T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ İLE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN KAYITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Çağdaş Emin Maç

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2017





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ İLE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN KAYITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Çağdaş Emin Maç

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Güzin Zeren Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

KISALTMALAR ii

TABLO LİSTESİ iii

GRAFİK LİSTESİ vi

ÖZET vii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi 3

2.2. Avrupa Birliği'nde Aile Hekimliği 10

2.3. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi 10

2.4. Aile Hekiminin Tanımı 13

2.5. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği 14

2.6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 16

3. GEREÇ VE YÖNTEM 27

3.1. Etik Kurul İzni 27

3.2. Çalışmanın Özellikleri 27

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme - Edilmeme Kriterleri 27

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi 27

4. BULGULAR 28

4.1. Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri 29

4.2. Hastane Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar..... 32

4.3.Hastane Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 34

4.4. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri 35

4.5. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar. 38

4.6. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 40

4.7. Eğtim ASM Poliklinikleri Verileri ile Hastane Poliklinikleri Verilerinin Karşılaştırılması..... 42

5. TARTIŞMA 45

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55

6.1.Sonuçlar 55

6.2. Öneriler 55

KAYNAKLAR 58

EKLER 63

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her türlü bilgi, beceri ve tecrübesini büyük bir özveri ile aktaran, çalışmalarımızda teşvik edici, hiçbir zaman ilgi ve desteğini esirgemeyen ve asistanı olarak çalışmaktan mutluluk duyduğum, hayatımın her alanında örnek aldığım değerli hocam, Aile Hekimliği Klinik Şefimiz Doç. Dr. Dilek Toprak'a,

Asistanlık eğitimimde beraber çalışma imkanı bulabildiğim için kendimi şanslı hissettiğim, bilgi ve tecrübelerini her fırsatta bizimle paylaşan, başasistanımız ve tez danışmanım Uzm. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Daha üniversite öğrencisiyken aile hekimliğinin temellerini öğreten, aile hekimliği uzmanlığı yolculuğuma başlama sebebim olması yanı sıra bu yolculuk süresince de desteğini hiç esirgemeyen çok sevdiğim hocam Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici'ye,

Rotasyonlarım süresince ilgi ve bilgilerini bizden esirgemeyen tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma,

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan onur duyduğum bütün asistan arkadaşlarıma, tüm hastane personeline ve birlikte çalışmaktan ayrıca onur ve mutluluk duyduğum ailem dediğim SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği asistanlarına,

Desteklerinin sadece gündelik hayatımı değil bütün hayatımı kapsadığını her fırsatta gösteren annem Şükran Maç ve babam Vahdettin Maç'a,

Güveni ve desteğini hep hissettiğim; özellikle tez dönemimde çektiğim bütün teknik sorunları çok kısa sürede çözmemi sağlayan ağabeyim Çağlayan Maç'a,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

YY: Yüz Yıl

AH/GP: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NHS: İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri

RCGP: Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji

AAFP: Amerikan Genel Pratisyenler Akademisi

AB: Avrupa Birliği

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

TAHUD:Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

EURACT: European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine

TAHYK: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

OMÜ: Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ATO: Adana Ticaret Odası

NAMCS: National Ambulatory Medical Care Services

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

AKUT ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

EPCF: Educational Primary Care Facility

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Bileşenleri 20

Tablo 2: Hastane Başvurularının Yaş ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı 31

Tablo 3: Hastane Aile Hekimliği Polikliniğine Başvurularının Tanılarının Dağılımı 32

Tablo 4: Hastane polikliniklerinde en sık konulan 20 tanının yaş gruplarına göre dağılımı 34

Tablo 5: Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımı 37

Tablo 6: EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 20 Tanının Cinsiyetlere Göre Dağılımı 39

Tablo 7: EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 20 Tanının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 40

Tablo 8: EASM ve Hastane Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı..... 44

Tablo 9: EASM ve Hastane Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanının Birbirleriyle Kıyaslanması 44

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı 29

Grafik 2: Hastane Başvurularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı..... 30

Grafik 3: Hastane Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanı..... 33

Grafik 4: Hastane Polikliniklerinde Yaş Gruplarına Göre En Sık Konulan 3 Tanı 35

Grafik 5: EASM Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı..... 35

Grafik 6: EASM Başvurularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı..... 36

Grafik 7: EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanı 38

Grafik 8: EASM Polikliniklerinde Yaş Gruplarına Göre En Sık Girilen 3 Tanının Dağılımı 41

Grafik 9: Cinsiyetlere Göre Başvuru Oranları 42

Grafik 10: EASM ve Hastane Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 43

ÖZET

Amaç

Aile hekimleri sağlık hizmetinin ilk başvuru noktası yani giriş kapısıdır. Çalışmamızda hastane ve eğitim aile sağlığı merkezindeki (EASM) hasta profilleri arasındaki farkları belirleyerek aile hekimliği uzmanlık eğitiminin kalitesini arttırmayı amaçladık.

Yöntem

02.08.2016-02.02.2017 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği poliklinikleri ve EASM polikliniklerine başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri ve tanıları incelendi. İstatistiksel analiz SPSS 15.0 for windows programıyla yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi'yle yapıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular

Hastaneye başvuran 15275 ve EASM'ye başvuran 16083 olgu olmak üzere çalışmaya toplam 31.358 olgu dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması hastane grubunda 42±19,79; EASM grubunda 34±15,56'ydı. Hastaneye başvuran 15275 hastanın 7818'i (%51,2) kadın, 7457'si (%48,8) erkek; EASM'ye başvuran 16083 hastanın 10184'ü (%63,3) kadın, 5899'u (%36,6) erkekti. EASM'ye kadınların anlamlı oranda daha fazla başvurduğu izlendi (p=0,001).

EASM başvurularının %31,4'ünü (n=5045) 0-14 yaş grubu, %54,3'ünü (n=8739) 15-64 yaş grubu, %14,3'ünü (n=2299) ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır. Hastane başvurularının %0,7'si (n=104) 0-14 yaş grubu, %83,4'ü (n=12745) 15-64 yaş grubu; %15,9'u (n=2426) da 65 yaş ve üzeri yaş grubundan oluşmaktadır. Hastane ve EASM polikliniklerine yapılan başvuruların yaş gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001).

EASM’de girilen akut ÜSYE %25,9 (n=4169), miyalji %10,1 (n=1622) ve rutin çocuk muayene %9,1 (n=1458) tanıları hastane tanılarına göre anlamlı oranda yüksekti (p=0,001). Hastanede ise endokrin bozukluklar %19,4 (n=2970), genel tıbbi muayene %15 (n=2295) ve işe girme öncesi muayene %6 (n=921) tanıları EASM’ye göre yüksekti (p=0,001). Hipertansiyon tanısında gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,810).

Sonuç

Hastane ve birinci basamakta hasta başvuruları arasında yaş grubu, cinsiyet ve tanılar yönünden önemli farklılıklar vardır. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gerçek hasta profillerini deneyimlemesi ve eğitimlerine katkısı yönünden EASM’lerin uzmanlık eğitimlerinde yer alması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, uzmanlık eğitimi

ABSTRACT

Aim

Family physicians are the first step of health care system. This study aimed to assess the differences between the characteristics of patients who apply to hospital policlinics and educational primary care facilities (EPCF) to improve the standarts of education in residency.

Materials and Methods:

Patients' records who apply to the SBU Sisli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital and EPCF between 02.08.2016-02.02.2017 are assessed retrospectively. Patients' ages, genders and diagnoses were examined. Datas were installed in computer using SPSS 15,0 for Windows, chi-square is used for comparising the datas and $p<0,05$ was considered significant.

Results:

31.358 patients were involved, 15275 of them applied to hospital, 16083 to the EPCF. Percantage of the female patients were 51,2% in hospital and 63,3% in EPCF. The mean age of the patients were 42±19,79 in hospital and 34±15,56 in EPCF. Attendance to EPCF among female patients were significantly high (p=0,001).

Distiribution of the ages were; 31,4% (n=5045) 0-14 age group, 54,3% (n=8739) 15-64 age group and 14,3% (n=2299) >65 years in EPCF and 0,7% (n=104) 0-14 age group, 83,4% (n=12745) 15-64 age group and 15,9% (n=2426) >65 years in hospital. Distribition of the attendance to hospital policlinics and EPCF were meaningful between age groups.

Diagnoses of acute respiratory tract infections 25,9% (n=4169), myalgia 10,1% (n=1622) and routine child health examination 9,1% (n=1458) were significantly higher than hospital diagnoses. (p=0,001). Diagnoses of endocrine disorders 19,4% (n=2970), general adult medical examination 15% (n=2295) ve pre-employment examination 6% (n=921) were substantially higher in hospital than EPCF.(p=0,001) Hypertension diagnoses were similar between two groups.(p=0.810)

Conclusion :

There are major differences between the applications of hospital and EPCF in terms of ages, genders and diagnoses. Educational primary care facilities must participate in family physician residencies' education schedule in order to experience the real patients' characteristics.

Keywords: Family medicine, family physician residency

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği/genel pratisyenlik Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından; "tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan; mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getiren hekimdir" şeklinde tanımlanmıştır. (1)

Aile hekimleri sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasını yani giriş kapısını oluşturmaktadır. Kişiye sağlıkta ve hastalıkta sürekli hizmet sunan, tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmet verirler ve tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörlüğünü yaparlar. Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşıyarak kişiselleştirilmiş bakım sağlarlar. (2)

Aile hekimleri disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış uzman hekimlerdir. Disiplinin tanımı ve özellikleriyle aile hekiminin tanımı ve görevleri çerçevesinde aile hekiminin sahip olması gereken altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgül sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşımdan oluşmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı ve müfredatı bu temel çerçeveye uygun olarak hazırlanmıştır. Programın içeriği ve eğitim yöntemleri aile hekimlerine disiplinin temek yeterliliklerini kazandıracak şekilde düzenlenmiştir. Yaparak yani deneyimleyerek öğrenme ve bu öğrenmenin ortama bağımlı olması aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temel felsefesidir. Bu, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmının aile hekimliği uygulama ortamlarında gerçekleştirilmesi gerektiği anlamını taşımaktadır. (3)

Aile Hekimliğinin etkin ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğunu azaltarak sağlık hizmet sunumunda tıkanmaları ve mali açıdan da boşa kayıpları önleyecektir.

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere bir çok dünya ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi kavranmış ve bu alanda reformlar yapılarak hem sağlık hizmeti kalitesi arttırılmakta hem de mali kayıplar azaltılmaktadır.

Biz bu çalışmamızda; SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği polikliniklerine ve eğitim aile sağlığı merkezi (EASM) polikliniklerine başvuran bireylerin dosyaları retrospektif olarak değerlendirdik. Başvuran bireylerin demografik verilerini, başvuru nedenlerini, tanılarını inceleyerek aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde yer alan hastane poliklinikleri ve EASM polikliniklerindeki hasta profilleri arasındaki farkları belirleyerek hem aile hekimliği uzmanlık eğitiminin hem de topluma verilen poliklinik hizmetlerinin kalitesinde artış sağlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Dünyada aile hekimliği/genel pratisyenliğin kökenleri (AH/GP) Avrupa'dan Amerika'ya giden ve o dönemin koşullarında çalışmayı istemeyen hekimlerin sayısının gittikçe artmasıyla 18. yüzyıl (yy)a kadar uzanmaktadır. Genel pratisyen terimi ilk kez 19. yy' da Lancet'te kullanılmıştır. Böylece genel pratisyenliğin temelleri Amerika'da atılmış ve adı da 19. yy'da İngiltere'de konulmuştur. (4).

20. yüzyılda bilimdeki gelişmeler tıp alanını da etkilemiş ve tıp dünyasında uzmanlıklara ayrılma eğilimi başlamıştır. 1915'te Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tıp fakültesi mezunlarının %66'sı uzmanlaşmaya yanaşmadılar. 1920'ye geldiğimizde Dawson farklı bir öngörüyle, sağlık hizmetinde topluma dayalı yaklaşımı, kaynakların paylaşımını ve birinci basamak sağlık bakımı çalışanlarının eğitimini savunan bir rapor yayınladı. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık merkezi kavramları ilk defa bu raporla ortaya konulmuş oldu. 1923 yılında Francis Peabody, tıp alanında başlayan uzmanlaşma eğilimi sonucu hastaların ortada kaldığını; kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti verecek yeni bir uzmanlık dalına gerek olduğunu vurgulamıştır. Ancak bu bildirisi zamanından önce yapılmış bir açıklama olarak kalmış ve 1930'lara kadar yavaş bir ilerleme gösteren uzmanlaşma eğilimi, bu tarihten sonra daha da hızlanmıştır. (5-7)

20. yy başında, etkin bir uygulama modeli olarak İngiltere ele alındığında, uzmanlar ve pratisyenler arasında iş bölümü yapıldığı görülmektedir. O dönemde genel pratisyen, hastanın ilk bakımını sağlamakta, gerektiğinde konsültan olarak tabir edilen uzmanlara sevk etmekte ve sonrasında tekrar hastanın izlemlerine devam etmekteydi. Hastaneleri ise büyük oranda alan uzmanlarına bırakmışlardı. 1911'de ilk ulusal sosyal güvenlik kanunu da bu görev dağılımına göre yürürlüğe koyulmuştur. (8,9).

