düşünmeyenlerden anlamlı yüksek bulundu. Aile Hekimliği ne kadar özendirilir, bu alanda ihtisas yapmak teşvik edilirse, verilecek hizmetin ve bilgi düzeyinin o kadar fazla olacağını düşünebiliriz. Birçok çalışma göstermiştir ki kaliteli, maliyet etkin, ulaşılabilir sağlık hizmetinin anahtarı Aile Hekimliği ve güçlü birinci basamak sağlık hizmetidir. Güçlü Aile Hekimliği için uygulamayı iyi bilen ve işini severek ve isteyerek yapan Aile Hekimliği uzmanlarına ihtiyaç vardır. Bu istatistik bizlere göstermektedir ki Aile Hekimliğine ilgi duyan ve isteyen hekim adayları bu konuda daha yüksek bilgi düzeyine sahip gözükmektedirler. Fakat unutulmamalıdır ki görev ve yetki tanımlamalarını bilmeden yapılan Aile Hekimliği, sistem içerisinde sorunlar oluşturacaktır. Bu sorunlar yasal

problemler oluşturacağı kadar, hasta yönetiminde yaşanacak sorunlar hekimin kendini de tüketmesine yol açacaktır.

Katılımcılar, kendilerine yöneltilen bilgi düzeyi soruları içerisinden aşılama, sağlam çocuk takibi, gebe takibi, sürücü belgesi raporları ve aile hekiminin acil müdahale yapabilmesi gibi konulara yüksek oranda doğru yanıt vermişlerdir. Canpolat'ın sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada aşılama konusunda doğru yanıt verenlerin oranı % 65,1, sağlam çocuk ve gebe takibinde bu oran %80 ve sürücü belgesi raporunda bu oran %62,8 olarak çalışmamıza benzer bulunmuştur. Aile Hekimliğinin temel konularında yüksek oranda doğru yanıt verilmesi sevindirici ve bu konularda eğitimlerin yeterli olduğunu göstermektedir. Hem sağlıkçılar arasında hem de intern hekimler arasında Aile Hekimliği ve bu bahsedilen konular bağdaştırılmış ve özümsenmiştir(67).

Katılımcıların %22,3 ü aile hekiminin hasta görmeden reçete yazabileceğini düşünmektedir. Oysaki hasta olmadan kayıt açılması ve reçete yazılması Türk Ceza Kanunu'na göre suçtur ve görevi kötü kullanma, kamuyu zarara uğratma gibi sebeplerle altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile yargılama yapılmaktadır. Hasta olmadan reçete yazma isteği aile sağlığı merkezlerinde hasta yakınları tarafından sıkça istenen ve sözlü ve fiziksel şiddete neden olabilen bir durumdur. Yaklaşık bir sene sonra hekimlik hayatına başlayacak olan intern hekimlerimizin bu konuda bilgi eksikliği maalesef göze çarpmaktadır. Hakları ve sorumlu olduğu kanun ve yönetmelikler hakkında eğitim düzeylerinin artması gerekmektedir(91).

Hekim adaylarının en kararsız kaldığı soru "aile hekimi rahim içi araç (RİA) takabilir" sorusu olmuştur. Bu konuda evet, hayır ve fikrim yok seçenekleri neredeyse eşit çıkmıştır. Tıp fakültesi boyunca rahim içi araç takımı Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde takılma ile özdeşleşmiş durumdadır. Fakat RİA, aile planlaması ve üreme sağlığı gibi konularda Aile Hekimliği stajında verilecek teorik ve pratik eğitimlerle intern hekimlerin bilgi düzeyinde artış sağlanabilir.

Katılımcıların % 51,9 u aile hekimlerinin işe giriş raporlarını vermekle yükümlü olduğunu düşünmektedir. Oysa işyerleri tehlike sınıflarına göre sınıflandırılmış durumdadırlar. Muhtemeldir ki katılımcılar sadece az tehlikeli, az kişinin çalıştığı işyerlerini değerlendirmişlerdir. Fakat intern hekimlerin işyeri hekimliği ve Aile Hekimliği arasındaki temel farkları hangi branşı seçerse seçsin bilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların % 54,9 u aile hekimlerinin ulusal kanser tarama programlarına göre hastalarını takip etmekle yükümlü olduğunu belirtmişlerdir. Canpolat'ın çalışmasında oran % 50 lere yaklaşmaktadır. Çalışmamızda bu oran diğer çalışmaya göre yüksek bulunmuş olsa da her türlü kitle iletişim araçlarıyla reklamı yapılan bu taramalar hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olması beklenebilir. Zira koruyucu hekimlik ve erken tanı Aile Hekimliği için olmazsa olmazlardandır(67).

Katılımcıların yarı yakını aile hekiminin diğer branşlarca başlanan tedaviyi değiştirebileceğini belirtmiştir. Bu cevaplardan yola çıkarak katılımcıların Aile Hekimliği disiplinini, çekirdek yeterlilikleri ve özelliklerini tam olarak özümseyemediği sonucuna varabiliriz. Bu konuda Aile Hekimliği disiplini intern hekimlere teorik ve pratik olarak aktarmak Aile Hekimliği stajının temel hedefleri arasında olmalıdır.

Katılımcıların % 40,8 i aile hekiminin çevre sağlığından doğrudan sorumlu olduğunu düşünmektedir. %34 sorumlu değildir derken % 25,2 kararsız olduğunu belirtmiştir. Aile hekimi, hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmekle yükümlüdür. Bu konuda aile hekimlerinin halk sağlığı uzmanları ve toplum sağlığı merkezleri ile yaptığı iş birliği hakkında daha fazla bilgilendirme yapılabilir.

Çalışmamız yapılırken tüm internlerin Aile Hekimliği stajını tamamlamadığını göz önüne alırsak, tüm internlerin, Aile hekimliği stajının bitmesiyle beraber Aile Hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerinin daha da yükseleceğini tahmin etmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamıza katılan intern hekimlerin, kararsızlarla beraber, yarıya yakını Aile Hekimliğine sıcak bakmaktadırlar. İntern hekimlerin bu konu hakkındaki fikirlerinin detaylı şekilde incelenip, tercih edilme nedenlerinin artırılması yönünde çaba gösterilmelidir. Yine intern hekimler tarafından olumsuz taraflar olarak nitelendirilen durumlar, sağlık politikası belirleyicileri tarafından ciddiye alınmalı, nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmeti için birlikte çözümler üretilmelidir. Sağlık hizmetlerinin en önemli basamağı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin, nitelikli ve sorunsuz çalışması son derece önemli bir konudur. Bu konuda yapılması gereken, Aile Hekimliğinin üzerindeki angarya yükün kaldırılarak Aile Hekimliğinin maddi ve manevi yönden desteklenmesi, gelir düzeylerinin ve mesleki tatminsizliğe neden olabilen işlemlerin yeniden düzenlenip, aile hekimlerinin asıl işine odaklandırılmasıdır. Uzman aile hekimi sayısı artırılmalı ve aile hekimi başına düşen nüfus düşürülmelidir. Ancak bu şekilde aile hekimi üzerine düşen görev ve sorumlulukların tamamını karşılayabilecek ve vereceği sağlık hizmetinin kalitesini artırabilecektir.