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), II. Dünya savaşı sonrasında gelişen sosyal atmosferden doğmuştur. NHS 1948'de aktif hale geçirilerek herkesin

ihtiyaç duyduğu tıbbi tedaviye ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Yine bu dönemde İngiliz pratisyenler de, muayenehanelerinde çalışıp kendi işlerine sahip olmuşlar ve gerektiğinde hastalarını uzmanlara sevk etmiş izleyebilmişlerdir (8,10).

20. yy ortalarında genel pratisyenler sayı olarak hekim gurubunun en kalabalık bölümünü oluşturuyordu. Genel pratisyenler, ihtiyacı olan insanlara yardım etmek amacıyla 24 saat hizmet vermeye hazır bulunuyorlardı. Bu dönemin pratisyenleri insanlarla iç içeydi, iyi günde kötü günde hastalarının yanında bulunuyorlardı ve hatta onların arkadaşıydılar. Ancak bu pozitif görünüm, hızla gelişen tıbbın klinik başarıları sonrasında silinmek durumunda kaldı. Artık ideal doktor tipi, son tıbbi olanaklara ve bilgiye sahip 'beyaz ceketli' uzmanlardan oluşuyordu (11). Bu gelişmeler genel pratisyenleri *güçlenme çalışmalarına soktu ve bu çabalarının devamında da 1952'de Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji'ni (RCGP) kurdular (5,12).

ABD, İngiltere'nin aksine uzmanlık sisteminin doğduğu yerdir. Genel pratisyenlerin özgül rolü ve işlevi 20. yy başında bile henüz belirginleşmemişti. Pratisyen hekimlik, uzmanlaşmanın hızla gelişmesiyle beraber, uzmanlık alanları arasında kısıtlı bir alan olarak kalıyordu (9). 1935'lerde %75 olan, 1938'lerde %79,2 yi bulan genel pratisyen sayısı, 1957'de %45'e 1970'lerde ise %17,3'e kadar düşmüştü (13,7,14). Diğer tarafta da 1949'da %39'larda olan tam zamanlı çalışan uzmanların oranı 1969'da %77'ye kadar ulaşmıştır. Böyle bir dönemde, 1947 yılında Amerikan Genel Pratisyenler Akademisi (AAFP) kurulmuştur (9).

Bu dönemdeki birinci basamağı oluşturan genel pratisyenler, tipik olarak tıp fakültesi sonrası eğitimlerini bir yıllık rotasyonlarla tamamladıktan sonra muayenehanelerde çalışıyorlardı (13). 1960'ların sonunda uzmanlaşma eğilimine karşı cevap olarak kendilerini geliştiren yeni grup genel tıp doktorları, daha iyi eğitim almaya ve hastayla ilk temas hekimliğinde önemli bir rol oynamaya başladılar (11). Bu gelişmelerle beraber aile hekimliğinin öncüleri, tıp alanındaki uzmanlaşma eğilimini tersine çevirmek ve az olan aile hekimi sayısını artırmak için yeni bir uzmanlık dalı kurulmasını önerdiler (15).

Aile hekimliğini savunanlar genel sağlık bakımını önemle vurgularken, tıpta uzmanlaşmanın bir tür onurlandırma olduğunu ve bu bakımdan birinci basamak hekimliğinin yeni bir yapıya ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir. Bu dönemde tipik bir uzmanlık eğitimi olmamakla beraber, Amerika'daki bazı üniversitelerde yaygın bakım programları ile düzenli eğitim ve uygulama programları oluşturulmuştur. Bu programları da devlet ve özel fonlar desteklemiştir (9).

1960'larda ABD sağlık bakımı örgütlenmesi genel tıp anlayışında yeninden yapılandırılıyorken Amerika halkının halen alamadığı kapsamlı ve bireysel sağlık bakımının sağlanması için uygun bir toplumsal ortam bulunuyordu (16). Genel pratisyenlik Vietnam savaşının, sivil halklar hareketinin ve dünyada birçok sosyal rahatsızlığın bulunduğu 1960'lı yıllarda gelişti. Bu olaylar ile genel tıp eğilimin ABD'deki gelişiminin aynı zamana rastlamasının bir çok nedeni vardır. O dönemde Amerikalıların gereksinimlerini karşılamaya çalışan genel pratisyen sayısı çok azdı. İleri görüşlü sağlık bakımı planlayıcıları, Amerika halkının gereksinimleri ile birlikte Amerikan tıbbındaki bölünme tehdidini gördüler. Böylelikle kişisel sağlık bakımında uzmanlaşan bir hekim tanımı ortaya atılmış oldu (17).

Bu gelişmelerden sonra aile hekimleri toplum merkezli sağlık bakımı, kişisel hekimlik, bireylere ve ailelere sürekli bakım sorumluluğunu üstlenme, evde hasta bakımı uygulamaları ve ulusal sağlık sigortası ile gelecekte seçkin bir tıbbi güce sahip olabileceklerinin farkına vardılar (9). Genel pratisyenlikteki değişim dönemi 1960'larda, özellikle İngiltere, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda gibi İngilizce'nin kullanıldığı ülkelerle beraber Yugoslavya, İsrail ve bazı batı Avrupa ülkelerini de etkilemiştir (14).

1966'da aynı yıl içerisinde peş peşe çıkarılan Willard, Milis ve Folsom raporları ABD'de sağlık bakımındaki bölünme ve genel tıp yaklaşımındaki etkinliğin yetersizliğini vurgulamışlardır (5,9,14,16). Ayrıca bu raporlarda toplumun, yalnızca izole hastalıklar ve organ işlevselliği ile ilgilenen değil, kişisel tedavi ile beraber tüm ailenin bakımını da üstlenebilen, onlarla sürekli ilişki kurabilen, kaliteli ve yetkin bir hekime ulaşma hakkının olduğunu bildirmişlerdir. Bunun için de yeni geliştirilmiş bir eğitim programı önerisinde bulunmuşlardır (16).

Geleneksel uzmanlar, aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olmasına karşı bir direnç göstermektedir. Bu sebepten birinci basamak hekimliğinin geliştirilmesi ve bu alanda çalışan hekimlerin uzmanlaşması konusundaki fikirler onlarca yıl beklemede kalmıştır. Bu durum, tıpta uzmanlaşmadaki artışın devam etmesine, hastane hizmetlerindeki gelişmeye karşın sağlık bakımındaki kalitenin aynı oranda gelişmemesine ve sağlık fonlarının kullanımındaki sorunların artmasına kadar devam etmiştir (6,7). Sonunda Genel Pratisyenler Akademisinin desteği ile birlikte aile hekimliği 1969 yılında ABD'de 20. uzmanlık alanı olarak belirlendi (7,9,14,17). Amerikan Genel Pratisyenler Kurulu'nun adı American Board of Family Practice olarak yenilendi ve aile hekimliğinde eğitim fonları oluşturuldu (7).

Aynı dönemde ABD'deki gelişmelerden hoşnutlukla takip eden İngiliz pratisyenler, konumlarını geliştirdiler. 1952 yılında kurulan Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji'nden günümüze kadar gelen süreçte İngiltere sağlık sisteminde önemli yer tutan birinci basamak hekiminin özellikleri de bu yönde belirlenmiştir (12). İngiltere merkezli aile hekimliğinin güçlenmesinde uzmanlaşmaya eğilim, hasta beklentileri ve çağdaş birinci basamak hekiminin eğitimi ile ilgili sorunlar hala devam ediyor olsa da genel pratisyenlikten aile hekimliğine geçiş kolay olmuştur (9).

Birinci basamak sağlık hizmetleri gittikçe yaygınlaşmaya başlamış ve 1978'de Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata Bildirgesi'yle de tüm dünyada tanınmıştır. Aynı yıl Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri; hastayla ilk temasın sağlanması, kapsayıcılık, koordinasyon ve süreklilik olarak belirlendi (6). Daha sonraki dönemlerde aile hekimliğindeki bu gelişmeler Orta ve Güney Amerika, Karayipler, Meksika ve Güney Afrika Cumhuriyeti'ne de yayıldı (13)

ABD ve İngiltere dışındaki ülkelerde de gelişmeler olmuştur. 1978'de İspanya'da aile hekimliği kabul edildi. Aile hekimliği eğitim programları günümüzde birçok Latin Amerika ülkesinde de bulunmaktadır. Küba'da halkın sağlık planlamalarında aile hekimleri belirleyici konumdadır. Meksika'daki sağlık sisteminde 1970'lerden beri aile hekimliği önemli rol oynamaktadır (17).

On dört Asya Pasifik ülkesinde aile hekimliği ile ilgili çekirdek müfredatı bulunmaktadır. AH Güney Afrika, Malezya, Singapur, Hongkong, Tayvan ve Filipinler'de etkin durumdadır. Yine Avustralya ve Yeni Zelanda'da oldukça güçlüdür. Rusya, Hindistan ve Çin de aile hekimliği ile ilgili sağlık programlarını geliştirmeye başlamıştır (17).

Özellikle Çin, 1949 devriminden sonra yaptığı sağlık örgütlenmesi değişimi ile kısa zamanda büyük gelişme kaydetmiştir. 1970'lere kadar sağlık hizmetleri, geleneksel olarak kırsal bölgelerde çağdaş bir tıp eğitimini tamamlamamış olan 'çıplak ayaklı doktorlar', kentlerde ise mahalle doktorları ve işyeri hekimleri ile yürütülmeye çalışılmıştır. Bu tarihten sonra, Çin birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırmak amacıyla, özellikle kırsal kesimlerdeki 'çıplak ayaklı doktorların' eğitim düzeyini yükseltmeye çalışmıştır (18).

Güney Afrika, Mısır ve Nijerya'da da aile hekimliği/genel pratisyenlik gelişmiştir. Suudi Arabistan, Umman, Kuveyt ve Ürdün'deki aile hekimliği eğitimi Arap Aile Hekimliği Kurulu tarafından yönetilmektedir. Aile hekimliğinin doğası ülkeler arasında değişim göstermektedir. ABD, Kanada, Nepal' de aile hekimleri hastanelerde etkin rol oynamaktayken; İngiltere ve Latin Amerika'da aile hekimleri kendi ofislerinde çalışmaktadırlar (17).

AH/GP uzmanlık eğitimleri de paralel bir gelişme göstermiştir. ABD'de aile hekimliği 3 yıllık bir uzmanlık dalı olarak kabul edilirken, Amerikan Aile Hekimliği Board Sertifikası oluşturulmuştur (17) . 1979'a kadar sertifikayı klinik uygulamanın kalitesi belirlerken, bundan sonra aile hekimi olmak isteyenlerden 3 yıllık sertifika eğitim programı zorunlu kılınmıştır (19).

Aile hekimliğinin akademik anlamdaki gelişimi de 1970'lerde başladı. 1980'lerde yaklaşık 100 Amerikan tıp fakültesinde aile hekimliği bölümü bulunuyordu. O dönemde bu eğitimden geçerek sertifikalarını alan doktorlar aile hekimi, bu eğitimi almayanlar ise genel pratisyen olarak adlandırılıyorlardı (7). Tıp fakültesini bitiren doktorların çoğu uzmanlık eğitimi için aile hekimliğini seçmeye başladılar (14). Aile hekimlerinin her yedi yılda bir sertifika yenileme programlarına katılması günümüzde de gerekmektedir (17).

Amerika kıtasının bir diğer ülkesi Kanada'da Aile Hekimliği Koleji 1954 yılında kuruldu. 1966'da ise üniversitede aile hekimliği kürsüleri oluşturulmaya başlandı. Günümüze geldiğimizde aile hekimliği Kanada'daki en geniş hekim grubunu, ABD'de ise sayısal açıdan ikinci büyük uzmanlık alanını oluşturmaktadır (18).

Bu süreçlerin bir benzeri de Avustralya'da yaşanmıştır. 1958'de Avustralya Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuş ve 1973 yılında da aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır (20). Aile hekimliği uzmanlık eğitimine İspanya'da 1979, İtalya ve Norveç'te 1985, Yunanistan'da 1986, Fransa'da ise 1990 yıllarında başlanmıştır. Almanya'da 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışan doktorlar için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir (17).

Aile hekimliği uzmanlığı yönetsel kabul aşamasını 1974 yılında tamamlamıştır. Aynı yıl Hollanda'da (Leeuwenhorst) aile hekimliği/genel pratisyen tanımı 'yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, aileler ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve devamlı bakım veren lisanslı tıp doktoru' olarak yapılmıştır (9). 1991 yılına gelindiğinde Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) tarafından aile hekimi; 'tıbbi bakım gereksinimi olan herkese çok yönlü bakım vermek ve gerekli olduğunda diğer sağlık personelini hizmet sunması için organize etmekten birinci dereceden sorumlu hekim' olarak tanımlamıştır (17).