Araştırmamıza katılan intern hekimlerin yalnızca üçte biri tıp fakültesi eğitiminin kendilerini Aile Hekimliği hakkında yeterince eğittiğini düşünmektedir. Bu konu değerlendirilirken unutulmamalıdır ki tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisi eğitim dünyasını da etkilemiş durumdadır. Öğrencilerin yüz yüze eğitimleri kesilmiş, pratik eğitimlerinin ise büyük çoğunluğu sekteye uğramıştır. Fakat bu veriyi tek başına bu duruma bağlamak da doğru değildir. Tıp fakültelerinin asıl amacı uzman hekim yetiştirmek değildir. Tıp fakültesi eğitim müfredatları, hekimleri birinci basamakta karşılaşacakları durumlara karşı teorik ve pratik olarak yeniden düzenlenmelidir. Aile Hekimliği Anabilim Dalı olmayan üniversitelerde süratle anabilim dalları ve akademik kadro oluşturulmalıdır. İşi insan olan hekimlerin sahaya çıktıkları zaman kendilerini daha yeterli görmeleri nihai hedef olmalıdır.

Araştırmamıza katılan intern hekimlerin 21 soruluk bilgi düzeyi sorularında doğru yanıt yüzdeleri % 55 civarında olmuştur. Bu oran tamamı hekim olmayan kişilerle yapılan

çalışmalara yakın orandadır. Tıp fakültesi kontenjanları ve TUS'ta açılan kadrolar göz önüne alındığında, intern hekimlerin bir kısmı Aile Hekimliği yapmak durumunda kalacaklardır. Bu nedenle Aile Hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Aile Hekimliği stajının önemi öğrencilere anlatılmalı ve Aile Hekimliğinin birçok hekimin çalışma alanı olacağı unutulmamalıdır. Bilgi düzeyinin düşük çıkmasını tek başına teorik ve pratik eğitimlere bağlamak doğru değildir. Birçok intern hekim, stajları TUS'ta çıkacak soru sayısına göre önemsemektedir. Oysa TUS, Aile Hekimliği ve birinci basamak bilgisini ölçmekten çok uzaklaşmaya başlamış durumdadır. Tıp fakültesinde Aile Hekimliğinin önemi birinci sınıftan itibaren verilecek eğitimlerle anlatılmalı ve Aile Hekimliği stajına olan ilgi maksimum düzeye çıkarılmalıdır. Zira yapılan karşılaştırmaya göre Aile Hekimliği yazmayı düşünen intern hekimlerin bilgi düzeyinin diğer intern hekimlere göre yüksek çıkmasını bu durumla açıklayabiliriz. Bu nedenle tıp fakültesi müfredatının başından itibaren koyulacak Aile Hekimliği stajları, intern hekimlere hem Aile Hekimliğinin önemini anlatacak hem de Aile Hekimliğinin en önemli kavramlarından olan koruyucu hekimlik ve bütüncül bakış açısını aşılayacaktır. Aynı zamanda altı yıl içerisindeki payı artan Aile Hekimliği hakkında öğrencilere daha çok teorik eğitim verilmiş olacak ve aile hekimlerinin çalışma alanlarında daha çok pratik eğitim yapmanın da önü açılmış olacaktır. Çalışma staj alan ve almayan farkı gözetmeksizin yapıldığı için staj alan kesimlerde olumlu yönde farklılık olabileceği düşünülmektedir.

Son söz olarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin genel anlamda Aile Hekimliğine bakış açısı olumlu olarak değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyleri temel konularda iyi durumdadır. Bu durumun ortaya çıkmasında AYBÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalının oturmuş eğitim programının ve rol model akademisyenlerinin payı fazladır. Yine de daha iyi ve yetişmiş hekimler olup etkin sağlık hizmeti sunabilmeleri için Aile Hekimliği hakkında daha çok teorik ve pratik eğitim almaları, kendilerini bu konuda daha çok geliştirmeleri, staja olan ilgilerinin daha da artırılması hedeflenmelidir.

7.KAYNAKÇA

1. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi 2016 [Available from: https://www.researchgate.net/profile/Melahat_Akdeniz/publication/269839390_The_Development_of_Family_Medicine_as_a_Discipline_in_Turkey/links/56c365ae08ae8a6fab5a06b9/The-Development-of-Family-Medicine-as-a-Discipline-in-Turkey.pdf.

2. Rakel RE. Rakel DP. Textbook of Family Medicine E-Book. Ninth Edition. Elsevier Health Sciences.

ed2016. 4-5 p.

3. WONCA EJ. The European definition of general practice/family medicine 2005 [Available from: http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf

4. DİKİCİ MF, KARTAL M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, YARIŞ F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences

2007;27(3):412-8.

5. Millis JS. The report of the citizen's commission of graduate medical education. The graduate education of physicians

1966.

6. Akdur R. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. Ankara Unıversitesi Basımevi. 1999.

7. WHO. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution 2019 [Available from: http://www.who.int/about/mission/en/

8. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. The British Journal of General Practice

2002;52(479):526.

9. Starfield B. The effectiveness of primary health care: Oxon : Radcliffe

2003.

10. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Caglayan H, editor: İstanbul: İletişim Yayınları; 1996. 49-70 p.

11. Gazete R. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 2005 [Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706-7.htm.

12. Leeuwenhorst P. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. 1974.

13. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, et al. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 1991. 1991.

14. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. BMJ. 2000;320(7231):354-7.

15. Us Ö. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri: Ankara Üniversitesi; 2019.

16. Resmi G. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği 2013 [Available from: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=ailehe.

17. Parlak A, Özenç S, Arslan E. Aile Hekimliği Disiplini.

18. WONCA. The European Definition of General Practice/ Family

Medicine 2011 [2011:[Available from: https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf.

19. KARATAŞ ERAY İ. Klinik Yöntem ve Ayrışmamış Hasta. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği. 2017;8(2):100-2.

20. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Medical Journal

2015;15(4).

21. Us M. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Antiviral İlaçların Kullanımı ve Influenza Aşısı Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 2020.

22. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine: Oxford University Press; 2009.

23. Taylor RB. Family medicine: Now and future practice. Family Medicine: Springer; 2003. p. 3-9.

24. Young P. Family practice: birth and development of a specialty. 1997.

25. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları: ürkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul

2004.

26. TAHUD. wonca 2020 [Available from: https://www.tahud.org.tr/page/wonca-world.

27. Turhan E. Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması: Ankara: Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

2014.

28. Organization WH. Resolutions and decisions of regional interest adopted by the fifty-first World Health Assembly and by the Executive Board at its 101st and 102nd sessions. 1998.

29. Organization WH. The world health report 2008: primary health care now more than ever: World Health Organization; 2008.

30. Yalçın BM, Pirdal H, Ünal M, Selçuk Y. Anadolu Tıp tarihi–bölüm I. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

2016;20(1):33-44.

31. Ülman YI. Reformlar, Osmanlı Devleti'nde Tıp Tarihi ve Tıp Etigi Ders Kitabı

2007. 175-86 p.

32. FİŞEK N. Halk Sağlığında 50 Yıl* [Available from: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/15.html.
33. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi2012.
34. Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tarihi: 18.04.1973 Sayısı: 14511

[Available from: https://srm.metu.edu.tr/tr/system/files/tababet-uzmanlik-tuzugu.pdf.
35. ALGIN K, Şahin İ, Mehmet T. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi

2004;7(3).
36. TAHUD. Aile Hekimliği Tarihçe 2020 [Available from: https://www.tahud.org.tr/page/tarih%C3%A7e-1.
37. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği 2015.
38. Saglık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara Ağustos 2008.
39. Sağlık Bakanlığı. Organizasyon Rehberi. 2020.
40. Resmi Gazete. No. 5258. Resmi Gazete. 2004 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5.
41. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal AJTPMB. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). 2008;7(5):377-84.
42. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish Journal of Family Medicine

Primary Care

10(2):81-90.
43. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 2019 [Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0.
44. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.1 2017 [Available from: https://tuk.saglik.gov.tr/TR,31209/aile-hekimligi.html.
45. Kılıç B. Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri), 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. 2007.

46. Ünlüoğlu İ, Özcan Paycı S. Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları2004.

47. Çalış S. Türkiye'de sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortalarının incelenmesi: Marmara Unıversıty; 2006.