WONCA 2002 Avrupa tanımında ise 'AH/GP', 'kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık' olarak belirtilmiştir (21). Son olarak Mart 2005'te Amerikan Aile Hekimliği Akademisi aile hekimliğinin çerçevesini 'kişiler ve aileler için devamlı ve kapsamlı sağlık bakımı sunan, biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini içeren, bir uzmanlık alanı' olarak çizerken; aile hekimliğinin tüm yaş, cinsiyet, organ-sistem ve hastalıkları kapsadığını da belirtmişlerdir (22).

Aile hekimleri özellikle son 30 yılda aile temelli kişisel sağlığı ve toplumsal sağlığı geliştirdiler, tıp eğitimini etkilediler ve Kuzey Amerika'dan başlayarak dünyanın birçok ülkesinde sağlık bakımı kalitesini değiştirdiler (17).

Birinci basamak hekiminin yeniden tanımlanması, bu alanda uzmanlaşan hekimin genel pratisyen yerine aile hekimi olarak nitelendirilmesi önerilmiş ancak bu yaklaşım karşısında çeşitli eleştiriler de bulmuştur. Aile hekimliği kurucuları birinci basamak hekimliğinin alanını genel pratisyenlikten aile hekimliği uzmanlığına dönüştürülmesinin, disipline kattığı gücün yalnızca simgesel olduğu eleştirisi bunların başındadır. Ayrıca birinci basamak hekimleri için yapılan aile hekimliği tanımının, Lynn Carmichael ve arkadaşları tarafından o günlerdeki siyasal gelişmeler paralelinde ortaya atılan politik bir taktik olduğu da savunulmaktadır (11,23).

Genelleyici yaklaşımın özelliği gereği, yüzyılımızda çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkisinin giderek büyüyen bir sorun haline geleceğini bildiren Engebretsen'e dayanarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sadece aileleri kapsamadığı da ortaya atılmıştır. Bu hizmetlerin tüm topluma yayılan bir kavram olmasının gerekliliği nedeniyle, 'aile' tanımlamasının çok iyi bir başlangıç olduğu, ancak kapsamın burada sonlandırılmaması gerektiğine ayrıca dikkat çekilmiştir (23).

Özetle sağlık hizmetleri sunumu günümüze kadar büyük değişimler geçirmiştir. Bu değişimler; maliyetin düşürülmesi, kalitenin arttırılması ve işgücü reformunu da içermektedir. Aile hekimliğinin uygulama başarısı profesyonel mükemmelliğe, etkin iletişime ve uygun planlamaya bağlıdır. İyi planlama ise bilginin, verilerin ve uygulama sonuçlarının girişi ile geri dönüşünü içeren süreçte yapılabilmektedir (24)

Hem genel pratisyenlik hem de aile hekimliği adıyla anılan, ülkeden ülkeye değişmekle beraber tıp fakültesi eğitiminden sonra 2-5,5 yıllık bir eğitim gerektiren birinci basamak uzmanlığı dünyada bu aşamalardan geçerek günümüze ulaşmıştır. Günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde kuruluş günlerini geride bırakarak önemli gelişmeler kaydetmiştir. Bugün tüm dünyada, siyasal sistemleri farklı olan birçok ülkede, farklı finansman modelleriyle uygulanmaya devam etmektedir (15,18).

2.2. Avrupa Birliği'nde Aile Hekimliği

Avrupa Birliği (AB), yetki ikamesi ilkesi çerçevesinde ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etmesine, organize etmesine ve sunmasına karışmamakta, onları bu konuda özgür bırakmaktadır. Ancak her ne kadar sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ulus devletlerin yetkileri arasında varsa da dört özgürlük (malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımı) temelli olan Avrupa entegrasyonu "yayılma etkisi" yolu ile üye ülkelerin sağlık sistemlerini ve bileşenlerini de etkilemektedir (25).

Avrupa Birliği'nde aile hekiminin kendi ülkesi dışında başka bir üye ülkede çalışabilmesi için 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi altı yıllık temel tıp eğitiminin üstüne üç yıllık bir mesleki eğitimi zorunlu tutmaktadır. 2005/36/EC sayılı direktifte 1 Ocak 2006 tarihinden önce alınan aile hekimliği eğitimi en az iki yıl iken; bu tarihten sonra alınan aile hekimliği eğitimini en az üç yıl olarak öngörmektedir. Söz konusu eğitimin teorikten ziyade pratik ağırlıklı olması ve pratik eğitimin de en az altı ayının bir hastanede ve en az altı ayının da birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir (26).

AB ülkeleri bireysel açıdan ele alındığında ise, genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin, özelde ise aile hekimliği pratiği ve deneyiminin oldukça heterojen bir yapıda olduğu belirtilebilir (27). Bu farklılığın temelinde de tarihsel gelişmeler, sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklar ve örgütlenme; finansman biçimi ve düzenleme gibi ülke sağlık sistemlerinin temel özellikleri bulunmaktadır (28).

2.3. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi

2.3.1. Bir tıp uzmanlığı olarak kabul görmesi

Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne girişi 1983'te olmuştur. Başlarda uzmanlık eğitiminin devlet bursu ile kısmen yurt dışında geçekleştirerek ülkemize dönen ve kendi uzmanlık alanında eğitim almış aile

hekimliği uzmanlarının burada eğitimde öncülük yapmaları şeklinde planlanmıştı. İlk uzmanlık eğitimleri tıp fakültesi sonrası en az 3 yıl sürecek şekilde Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı dokuz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1985'te başlatılmıştır (8). Aile hekimliği uzmanlığı için eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim alan ilk asistanlar, yetişmiş aile hekimliği akademisyenlerinin olmaması ve aile hekimliği asistanlarının yapmakla yükümlü oldukları görevlere ve sorumluluklara dair herhangi bir müfredat düzenlenmemiş olması nedeni ile rotasyon yaptıkları beş alandaki (İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri ve Acil Ağırlıklı Genel Cerrahi) branşların kendi asistanlarına uyguladıkları eğitimi almak durumunda kalmışlardır (9,10). Asistanlık sürelerini tamamlayan aile hekimliği uzmanlarının nerede çalıştırılacakları önceden planlanmadığından atamaları ana-çocuk sağlığı merkezlerine yapılmıştır. Bazı aile hekimliği uzmanları yüksek lisans ya da doktora programlarına katılarak tıbbın diğer alanlarına kaymışlar; bir kısmı da devlet memurluğundan ayrılarak özel sektörde (hastaneler ve ilaç firmalarında) çalışmaya başlamışlardır (6).

2.3.2. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığının üniversitelerde kabul görmesi

Ülkemizdeki ilk aile hekimliği anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Hikmet Perkcan öncülüğünde kurulmuş fakat mezuniyet sonrası eğitime başlamamıştır (7). Yani uygulama bu tarihte sadece kağıt üzerinde kalmıştır.

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması kararını almıştır.

Doçentlik alanı numarasının Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından üniversiteler arası kurula başvurularak açtırılmasından sonra ilk doçentlik jürisi 1993 yılında kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık dalı akademisyenleri de 1994 yılından itibaren üniversitelerde görev almaya başladılar. (7).

2.3.3. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması

Aile Hekimliği 1990 sonrasında birçok devlet dokümanında yerini almıştır. Son olarak VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında aile hekimliği uygulamasının gerçekleştirilemediğinden bahsedilmiştir. Kalkınma planında aile hekimliğinin uygulamaya konulması sağlık sektöründeki hedefler arasında bulunmaktadır (11). Ayrıca aile hekimliği uygulaması Hükümetin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında da yer almaktadır (12).

5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 9 Aralık 2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış ve uygulama başlatılmıştır. 15 Eylül 2005 tarihinde de aile hekimliği uygulaması ilk defa Düzce ilinde hayata geçilmiştir. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, hasta memnuniyetinin artırılması, birinci basamakta tedavi edilebilecek olan büyük bir hasta grubunun ikinci basamak ve üçüncü basamak kurumlarına gitmeden tanı ve tedavilerini yapmak suretiyle zaman kaybının önlenmesi, sağlık kuruluşlarındaki bekleme sürelerinin azaltılması amaçlanmaktadır (12).

Türkiye'de aile hekimliğinin tarihsel gelişimi kronolojik olarak şu şekildedir:

1961 yılında 224 sayılı kanun ile hükümet tabipliğinin yerini, nüfus temel alınarak kurulacak sağlık ocaklarının alması öngörülmüştür.

1983 yılında tüm ülkede 224 sayılı kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmiştir. Aile hekimliği uzmanlığı ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ndeki yerini almıştır.

1984 yılında ilk aile hekimliği anabilim dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur.

1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır.

1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) Ankara'da kurulmuştur.

1992 yılında ikinci aile hekimliği anabilim dalı Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde kurulmuştur.

1998 yılında, bakanlar kurulu kararıyla Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) ismi değiştirilerek; Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde düzenlenmiştir.

2000 yılında Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001 – 2005) aile hekimliğinin ülkemizdeki birinci basamak sağlık örgütlenmesinde yer alacağı belirtilmiştir.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar verilmiş ve 9 Aralık 2004 tarihinde 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir.

2005 yılında aile hekimliği pilot uygulaması ilk defa Düzce ilinde başlatılmıştır.

2010 yılında aile hekimliği uygulaması, SDP çerçevesinde 2010 yılı aralık ayı itibariyle Türkiye'nin 81 ilinde hayata geçirilmiştir (10).

2.4. Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimleri; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan, 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. (29)

WONCA' nın tanımına göre ise; "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. Mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir" (1)

Aile hekimliği/genel pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayan aile hekimi; özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile de bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir. Bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzman hekimlerin sahip olması beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar kısaca; birincil bakım yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum temelli olma ve bütüncül yaklaşım olarak özetlenmektedir (30)

Aile hekimi, bütün hastalarını bilen ve tedavide hem bilimsel tıbbı hem de insani değerleri kullanan hekimdir. Hastanın ilk temas noktasında bulunduğundan tüm sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, kapsamlı sağlık hizmeti sunar; gerektiğinde de hastasını sevk eder. Sunduğu kapsamlı sağlık hizmeti önleyici, teşhis edici, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı sürdürücü hizmetleri kapsar. Bu da aile hekimlerinin diğer uzman hekimler ve yardımcı personel ile etkili bir koordinasyon oluşturmasını gerektirmektedir. Aile hekimleri ayrıca hastaya ve ailesine beklentileri doğrultusunda hastalık ve yapılan işlemler hakkında doyurucu ve doğru bilgi vermekle de yükümlüdür (31).

Her ne kadar bir hastanın sağlık hizmeti bir hekimler grubu tarafından sağlanabilse de, yine de kapsamlı ve devamlı sağlık hizmeti için gruptan birinin sorumluluğu alması gerekir ki bu görevi üstlenmeye en uygun olan doktor aile hekimidir (31).

2.5. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği

Dünya Aile Hekimleri Birlikleri Organizasyonu WONCA'nın Avrupa Ofisi'nin tanımına göre "Aile hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır". 2002 yılında yayınlanan WONCA Avrupa aile hekimliği disiplin özellikleri şöyle sıralamaktadır;

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmakdan bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar ve bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak, gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunma göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleri ile belirlenen sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansının ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve hızlı girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutları ile ele alır. (3).

Aile hekimliği, araştırması kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve "birinci basamak hizmeti" (hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından verilen sağlık hizmeti) yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimleri mesleksel görevlerini sağlığı geliştirerek, hastalıkları başlamadan önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler (3).

Disiplin tanımı ve özellikleriyle aile hekimliğinin tanım ve görevleri çerçevesinde aile hekiminin sahip olması gereken 6 temel çekirdek yeterliliği tanımlanmıştır.

1. Birinci basamak yönetimi

2. Kişi merkezli bakım

3. Özgül sorun çözme becerileri

4. Kapsamlı yaklaşım

5. Toplum yönelimli olma

6. Bütüncül yaklaşım

Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı ve müfredatı bu temel çerçeveye uyumlu olacak şekilde hazırlanmıştır. Program içerik ve eğitim yöntemleri bakımından aile hekimlerine yukarıda tanımlanan temel yeterlilikleri kazandıracak şekilde belirlenmiştir. Deneyimlerden öğrenme ve bu öğrenmenin ortama bağlı olması aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki temel felsefeyi oluşturmaktadır. Bu felsefeyi ele alarak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmının aile hekimliği uygulama ortamlarında gerçekleştirilmesinin daha anlamlı olacağını öngörebiliriz (3).

2.6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Ülkemizde ‘ Aile hekimliği’ kavramı resmi olarak ilk kez 5 temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer aldı. Bunu takiben ülkemizdeki ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı da 1984 yılında Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kuruldu fakat eğitime başlamadı. Uzmanlık eğitiminin başlangıcı 1985 yılında Ankara, İzmir ve İstanbul’daki sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde olmuştur (32,33).

Zamanla aile hekimliği uzmanlık eğitiminde büyük gelişmeler olmuş, özellikle de üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının eğitime katılmasıyla

uzmanlık eğitiminin dünya standartlarına uygun olarak geliştirilmesi konusunda önemli aşamalar kaydedilmiştir (3).

Eğitici kadrodaki aile hekimliği uzmanları Avrupa standardında European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (EURACT) aile hekimliği eğitici eğitimlerine katılmışlar ve sertifika almışlardır. (3).

Ülkemizde çalışmalarına ilk başlayan kurullardan biri olan Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), çekirdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatını 2007 yılında hazırlamıştır. TAHYK bu müfredatta; aile hekimliği saha rotasyonunun 1 yıl olmasını öngören, her rotasyonda bir aile hekimliği asistanının hangi bilgi beceri ve tutum hedeflerine ulaşmış olarak ayrılması gerektiğini detaylı olarak içeren, tüm tarafların görüşünün alındığı 'Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı oluşturmuştur (34).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi uzunca bir süre sadece hastane rotasyonlarıyla sürdürülmüştür. TAHUD ve TAHYK bu uygulamaya şiddetle karşı çıkmış ve aile hekimliği disiplininin esas olarak aile hekimliği uygulama sürecinde öğrenilebileceğini belirterek; aile hekimliği uzmanlık eğitimi programının en azından yarı süresinin birinci basamakta aile hekimliği uygulama ortamında verilen eğitime ayrılmasını savunmuştur. 18.07.2009 tarihinde yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 23.06.2009 tarih ve 83 sayılı kararıyla aile hekimliği uzmanlık eğitiminin * ayı zorunlu rotasyonlara ve 18 ayı da aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılmıştır (3).

2.6.1. Aile hekimliği uygulama eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında sağlık hizmet sistemlerinde kalite, maliyet etkinlik ve hakkaniyete ulaşılmasında birinci basamak hekimliğinin merkezi bir role sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu önemli rolün kendine has özellikleri ve farklı modelleri içermesi nedeniyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yapılması gerektiğine karar verilmiştir (1). Aynı tarihte, DSÖ ve Dünya

Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) imzasının olduğu bildirgede, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır (2). Bugün gelinen noktada aile hekimliği alanında verilecek birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından verilmesi konusunda kuşku yoktur. (34)

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (1). Birinci basamak yönelimli olması nedeniyle geniş bir biyopsikososyal yelpazede karar verme süreçlerini içerir. Bunun sonucunda aile hekimlerinin bütün klinik branşlara ilgi duyması, ancak bu branşların birinci basamağa yansıyan uygulamaları konusunda, daha fazla uzmanlaşmaları ve yenilikleri takip etmeleri gerekir. (35)

Aile hekimliği temel olarak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı ortamlarda öğrenilir. Bu yaklaşımın dayanağı da öğrenmenin bağlama bağımlı olduğu yönündeki araştırma temelidir. Yani elde edilmesi istenilen bilgi, beceri ve tutumlar kullanılacağı ortamda kazanılmalıdır. Bu nedenlerle eğitimin önemli bir kısmı aile hekimliği uygulama ortamında verilmelidir. Programın bu bölümünde uzmanlık öğrencisi, aile hekimliği eğiticilerinin gözetiminde hastaların bakımını üstlenir, diğer klinik rotasyonlar sırasında edindiği birikimi ve deneyimi birinci basamakta uygulamak üzere yeniden biçimlendirir ve bağımsız aile hekimliği uygulaması için deneyimler elde eder. Eğitimin bu bölümü uzmanlık öğrencilerinin toplum ortamıyla tanışmasını ve öğrenmesini sağlar; öğrendiklerini ilerde uygulama yapacağı bağlamla ilişkilendirir (3).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin en az üçte birinin ve olanaklar uygun ise en az yarısının birinci basamak sağlık birimlerinde gerçekleştirilmesi gereği, başta EURACT olmak üzere Avrupa'daki konuyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok örgütlenme tarafından benimsenen bir ilkedir (35).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı asistanın ayaktan tanı, tedavi ve takip konularında problem çözme becerilerini ve hasta bakımı konusunda yeterliğini artırmak; toplum kökenli ve kişisel bakıma alışkın, hastasını biyopsikososyal

çevresiyle birlikte değerlendirebilen 5 yıldızlı hekimin özellikleri ile donanımlı uzmanlar yetiştirmektir (36).

2.6.2. Hastane rotasyonları

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi hastane rotasyonları, birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklerden oluşmaktadır (Tablo 1). Hastane klinik rotasyonlarının amacı, Aile hekimliği uygulaması için gereken bazı becerilerin daha sık olarak uygulandığı hastane ortamlarında daha kısa sürede ve çok sayıda yapılabilmesi; kısaca eğitimde maliyet etkin çalışmanın sağlanmasıdır (37).
Programın hastane rotasyonlarından oluşan bölümü birinci basamak aile hekimliği uygulama ortamlarında verilen eğitime destek katma amacını taşır. Bu anlayışla aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının başlıca iki amacı vardır:

- Birinci basamakta seyrek görülen ve dolayısıyla uzmanlık öğrencisinin buradaki eğitim dönemi boyunca yeterince görüp deneyim kazanamayacağı sağlık sorunları/hastalıklar konusunda yoğunlaştırılmış öğrenme sağlamak

- Aile hekimlerinin belirli durumlarda hastalarını sevk ettiği ikinci ve üçüncü basamak klinik uygulama ortamlarını tanımak, buradaki hekimlik uygulaması yaklaşım ve ilkelerini öğrenmek. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık sisteminin tüm basamaklarında alabileceği bakımı bilmek, aile hekimlerinin bakımın koordinasyonu sorumluluğunu yerine getirebilmesi için gereklidir (3).

Tablo 1. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Bileşenleri

Aile Hekimliği Kliniği	18 Ay
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu	5 Ay
İç Hastalıkları Rotasyonu	4 Ay
Kadın Hastalıkları ve Doğum Rotasyonu	4 Ay
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu	2 Ay
Genel Cerrahi Rotasyonu	1 Ay
Göğüs Hastalıkları Rotasyonu	1 Ay
Kardiyoloji Rotasyonu	1 Ay
TOPLAM SÜRE	**36 AY**

2.6.3. Eğitim toplantıları

Her eğitim kurumunda haftada bir yarım gün olarak belirlenmiş asistan eğitim saati planlanmıştır. Asistanların kliniklerinin haftalık asistan eğitim saatlerine katılmaları zorunludur. Diğer kliniklerde rotasyonda olan asistanların da bu toplantılara katılması gerekir (34)

Anabilim dalı/kliniklerde yapılan eğitim etkinlikleri, tüm eğitim dönemi boyunca sürmektedir. Eğitim sürecindeki bu bölümün temel işlevi, programın çeşitli bölümlerinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve -değerleri bütünleştirmek ve uzmanlık öğrencisine aile hekimliği bakış açısını kazandırmaktır. Temel yaklaşım küçük grup çalışması şeklindedir. Etkili bir şekilde grup çalışmalarıyla oluşabilen öğrenmeyi sağlayan bu toplantılarda seminer, makale sunumu, olgu tartışması ve reflektif öğrenme gibi eğitim etkinlikleri yürütülür. Reflektif öğrenme gruplarını uzmanlık öğrencileri kendileri yönlendirir, konuları ve yapılandırmayı kendileri belirler (3).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bu temel bölümlerinin 3 yıllık eğitime nasıl yerleştirileceği, birbiriyle nasıl ilişkilendirileceği büyük önem taşımaktadır. Bu aile hekimliği uzmanının tıbbın belli alanlarının, özellikle rotasyon yapılan disiplinlerin bakışı ve klinik yaklaşımıyla değil, aile hekimliğinin kendi özgün bakışı ve klinik yaklaşımını kazanarak mezun olmasını büyük ölçüde etkilemektedir (3).*

2.6.4. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezi

Eğitim aile sağlığı merkezi; eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşuna; eğitim aile hekimliği birimi de eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, aile hekimliği hizmeti veren bir asistan ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıya denilmektedir (38).

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ne göre Asistan tanımı tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite ya da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ve eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, eğitim aile sağlığı merkezlerinde veya biriminde aile hekimliği hizmeti veren asistan/araştırma görevlisi olarak yapılmıştır. Yine aynı yönetmelikte eğitici tanımı eğitim aile sağlığı merkezinde veya biriminde, tıpta uzmanlık mevzuatında belirlenen sorumluluğu çerçevesinde, asistanlarca sunulan aile hekimliği hizmetlerini ve bu personelin eğitimlerini koordine eden, öğretim üyesi, eğitim görevlisi ve başasistan gibi tıpta uzmanlık mevzuatına göre eğitim vermeye yetkili kişiler olarak açıklanmıştır (38).

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) 26 Eylül 2014 tarihinde resmi gazetede yayımlanan "Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği" ile hayata giren Aile Sağlığı Merkezleri'ne ve aile hekimliği asistanlarının saha eğitimine farklı bir boyut katan önemli bir uygulamadır.

EASM ile ilgili ilk düzenleme 25/01/2013 tarihli resmi gazetede yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nin sekizinci bölümünde "Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Eğitim Aile Hekimliği Birimine İlişkin Usul ve Esaslar" başlığı altında yapılmıştır. EASM'lerin nasıl açılacağı bu yönetmeliğin 34. Maddesinde "Aile hekimliği saha eğitimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu veya Üniversite Rektörlükleri ile Kurum arasında sözleşme yapılarak öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle eğitim kurumları

tarafından eğitim aile sağlığı merkezi veya eğitim aile hekimliği birimi açılabilir. Bunların açılacağı yer, eğitim kurumunun talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Halk Sağlığı Kurumu'nun onayı ile belirlenir. Birim sayıları her bir asistan sayısı esas alınarak belirlenir ve Halk Sağlığı Kurumu'nca onaylanır. Eğitim kurumunda asistan sayısının fazla olması halinde, müdürlüğün uygun görüşü ve Halk Sağlığı Kurumu'nun onayı ile aynı eğitim kurumuna bağlı birden fazla eğitim aile sağlığı merkezi açabilir." şeklinde açıklanmıştır (29).

Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen aile hekimliği hizmetleri, eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda verilmektedir.

Eğitim aile hekimliği biriminde görev yapan asistan, eğitici ve aile sağlığı elemanları izinler, disiplin işlemleri ve kazanç getirici faaliyet yasağı bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tabi olup çalışma saatleri bakımından Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile Sözleşme Yönetmeliği hükümlerine tabidir (38). Asistanların e-asm rotasyon süreleri ise Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kararlarına göre belirlenir (29).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplam 36 ay olup bunun 18 ayı "Saha Eğitimi" olarak ifade edilen ve aile hekimliği uygulamalarının yapılması gereken ana bölümü kapsar. Bu bölümde hasta muayenesi ve tedavisinin yanı sıra özellikle ve öncelikle aşılama, sağlam çocuk izlemi, gebe lohusa takibi, sağlık eğitim ve danışmanlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin öğrenildiği bir süreç olması gerekir. Ancak bugüne kadar uzmanlık eğitiminin 18 aylık saha eğitimi hastanede oluşturulan polikliniklerde veya bazı şanslı kliniklerin açabildiği semt polikliniklerinde geçirilmekteydi. Bu dönemde ne yazık ki bir Aile Hekimliği Uzmanı, öğrenmesi gereken aile sağlığı merkezi (ASM) yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetleri uygulamalarını göremeden asistanlık süreci tamamlanmakta idi. Hayata geçirilen EASM'ler ile bu eğitim açığının önemli bir parçasının tamamlanması hedeflenmektedir. EASM birimleri asistan eğitimlerinin yanı sıra; Halk Sağlığı Kurumu ile eşgüdümlü hareket ederek topluma uzman ve akademisyen düzeyinde sağlık hizmeti sunulan merkezler olmasıyla da önem taşımaktadır.

2.6.5. Yarı zamanlı uzaktan eğitim modeli

Ülkemizde başka hiçbir tıp disiplini ve uzmanlık alanı için düşünülmeyen ve dünyanın hiçbir ülkesinde tıpta uzmanlık eğitimi için uygulanmayan bir model, mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimine alternatif ikinci bir yol olarak uygulanmak istenmiştir (39).

Bazı ülkelerde uygulanan 'tıpta yarı zamanlı uzmanlık eğitimi' ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen 'yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi' arasında ciddi farklar bulunmaktadır. Bu farkları yakından incelemek gerekmektedir.

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi yalnızca aile hekimliği için önerilmediği ve uygulanmadığı gibi, bazı ülkelerin sağlık sistemlerinin aile hekimliği uygulaması temelinde geliştirilmesi sürecinde kullanılan 'geçiş dönemi' stratejisiyle de ilişkili değildir. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması mevcut tıpta uzmanlık eğitimi programlarına alternatif bir model olarak da düşünülmemiştir. Uygulamayı gerektiren koşullar genel sağlık politikaları, tıbbi, eğitsel ya da uzmanlık eğitimi programlarıyla ilgili nedenler değil, tümüyle uzmanlık eğitimini almakta olan uzmanlık öğrencisinin kendi kişisel/ailesel nedenleridir (40-41).

Dünyada çeşitli örnekleri bulunan yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulamalarının başlıca iki toplumsal arka planı bulunmaktadır; hekimlik mesleğine kadınların ilgisinin ve katılımının artması ve buna koşut olarak esnek çalışma saatlerine ilişkin taleplerin oluşmasını sağlamak (42-43). Ancak yarı zamanlı eğitim daha farklı bir takvim ile daha uzun bir zaman diliminde yürütülmektedir. Her iki eğitim sonunda kazanılan uzmanlık belgesi aynıdır (39).