48. Bozdemir N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1997.

49. Bakanlığı S. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Amerika Birleşik Devletleri Ülke Raporu

2015 [Available from: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/amerika.pdf.

50. Aydın B. Sağlıkta Değişim, SB Diyalog Dergisi. TC Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı

2004;1(7):4-6.

51. Bakanlığı S. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Almanya Ülke Raporu 2015 [Available from: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/almanya.pdf.

52. Statista. Anzahl der Ärzte und Ärztinnen in Deutschland nach Berufsgruppen. 2020 [Available from: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158849/umfrage/aerzte-nach-taetigkeitsbereichen-in-deutschland/.

53. Aydın S. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset Yayınları; 2004. 9-104 p.

54. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler [Available from: http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf.

55. Ataç Ö, Taşdemir M. Bir Halk Sağlığı Destanı: Küba. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2017;42.

56. Şişman S. Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. Istanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2010.

57. Hayran O. Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından, Nasıl Sunulmalı? [Available from: https://www.researchgate.net/publication/286932755_Birinci_Basamak_Hizmetler_Kimler_Tarafindan_Nasil_Sunulmali.

58. Bakanlığı S. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Birleşik Krallık Ülke Raporu 2015 [Available from: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/birlesikkrallik.pdf.

59. Mednet. 2015 [Available from: https://mednet.ru/informatizatsiya/reestr-oid-minzdrava-rossii.

60. Aksakoğlu G. Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde sağlık reformu: TTB Yayınları; 2003. 68-79 p.

61. FFOMS. Federal Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu 2021 [Available from: http://www.ffoms.gov.ru/.

62. Sağlık B, Akarcalı S. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Rusya Federasyonu Ülke Raporu 2015 [Available from: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/stur/rusya.pdf.

63. Set T. Mezuniyet Öncesi Aile Hekimliği Eğitimi: WONCA ve ÇEP Çerçevesinde Bir Program Önerisi Euras J Fam Med 2015; 4(1):7-16. 2015.

64. Sayek İ, Odabaşı O, N. K. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010 2010 [Available from: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf.

65. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesi [Available from: https://www.aybu.edu.tr/tip/contents/files/T%C4%B1p%20Fak%C3%BCltesi%20E%C4%9Fitim%20ve%20S%C4%B1nav%20Y%C3%B6nergesi.pdf.

66. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013:417-24.

67. Canpolat Kurt E. Hastanemiz Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.

68. Morra DJ, Regehr G, Ginsburg S. Medical students, money, and career selection: students' perception of financial factors and remuneration in family medicine. 2009;41(2):105.

69. Lambert TW, Goldacre MJ, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. 2006;40(6):514-21.

70. Liviatan N, Zemah GM, Reis S, Karkabi K, Dahan R. Specialty preference of medical students at one Israeli university: family medicine versus other specialties. 2008;147(12):986-90, 1029, 8.

71. Yener Ö. Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Aile Hekimliği ile İlgili Düşünceleri ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Aile Hekimliği Stajının Yerinin Değerlendirilmesi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2011.

72. Akbayram HT. Neden diğer uzmanlıklar, neden aile hekimliği uzmanlığı değil? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2019;23(2):70-7.

73. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği 2021 [Available from: http://tip.gantep.edu.tr/pages.php?url=aile-hekimligi-anabilim-dali-219.

74. Zarkovic A, Child S, Naden G. Career choices of New Zealand junior doctors. The New Zealand Medical journal. 2006;119(1229).

75. Fevzi Dikici M, Yaris F, Topsever P, Muge Filiz T, Serdar Gurel F, Cubukcu M, et al. Factors affecting choice of specialty among first-year medical students of four universities in different regions of Turkey. 2008;49(3):415-20.

76. Resmi Gazete. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı 2010 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=9&MevzuatNo=14124&MevzuatTertip=5.