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi programlarının uygulanabilmesi için çeşitli ilkeler ve koşullar söz konusudur:

1. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimini tercih edebilmek için kişisel/ailesel nedenler ya da hekimlikte araştırma becerilerini geliştirmeye yönelik kariyer eğitimi talebi bulunmalıdır. Gebelik, çocuk doğurma, çocukların bakımı, baba olma, hastalık ya da benzeri başka özel nedenlerle herhangi bir tıp uzmanlık alanındaki mevcut eğitimin programını tam zamanlı olarak tamamlamayacak olan uzmanlık öğrencileri

için planlanmıştır. Bu sisteme başvuran uzmanlık öğrencisi zamanının tamamını eğitimle geçirmemek ve ‘evde çocuğuyla daha çok ilgilenmek’ gibi özel işlerine daha çok zaman ayırmak istemektedir (41,42,44).

2. Yarı zamanlı programlar ile tam zamanlı programlar arasında içerik olarak hiçbir fark yoktur, sadece zaman açısından fark bulunmaktadır. Yarı zamanlı eğitim alan uzmanlık öğrencisi diğer asistan arkadaşlarıyla tamamen aynı işi yapmaktadır fakat toplam eğitim yükünü daha uzun bir zaman diliminde yaymaktadır. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tam zamanlı (geleneksel) uzmanlık eğitiminin en erken birinci yılı tamamlandıktan sonra başlayabilir. Yani uzmanlık öğrencisinin yarı zamanlı uygulamadan faydalanabilmesi için ilk önce tam zamanlı uygulamaya başlaması gerekmektedir. Eğitim süresi tam zamanlı uzmanlık eğitimi süresinin yüzde 50 veya daha fazlası kadar olmalı, ancak tam zamanlı uzmanlık eğitim süresinin iki katını da geçmemelidir (41-44).

3. Uzmanlık öğrencisinin yarı zamanlı uzmanlık eğitimi yapma hakkını kullandığı bu dönemde, eğitim almadığı yarı zamanını mesleğini başka bir yerde icra ederek geçiremez. Yani sağlık sisteminin herhangi bir basamağında tek başına hekimlik yapamaz. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uzmanlık eğitiminin en temel ve can alıcı özelliği budur (41, 44).

4. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tıpta uzmanlık eğitimi için belirlenmiş ulusal standartlara uygun olmalı ve eğitim veren akademik birimler tarafından hazırlanan programların o disiplinin yeterlilik kurulu tarafından onaylanması gerekmektedir. Uzmanların daha sonraki mesleksel yetkilendirme işlemleri için bu onayların bulunması zorunludur (41, 44, 45).

5. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması adil olmalı ve eşitlik ilkesi çiğnenmemelidir (45).

6. Uzaktan öğrenme yöntemleri yarı veya tam zamanlı uzmanlık eğitimi programlarında diğer eğitim yöntemlerine destek ve tamamlama amacıyla ek yöntem olarak kullanılmaktadır (39).

Avrupa Birliği Konseyi direktiflerinin AH/GP uzmanlık eğitimi bölümlerinde yarı zamanlı uzmanlık eğitimi koşulları ile ilgili düzenlemelere de yer verilmiştir. 93/16/EEC Konsey Direktifinin 34. maddesi yarı zamanlı uzmanlık eğitimine ayrılmıştır. Bu direktif ile Avrupa Birliği 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren yarı zamanlı eğitimin hem hastane rotasyonları hem de aile hekimliği uygulama eğitimi için belli sayıda tam zamanlı eğitim dönemlerini içermesini şart koşmuştur. Direktife göre bu tam zamanlı eğitim dönemleri, etkili bir ile hekimliği uygulamasına hazırlık sağlayacak sayıda düzenlenmelidir (46,47).

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından uygulanan 'yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitiminin' ise, yukarıda kısaca açıklamaya çalıştığımız dünyadaki uygulama ile hiçbir benzerliği, yakınlığı ve ilişkisi bulunmamaktadır. Bu 'modelin';

1. Sadece sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlara özel,

2. Tıpta Uzmanlık Sınavında merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın,

3. Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde (bu modelle 'yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitim şekli Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir')

4. Uzaktan ve/veya yarı zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle,

5. En az altı yıllık sürede,

6. Çalışmakta olduğu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği pratiğine devam ederken uygulanması planlanmıştır (39).

Böylelikle mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi dışında 'yeni bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi' tanımlanmıştır. Bu 'uzmanlık yolunu' tüm hekimler değil, sadece belli bir hekim grubu kullanabilecektir (39).

Geçiş dönemi uygulaması ise, aile hekimliği uzmanlarının sayısının yetersiz olduğu ve aile hekimliği uygulaması için gereksinim duyulan sayıda uzman hekimin yetiştirilmesinin zaman alacağı ülkeler için önerilmiş olan ve aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin bu dönem içinde aile hekimliği uygulamasına alınmasını sağlayan bir stratejidir. Bu stratejinin temel özelliği önceden belirlenmiş bir süre için

uygulanması ve bu süre içinde aile hekimliği uygulanmasına alınan aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin tanımlanmış bir iyileştirme eğitimi almalarının zorunlu olmasıdır. İyileştirme eğitimleri sürekli mesleksel girişim ya da hizmet içi eğitim kapsamında olup uzmanlık eğitiminin yerini tutmaz ve ona alternatif oluşturmaz (48).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapıldı (Tarih: 07/03/2017 ve Onay No:1435).

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışma 02.08.2016-02.02.2017 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve EASM polikliniğinde yapıldı. Çalışma retrospektif, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine ve ESM polikliniğine başvuran hastalar dahil edildi. Örneklem büyüklüğü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne ve EASM polikliniğine 02.08.2016-02.02.2017 tarihleri arasında başvuran hastaların dosyalarının geriye dönük taranması yöntemi ile belirlenmiştir.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme – Edilmeme Kriterleri

Çalışmamıza Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği ile EASM polikliniğine 02/08/2016 ile 02/02/2017 tarihleri arasında başvuran tüm hastalar dahil edilmiş olup hiçbir hasta dışlanmamıştır.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi ile yapıldı. Koşulların sağlanamadığı durumlarda Monte Carlo simülasyonu uygulandı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışmada Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı olarak açılan eğitim aile sağlığı merkezlerinin ilk 6 aylık hizmet dönemini kapsayan 02.08.2016 – 02.02.2017 tarihleri arasında hastane polikliniklerine ve eğitim asm polikliniklerine başvuran kişilerin retrospektif olarak incelenmesi ve sağlık hizmet profillerinin ortaya konularak asistan hekimlerin klinik eğitimlerinde eğitim asm'lerin önemini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Veriler hastane polikliniklerine başvuruları ve EASM poliklinikleri başvuruları olmak üzere 2 farklı gruba ayrılmış ve 7 ana başlık altında analiz edilmiştir.

4.1. Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

4.2. Hastane Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar

4.3. Hastane Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

4.4. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

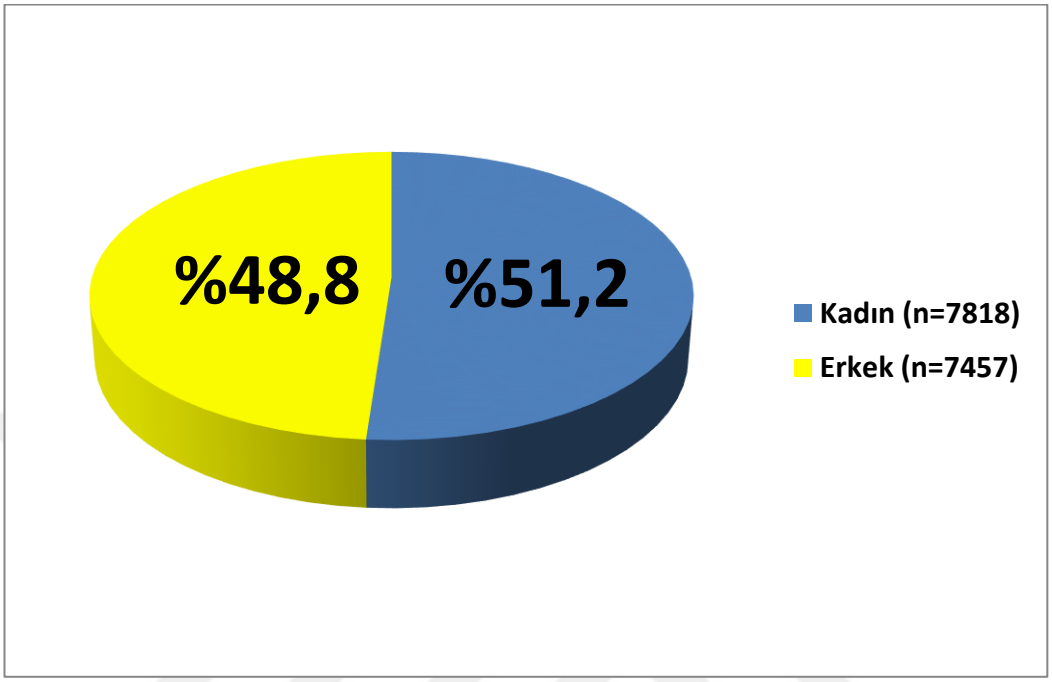
4.5. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar

4.6. Eğitim ASM Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

4.7.Eğtim ASM Poliklinikleri Verileri ile Hastane Poliklinikleri Verilerinin Karşılaştırılması

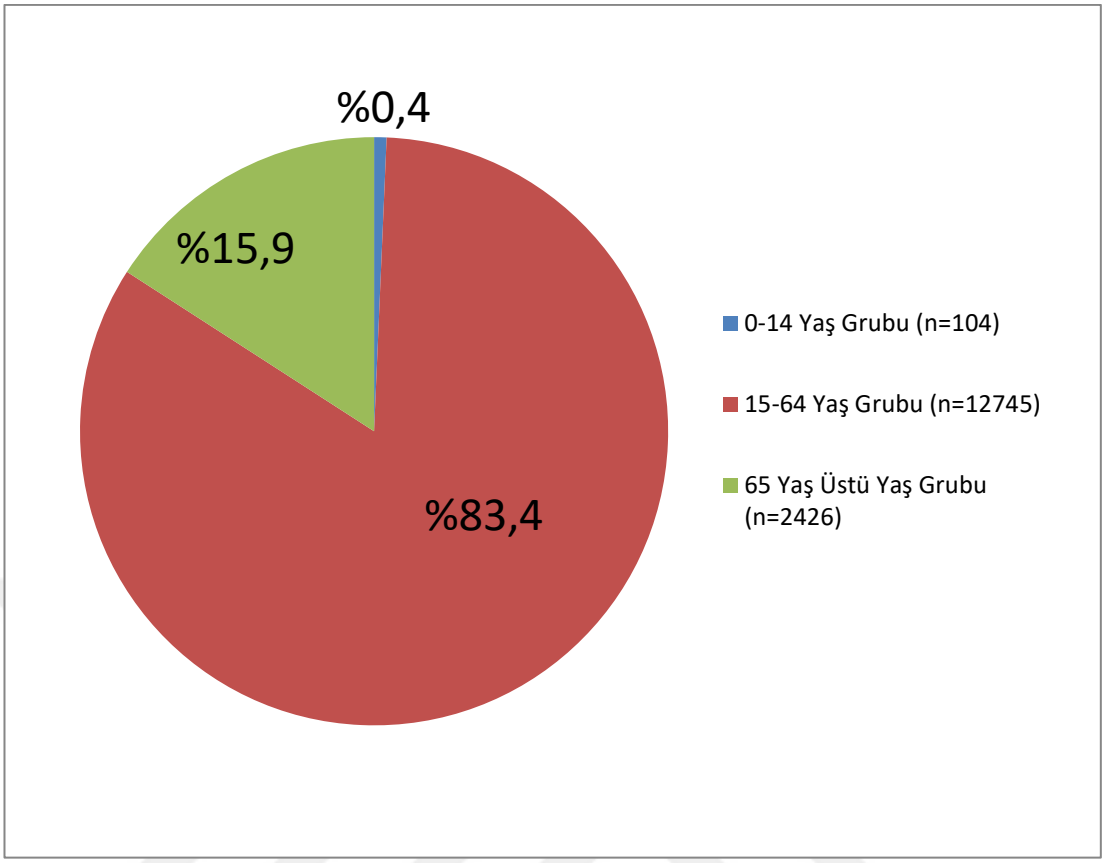
Çalışmaya katılan 31.358 olgu; hastane polikliniklerine başvuran toplam 15.275 ve EASM polikliniklerine başvuran toplam 16.083 olgudan oluşmak üzere iki ayrı grup halinde incelendi.

4.1. Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri



Grafik 1. Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Hastane aile hekimliği polikliniklerine başvuran katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımını incelediğimizde; katılımcıların çoğunluğunu %51,2 (n=7818) ile kadınların; %48,82'sini (n=7457) ise erkeklerin oluşturduğu tespit edildi (Grafik 1).



Grafik 2. Hastane Başvurularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Hastane aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların genel yaş ortalaması 42 ± 19,79'ydi. Katılımcıların yaşa göre dağılımında en sık başvuran yaş grubu; toplam katılımcı sayısının %83,4'ünü (n=12745) kapsayan 15-64 yaş grubundan oluşmaktadır. 65 yaş üstü katılımcı oranı %15,9 (n=2426) ile ikinci en sık başvuran yaş grubunu oluştururken; 0-14 yaş grubu %0,4 (n=104) katılımcı oranı ile en az başvuran yaş grubunu oluşturdu (Grafik 2).

Tablo 2. Hastane Başvurularının Yaş ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

		Cinsiyet						
		Toplam		Erkek		Kadın		
		n	%	n	%	n	%	p
Yaş	0-14 yaş	104	0,7	55	0,7	49	0,6	<0,001
	15-64 yaş	12745	83,4	6533	87,6	6212	79,5	
	65 ve üstü yaş	2426	15,9	869	11,7	1557	19,9	
Yaş	0-6 yaş	32	0,2	14	0,2	18	0,2	<0,001
	7-14 yaş	72	0,5	41	0,5	31	0,4	
	15-24 yaş	3559	23,3	2150	28,8	1409	18,0	
	25-34 yaş	3259	21,3	1818	24,4	1441	18,4	
	35-44 yaş	2167	14,2	1058	14,2	1109	14,2	
	45-54 yaş	2062	13,5	853	11,4	1209	15,5	
	55-64 yaş	1698	11,1	654	8,8	1044	13,4	
	65-74 yaş	1177	7,7	456	6,1	721	9,2	
	75-84 yaş	842	5,5	308	4,1	534	6,8	
	85 ve üstü yaş	407	2,7	105	1,4	302	3,9	
Total		15275	100	7457	100	7818	100	

Hastane aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yaş ve cinsiyet arası ilişkiye baktığımızda en sık başvuru yapan yaş grubunun; erkeklerde katılımcıların %83,4'ünü; kadın katılımcıların ise %79,5'ini oluşturan 15-64 yaş grubu olduğunu tespit ettik. En az başvuru yapan yaş grubu ise erkeklerde %0,7 ve kadınlarda %0,6 ile 0-14 yaş grubudur. Yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı (p <0,001) (Tablo 2).

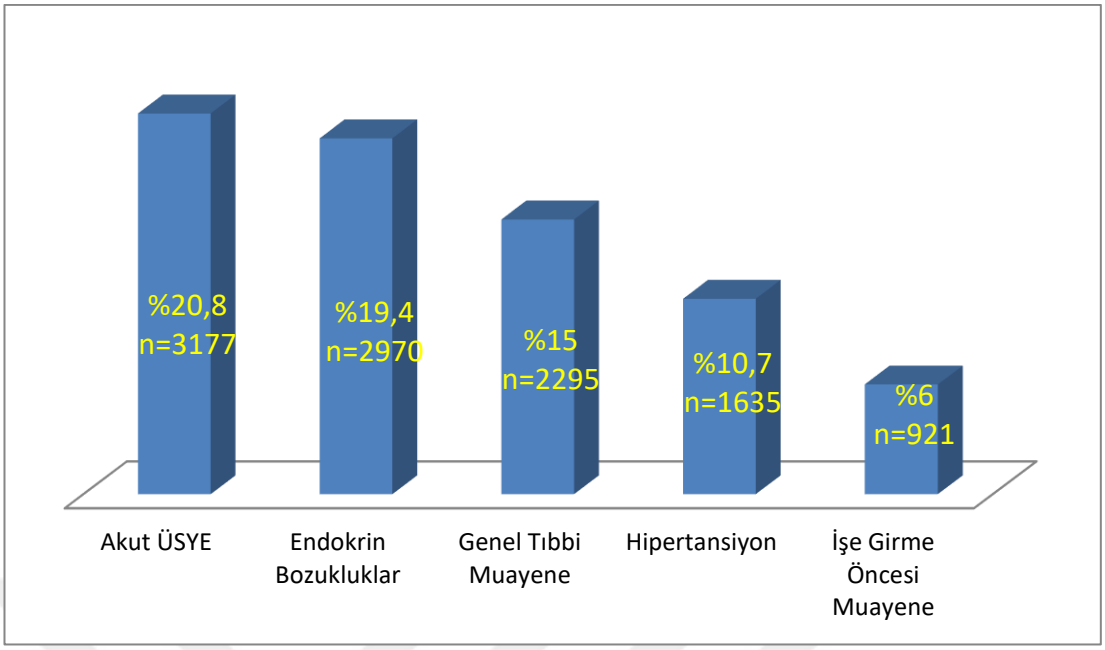
4.2. Hastane Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar

Hastaların en sık aldıkları 20 tanı sıralamasında akut üst solunum yolu enfeksiyonları %20,8 (n=3177) ile en üst sırada yer alırken iken, vitamin B12 eksikliği %0,5 (n=82) ile listenin en alt sırasında yer aldı.

Tanıların cinsiyetlere göre dağılımında erkeklerde en sık girilen tanı %22,8 (n=1700) ile akut ÜSYE (üst solunum yolu enfeksiyonları) iken kadınlarda en sık girilen tanı %23,1 (n=1807) ile endokrin bozukluklar oldu (Tablo 3).

Tablo-3 Hastane Aile Hekimliği Polikliniğine Başvurularının Tanılarının Dağılımı

	Total		Erkek		Kadın	
	n	%	n	%	n	%
Akut USYE	3177	20,8	1700	22,8	1477	18,9
Endokrin Bozukluklar	2970	19,4	1163	15,6	1807	23,1
Genel Tıbbi Muayene	2295	15	1474	19,8	821	10,5
Hipertansiyon	1635	10,7	616	8,3	1019	13
Işe Girme Oncesi	921	6	544	7,3	377	4,8
Miyalji	868	5,7	376	5	492	6,3
Diyabetes Mellitus	642	4,2	281	3,8	361	4,6
Anemi	604	4	140	1,9	464	5,9
GORH	564	3,7	235	3,2	329	4,2
Akut Tonsillit	413	2,7	219	2,9	194	2,5
Hiperlipidemi	290	1,9	118	1,6	172	2,2
Sistit	274	1,8	70	0,9	204	2,6
Dermatit	268	1,8	126	1,7	142	1,8
Kronik Iskemik Kalp Hastalığı	223	1,5	121	1,6	102	1,3
Gastroenterit	221	1,4	121	1,6	100	1,3
Akut Bronşit	209	1,4	116	1,6	93	1,2
Hipotiroidi	207	1,4	29	0,4	178	2,3
Kırgınlık Ve Yorgunluk	199	1,3	70	0,9	129	1,7
Vitamin D Eksikliği	180	1,2	28	0,4	152	1,9
Vitamin B12 Eksikliği	82	0,5	31	0,4	51	0,7



Grafik 3. Hastane Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanı

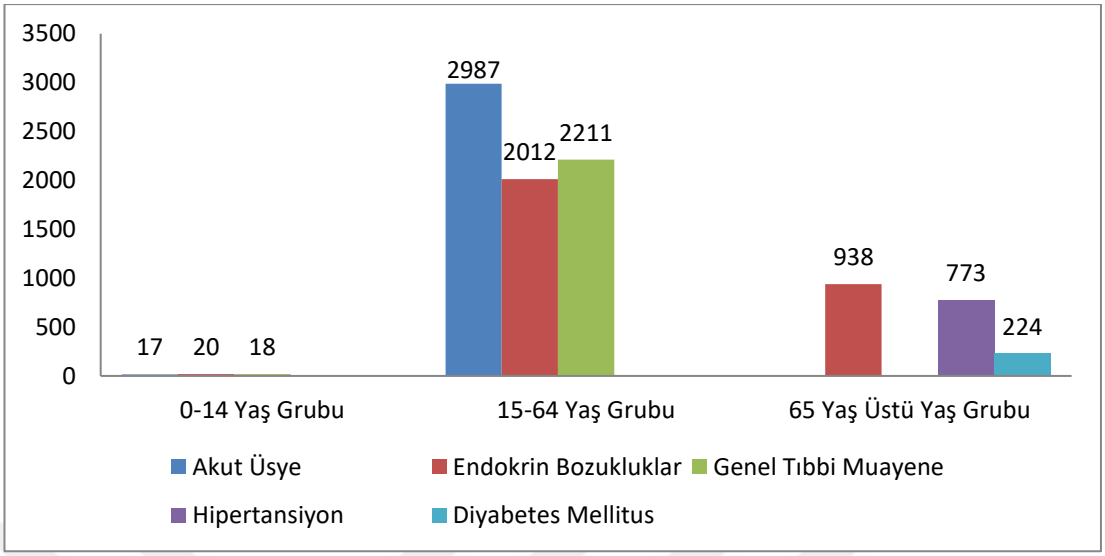
Hastaların hastane polikliniklerinde en sık aldıkları 5 tanı sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (n=3177), endokrin bozukluklar (n=2970), genel tıbbi muayene (n=2295), hipertansiyon (n=1635) ve işe girme öncesi muayene (n=921) şeklindedir (Grafik 3).

4.3. Hastane Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Sık konulan 20 tanının yaş gruplarına göre dağılımını inceledik (Tablo 4). Bu dağılımda en sık girilen ilk 3 tanının yaş gruplarına göre dağılımında 0-14 yaş grubunda en sık; endokrin bozukluklar, genel tıbbi muayene ve akut üsye tanıları yer buldu. 15-64 yaş grubunda akut üsye, genel tıbbi muayene, endokrin bozukluklar tanıları en sık girilen tanılarken; 65 yaş ve üstü yaş grubunda endokrin bozukluklar, hipertansiyon ve diyabetes mellitus en sık girilen tanılar oldu (Grafik 4).

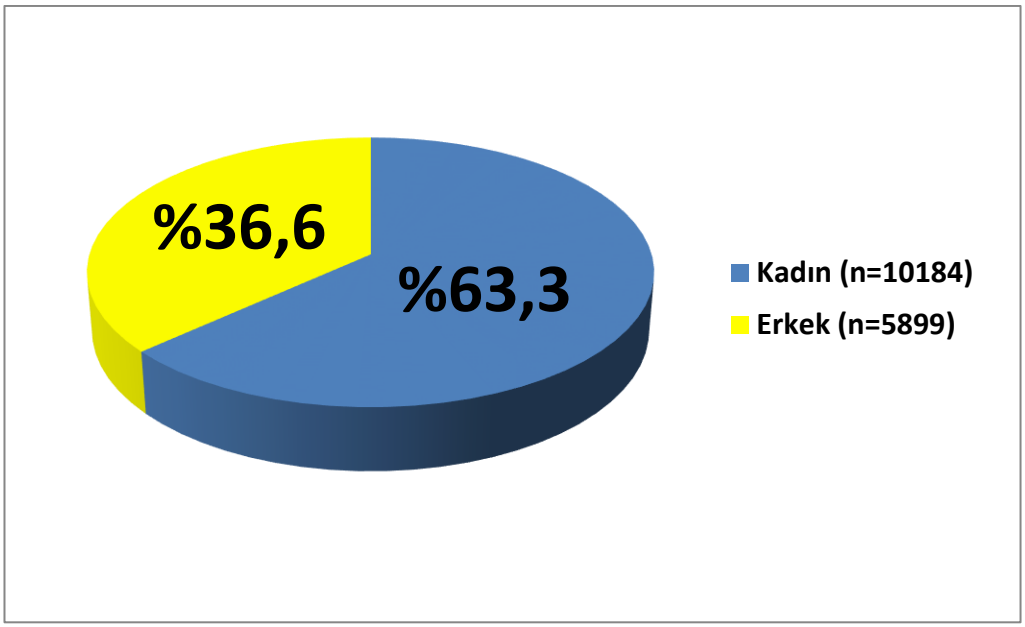
Tablo 4. Hastane polikliniklerinde en sık konulan 20 tanının yaş gruplarına göre dağılımı

	0-14 yaş		15-64 yaş		65 ve üstü yaş olarak	
	N	%	n	%	n	%
Akut USYE	17	16,3	2987	23,4	173	7,1
Endokrin Bozukluklar	20	19,2	2012	15,8	938	38,7
Genel Tıbbi Muayene	18	17,3	2211	17,3	66	2,7
Hipertansiyon	1	1,0	861	6,8	773	31,9
Işe Girme Oncesi	0	0	919	7,2	2	0,1
Miyalji	0	0	699	5,5	169	7,0
Diyabetes Mellitus	0	0	418	3,3	224	9,2
Anemi	6	5,8	480	3,8	118	4,9
GORH	0	0	405	3,2	159	6,6
Akut Tonsillit	4	3,8	398	3,1	11	0,5
Hiperlipidemi	0	0	165	1,3	125	5,2
Sistit	3	2,9	217	1,7	54	2,2
Dermatit	3	2,9	215	1,7	50	2,1
Kronik Iskemik Kalp Hastalığı	0	0	105	0,8	118	4,9
Gastroenterit	1	1,0	209	1,6	11	0,5
Akut Bronşit	1	1,0	195	1,5	13	0,5
Hipotiroidi	0	0	158	1,2	49	2,0
Kırgınlık Ve Yorgunluk	1	1,0	181	1,4	17	0,7
Vitamin D Eksikliği	0	0	129	1,0	51	2,1
Vitamin B12 Eksikliği	0	0	59	0,5	23	0,9