77. KÖKSAL S, VEHİD S, TUNÇKALE A, ÇERÇEL A, ERGİNÖZ E, KAYPMAZ A, et al. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi ve Mezuniyet Sonrası ile İlgili Tutumları. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 1999;4.

78. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, et al. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. BMC. 2007;7(1):1-8.

79. Avgerinos ED, Msaouel P, Koussidis GA, Keramaris NC, Bessas Z, Gourgoulianis K. Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. 2006;79(1):101-6.

80. Gökcan H. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2014.

81. Gökkaya N. Aile Hekimlerinin Mesleki Faaliyetlerine İlişkin Yargıtay Kararları. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.

82. Timur A, Çetinkaya F, Durmuş H, Yıldız S. Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(1):2-11.

83. Tanir F. Aile hekimligi uygulamalarinin Dogankent Saglik, Egitim ve Arastirma Bolgesindeki durumu. turkish Journal of Public Health. 2014;12(2):91.

84. Kaya D. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği İntörnlük Diliminin İntörn Doktorların Birinci Basamağa Bakışlarına Etkisi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2019.

85. DEDEOĞLU N. Fakültemiz Öğrencileri ve Öğretim Üyeleri Tıp Eğitimi Konusunda Ne Düşünüyorlar? Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 21 yüzyılda tıp eğitimi sempozyumu. 1993.

86. ÖZVARIŞ Ş, SÖNMEZ R, SAYEK İ. Assessment of knowledge and skills in primary health care services: senior medical students' self-evaluation. Teaching and Learning in Medicine. 2004;16:34-42.

87. Aydoğan S. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Işığında 2009-2018 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Klinik Sorularının Temel Hekimliği Ölçüm Düzeyinin Değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2021.

88. Gong B, Nugent JP, Guest W, Parker W, Chang PJ, Khosa F, et al. Influence of artificial intelligence on Canadian medical students' preference for radiology specialty: ANational survey study. 2019;26(4):566-77.

89. Guo J, Li B. The application of medical artificial intelligence technology in rural areas of developing countries. 2018;2(1):174-81.

90. ÖCAL EE, ATAY E, ÖNSÜZ MF, ALGIN F, ÇOKYİĞİT FK, KILINÇ S, et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıpta Yapay Zeka ile İlgili Düşünceleri. Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi.2(1):9-16.

91. Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu 25611/12.10.2004 2004 [Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm.

8.EKLER

8.1 EK-2 ANKET SORULARI

Değerli katılımcı; "Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" adlı araştırma, sağlık sistemimizin temel taşlarından birini oluşturan Aile Hekimliği uygulaması hakkında, eğitimlerinin son yılındaki intern doktorların görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Ankette kimliğinizi ortaya çıkaracak tarzda soru bulunmamaktadır. ANKETTEN ELDE EDİLECEK VERİLER SADECE BİLİMSEL AMAÇLI KULLANILACAKTIR. Ankete katılmak isteğe bağlıdır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Dr.Berat Altunışıkoğlu

Tarih: İmza:

Katılımcı onamı: 'Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.'' başlıklı çalışmaya kendi rızamla katılıyorum.

A- BU BÖLÜMDEKİ SORULAR DEMOGRAFİK VERİLER HAKKINDADIR.

1. Kaç yaşındasınız?…….

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3. Aile hekiminizi tanıyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır

4. Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

5. Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünüyorsanız sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a Gelirinin yüksek olması
b Hedefim olan bölüm olması
c İş yükünün görece az olduğunu düşünmem
d Acil, yoğun bakım, servis vs. yönlerinin olmaması
e Birinci basamakta çalışma isteği
f Sağlık sisteminin temelinde Aile Hekimliğinin olduğunu düşünmem
g Hastane ortamında çalışmama isteği
h Akademik yükselme imkanının nispeten daha fazla olması
i Malpraktis ve dava edilme riskinin az olması
j Diğer…….

6. Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmüyorsanız sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a İdealimde başka branş olması
b Gelirinin yetersiz olması
c İş yükünün görece fazla olduğunu düşünmem
d Yeterince prestijli bulmamam
e Mesleki tatmininin az olduğunu düşünmem

f Tıp dışı gereksiz bürokratik işlerinin fazlalığı

g Pratisyen olarak da Aile Hekimliği yapabilecek olmam

h Diğer…….

.

B- BU BÖLÜMDE CEVAPLAYACAĞINIZ SORULARA 1 İLA 5 ARASI PUAN VERİNİZ.

	Hiç katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Kısmen katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
7 .Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum.					
8. Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulamasını etkin buluyorum.					
9. Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulamasını gerekli buluyorum.					
10. Gelecekte Aile Hekimliği uygulamasının yerini yapay zeka alabilir.					
11. Aile hekimi olmak için uzmanlık gereksizdir.					
12. Sağlık hizmeti talebinde ilk başvuru yeri aile hekimi olmalıdır.					
13.Hastalar aile hekimlerine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine başvuramamalıdır.					
14. Aile hekimleri haftanın her günü ulaşılabilir olmalıdır.					
15. Yeni mezun hekimlerin direkt aile sağlığı merkezlerine atanması gerektiğini düşünüyorum.					

16. Aile hekimlerinin yaptıkları işe göre az maaş aldıklarını düşünüyorum.					
17. Aile hekimlerinin toplum içinde yeterince saygınlığı olduğunu düşünüyorum.					
18. Aile hekimlerinin randevu sistemi ile çalışması gerektiğini düşünüyorum.					
19. Bir aile hekimine bağlı nüfusun azaltılması gerektiğini düşünüyorum.					
20. Aile Hekimliği bünyesinde verilen bazı hizmetler (sürücü raporları, sporcu raporları, GETAT uygulamaları vs.) ücretli olmalıdır.					
21. Tıbbi problemlerin yönetilmesinde aile hekimlerine güvenirim.					

C- BU GRUPTAKİ SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ DÜZEYİNE YÖNELİK SORULARDIR.

	Evet (1)	Hayır (2)	Fikrim yok (3)
22. Aile hekimi tüm hastalıklarla ilgilenir.			
23. Ulusal aşı programındaki tüm aşılar Aile Hekimliği uygulaması üzerinden ücretsiz olarak yapılabilir.			
24.Aile hekimi ulusal tarama programı kapsamındaki kanser taramalarını takip etmekle yükümlüdür.			

25.Aile hekimi sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlüdür.			
26. Aile hekimi gebe takibi yapmakla yükümlüdür.			
27. Aile hekimi çevre sağlığı konularında (İçme suyu hijyeni, hava kirliliği vs.) doğrudan sorumludur.			
28. Aile hekimi işe giriş raporlarını vermekle yükümlüdür.			
29. Aile hekiminin reçete ettiği raporlu/raporsuz tüm ilaçlar SGK tarafından ödenir.			
30. Aile hekimi acil müdahele yapabilir.			
31. Sürücü belgesi raporları aile hekiminden ücretsiz olarak alınabilir.			
32. Aile Hekimliğinde esnek mesai uygulanabilir.			
33. Aile hekimi tüm hastaların sağlıkla ilgili kayıtlı verilerine ulaşabilir.			
34. Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir.			
35. Aile hekimi ev ziyaretlerinde bulunur.			
36. Evde sağlık hizmetleri tamamen aile hekiminin			

yükümlülüğündedir.			
37. Aile hekimi hasta görmeden reçete yazabilir.			
38. Hastalık belirtisi olmadan da aile hekimine başvurulunabilir.			
39. Aile hekimi rahim içi araç takabilir.			
40. Aile hekimi erişkin bağışıklamada aşı reçete edebilir.			
41. Aile hekimi aile sağlığı merkezinde işveren konumundadır.			
42. Aile hekimi narkotik ilaç reçete edemez.			

Anketimiz sona ermiştir. Katılımınız için teşekkür ederim.