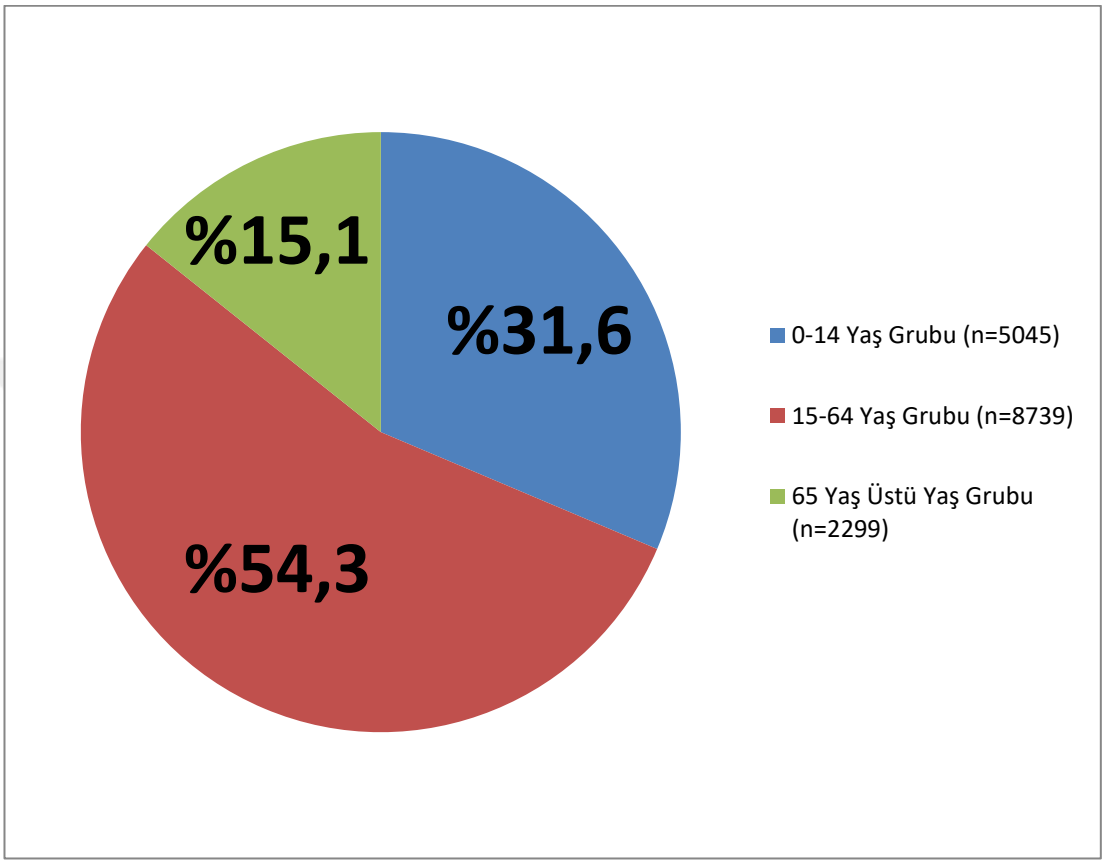
Grafik.4: Hastane Polikliniklerinde Yaş Gruplarına Göre En Sık Konulan 3 Tanı

4.4. EASM Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri



Grafik 5. EASM Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

EASM polikliniklerine başvuran katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımında; katılımcıların çoğunluğunu %63,3 (n=10184) ile kadınların; %36,6'sını (n=5899) ise erkeklerin oluşturduğu tespit edildi (Grafik 5).



Grafik 6. EASM Başvurularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

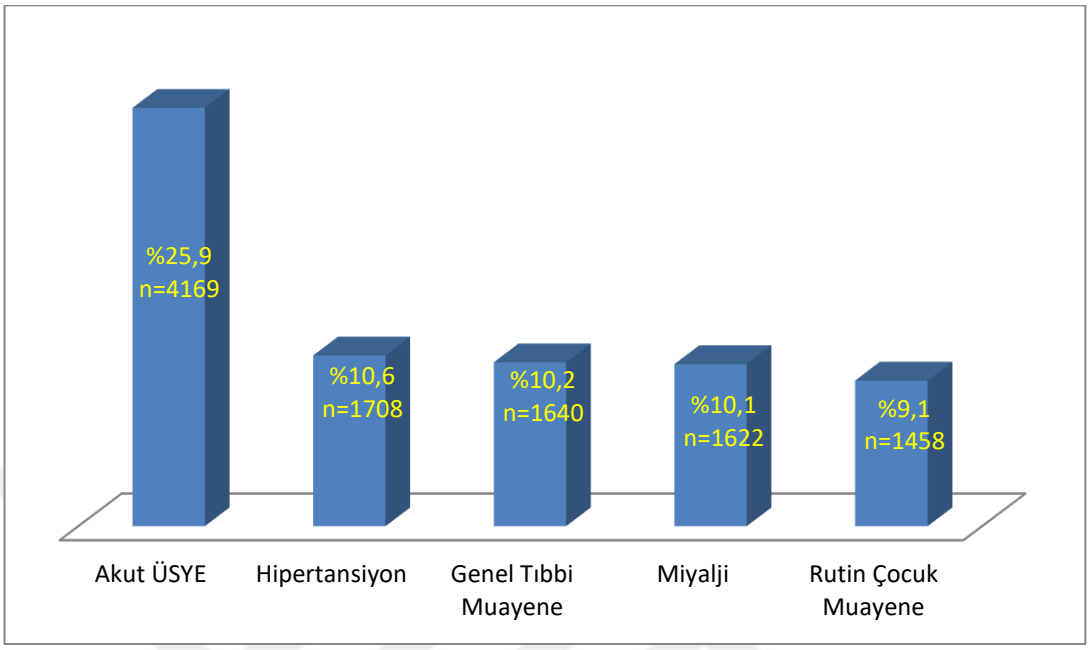
EASM polikliniklerine başvuran hastaların genel yaş ortalaması 34,69 ± 25,56'ydi. Katılımcıların %54,3'ünün 15-64 yaş arasında olduğu görüldü.. Katılımcıların yaşa göre dağılımında en sık başvuran yaş grubunu; toplam katılımcı sayısının %54,3'ünü (n=8739) kapsayan 15-64 yaş grubundan oluşmaktadır. 0-14 yaş grubu katılımcı oranı %31,6 (n=5045) ile ikinci en sık başvuran yaş grubunu oluştururken; 65 yaş ve üstü yaş grubu %15,1 (n=2299) katılımcı oranı ile en az başvuran yaş grubunu oluşturdu (Grafik 6).

Tablo 5. Hastane Polikliniklerine Başvuran Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımı

		Cinsiyet						
		Toplam		Erkek		Kadın		
		n	%	n	%	n	%	p
Yaş	0-14 yaş	5045	31,4	2550	43,2	2495	24,5	<0,001
	15-64 yaş	8739	54,3	2367	40,1	6372	62,6	
	65 ve üstü yaş	2299	14,3	982	16,6	1317	12,9	
Yaş	0-6 yaş	3363	20,9	1664	28,2	1699	16,7	<0,001
	7-14 yaş	1682	10,5	886	15	796	7,8	
	15-24 yaş	1255	7,8	400	6,8	855	8,4	
	25-34 yaş	1599	9,9	361	6,1	1238	12,2	
	35-44 yaş	2145	13,3	483	8,2	1662	16,3	
	45-54 yaş	1771	11	441	7,5	1330	13,1	
	55-64 yaş	1969	12,2	682	11,6	1287	12,6	
	65-74 yaş	1545	9,6	685	11,6	860	8,4	
	75-84 yaş	511	3,2	225	3,8	286	2,8	
	85 ve üstü yaş	243	1,5	72	1,2	171	1,7	
Total		16083	100	5899	100	10184	100	

EASM polikliniklerine başvuran hastalarda yaş ve cinsiyet arası ilişkiye baktığımızda en sık başvuru yapan yaş grubu; erkek katılımcıların %43,2'sini oluşturan 0-14 yaş grubu iken; kadın katılımcılarda %62,6 başvuru oranı ile 15-64 yaş grubuydu. En az başvuru yapan yaş grubu ise erkeklerde %16,6 ve kadınlarda %12,9 ile 65 yaş ve üstü yaş grubudur. Yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p < 0,001$) (Tablo 5).

4.5. EASM Polikliniklerine Başvuranlara Konulan Tanılar



Grafik 7. EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanı

Hastaların en sık aldıkları tanılar sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (n=4169), hipertansiyon (n=1708), genel tıbbi muayene (n=1640), miyalji (n=1622) ve rutin çocuk muayenesi (n=1458) şeklindedir (Grafik 7).

Tablo 6. EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 20 Tanının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	Total		Erkek		Kadın	
	n	%	n	%	n	%
Akut USYE	4169	25,9	1779	30,2	2390	23,5
Hipertansiyon	1708	10,6	604	10,2	1104	10,8
Genel Muayene	1640	10,2	541	9,2	1099	10,8
Miyalji	1622	10,1	455	7,7	1167	11,5
Rutin Çocuk Muayene	1458	9,1	693	11,7	765	7,5
Vitamin D Eksikliği	956	5,9	222	3,8	734	7,2
Diyabetes Mellitus	920	5,7	318	5,4	602	5,9
Görh	831	5,2	294	5,0	537	5,3
Akut Tonsillit	799	5,0	389	6,6	410	4,0
Demir Eksikliği	699	4,3	100	1,7	599	5,9
Vitamin B eksikliği	653	4,1	141	2,4	512	5,0
Gastrit	539	3,4	172	2,9	367	3,6
Dermatit	538	3,3	185	3,1	353	3,5
Kronik Iskemik Kalp Hastalığı	470	2,9	225	3,8	245	2,4
Gebelik Durumu	437	2,7			436	4,3
Akut Bronşit	354	2,2	168	2,8	186	1,8
Hipotiroidi	271	1,7	28	0,5	243	2,4
Kırgınlık Ve Yorgun	242	1,5	45	0,8	197	1,9
Tinea Pedis	217	1,3	74	1,3	143	1,4
Akut Nazofarenjit	213	1,3	81	1,4	132	1,3

Hastaların en sık aldıkları 20 tanı sıralamasında akut üst solunum yolu enfeksiyonları %25,9 (n=4169) ile en üst sırada yer alırken, akut nazofarenjit tanısı %1,3 (n=213) ile listenin en alt sırasında yer aldı.

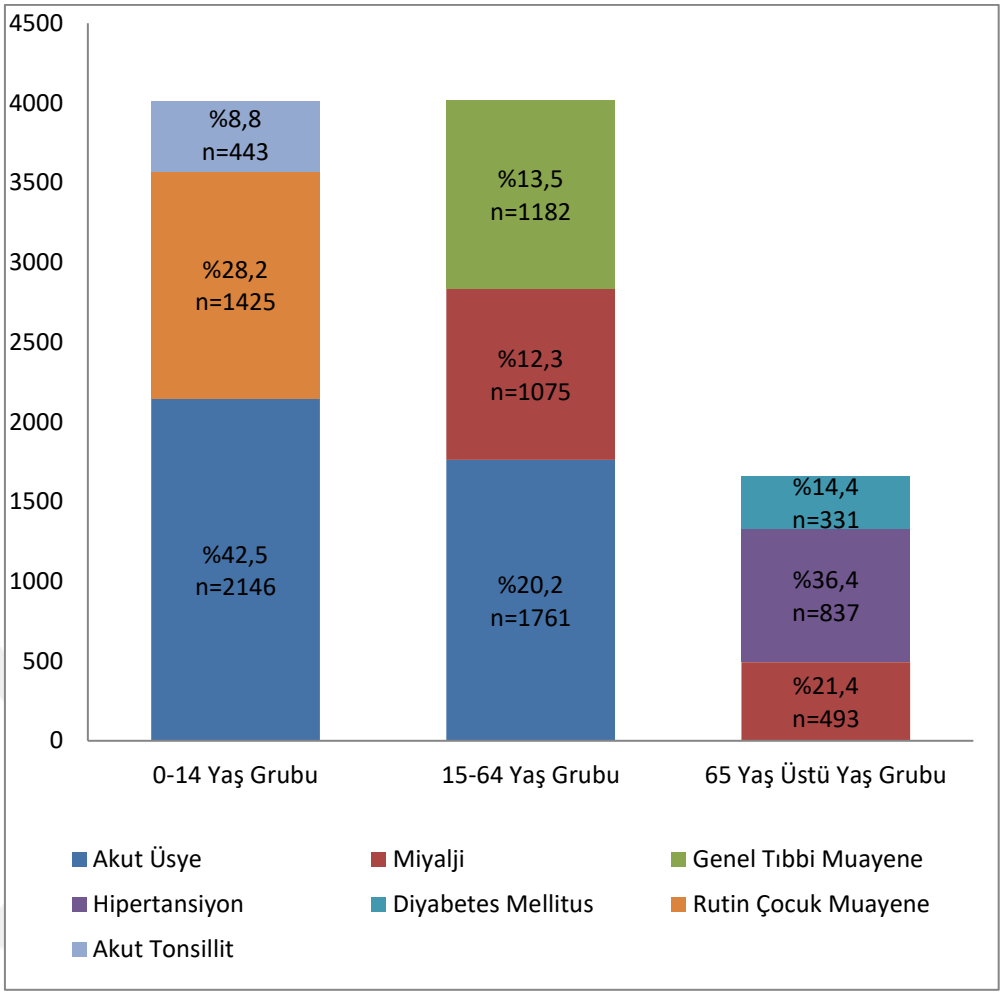
Tanıların cinsiyetlere göre dağılımında erkeklerde en sık girilen tanı %30,2 (n=1779) ile; kadınlarda en sık girilen tanı %23,5 (n=2390) ile akut üsye oldu (Tablo 6).

4.6. EASM Polikliniklerine Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 7. EASM Polikliniklerinde En Sık Konulan 20 Tanının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	0-14 yaş		15-64 yaş		65 ve üstü yaş olarak	
	n	%	n	%	n	%
Akut USYE	2146	42,5	1761	20,2	262	11,4
Hipertansiyon	5	0,1	866	9,9	837	36,4
Genel Muayene	315	6,2	1182	13,5	143	6,2
Miyalji	54	1,1	1075	12,3	493	21,4
Rutin Çocuk Muayene	1425	28,2	27	0,3	6	0,3
Vitamin D Eksikliği	213	4,2	601	6,9	142	6,2
Diyabetes Mellitus	3	0,1	586	6,7	331	14,4
GORH	8	0,2	559	6,4	264	11,5
Akut Tonsillit	443	8,8	324	3,7	32	1,4
Demir Eksikliği	112	2,2	518	5,9	69	3,0
Vitamin B Eksikliği	15	0,3	493	5,6	145	6,3
Gastrit	6	0,1	373	4,3	160	7,0
Dermatit	159	3,2	284	3,2	95	4,1
Kronik İskemik Kalp Hastalığı	1	0,0	216	2,5	253	11,0
Gebelik Durumu	2	0,0	433	5,0	2	0,1
Akut Bronşit	178	3,5	136	1,6	40	1,7
Hipotiroidi	7	0,1	207	2,4	57	2,5
Kırgınlık Ve Yorgun	22	0,4	191	2,2	29	1,3
Tinea Pedis	12	0,2	159	1,8	46	2,0
Akut Nazofarenjit	96	1,9	102	1,2	15	0,7

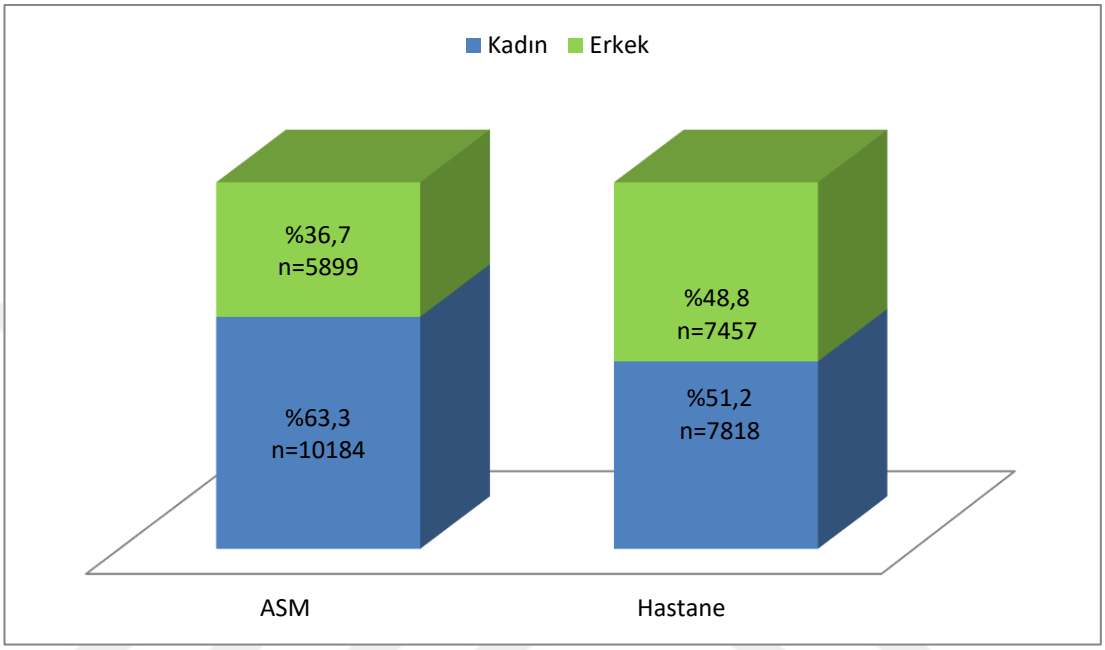
Sık konulan 20 tanının yaş gruplarına göre dağılımını inceledik (Tablo 7). 0-14 yaş grubunda en sık akut üsye, rutin çocuk muayene ve akut tonsillit tanıları yer buldu. 15-64 yaş grubunda akut üsye, genel tıbbi muayene, miyalji tanıları en sık girilen tanılarken; 65 yaş üstü yaş grubunda hipertansiyon, miyalji ve diyabetes mellitus en sık girilen tanılar oldu (Grafik 8).



Grafik 8. EASM Polikliniklerinde Yaş Gruplarına Göre En Sık Girilen 3 Tanının Dağılımı

4.7.EASM Poliklinikleri Verileri ile Hastane Poliklinikleri Verilerinin Karşılaştırılması

4.7.1. Sosyodemografik karşılaştırma

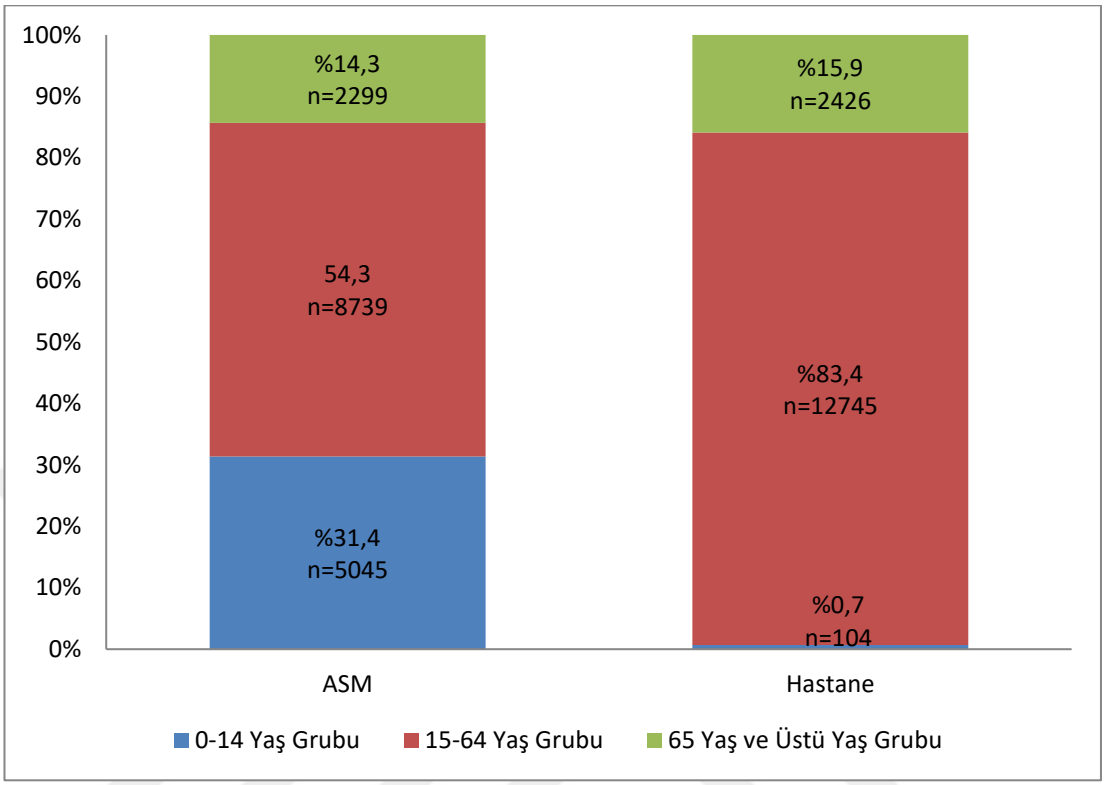


Grafik 9. Cinsiyetlere Göre Başvuru Oranları

EASM aile hekimliği polikliniklerine ve hastane polikliniklerine yapılan başvuruların cinsiyetlere göre dağılımında; her iki grupta da kadın grubunun daha yüksek oranda başvuru yaptığı dikkat çekmektedir. EASM polikliniklerine başvuran kadın oranını %63,3 (n=10184) ve hastane polikliniklerine başvuran kadın oranını %51,2 (n=7818) olarak tespit ettik (Grafik 9).

Hastane ve EASM polikliniklerine yapılan başvurulardaki cinsiyet dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu dikkat çekmektedir 0($p<0,001$). Erkekler başvurularında daha sıklıkla hastaneyi tercih etmektedir.

4.7.2.Yaş gruplarına göre karşılaştırma



Grafik 10. EASM ve Hastane Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Her iki gruptaki poliklinik başvurularının yaş aralıklarına göre dağılımını inceledik. 0-14 yaş grubu başvuruları EASM polikliniklerine yapılan başvuruların %31,4'ünü (n=5045) oluşturuyorken; hastane polikliniklerine yapılan başvuruların sadece %0,7'sini (n=104) oluşturduğunu tespit ettik. 15-64 yaş grubu başvuruları oranlarının EASM polikliniklerinde %54,3 (n=8739) iken; hastane polikliniklerinde %83,4 (n=12745) olduğunu gördük. 65 yaş ve üstü yaş grubundan yapılan başvurular ise EASM poliklinik başvurularının %14,3'ünü (2299); hastane poliklinik başvurularının %15,9'unu (n=2426) oluşturdu (Grafik 10).

Tablo 8. EASM ve Hastane Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		ASM		HASTANE		
		n	%	n	%	P
Yaş	0-14 yaş	5045	31,4	104	0,7	<0,001
	15-64 yaş	8739	54,3	12745	83,4	
	65 ve üstü yaş olarak	2299	14,3	2426	15,9	

Hastane ve EASM polikliniklerine yapılan başvuruların yaş gruplarına göre dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik (p<0,001) (Tablo 8).

4.7.3. Tanıların karşılaştırılması

Tablo 9. EASM ve Hastane Polikliniklerinde En Sık Konulan 5 Tanının Birbirleriyle Kıyaslanması

	ASM		HASTANE		
	n	%	n	%	P
Akut ÜSYE	4169	25,9	3177	20,8	<0,001
Hipertansiyon	1708	10,6	1635	10,7	0,810
Genel Tıbbi Muayene	1640	10,2	2295	15,0	<0,001
Miyalji	1622	10,1	442	5,7	<0,001
Rutin Çocuk Muayene	1458	9,1	3	0,0	<0,001
Endokrin Bozukluklar	135	0,9	2970	19,4	<0,001
İşe Girme Öncesi	136	0,9	921	6,0	<0,001

Her iki grupta en sık konulan ilk 5 tanının karşılaştırmasını inceledik. EASM polikliniklerinde girilen tanılardan akut ÜSYE (n=4169), miyalji (n=1622) ve rutin çocuk muayene (n=1458) tanılarının; hastanede girilen karşılıklarına göre (sırasıyla n=3177, n=442 ve n=3) anlamlı oranda yüksek girildiğini tespit ettik (p<0,001). Hastane polikliniklerinde girilen genel tıbbi muayene (n=2295), endokrin bozukluklar (n=2970) ve işe girme öncesi muayene (n=921) tanılarının; EASM polikliniklerinde girilen karşılıklarına göre (sırasıyla; n=1640, n=135 ve n=136) anlamlı oranda yüksek girildiğini gördük (p<0,001). Hipertansiyon tanısında ise her iki grup arasında anlamlı bir fark tespit etmedik (p=0,810) (Tablo 9).

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması hastane grubunda 42±19,79; eğitim EASM grubunda 34±15,56 olarak hesaplanmıştır.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran bireylerin kayıtlarının incelendiği çalışmada hastaların genel yaş ortalaması 30,2±14,1 yıl olarak hesaplanmıştır (49). Bu polikliniğin hizmet verdiği bölgenin üniversite kampüsü içerisinde yer alması üniversite öğrencilerinin kolaylıkla başvurabilmesini sağlayarak genç nüfus oranını arttırmış ve yaş ortalamasını düşürmüş olabilir. Bizim çalışmamızdaki hastane ve EASM polikliniklerinin üniversite gibi genç nüfusun yoğun olduğu bölgelerde bulunmaması yaş ortalamasının bu çalışmaya göre daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Ticaret Odası (ATO) Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı başvurularını inceleyen çalışmasında hastaların yaş ortalaması 24,5±20,3 yıl (50); Çukurova Üniversitesi - ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 yılı başvurularını inceleyen çalışmasında yaş ortalaması 21,9±19,4 yıl bulunmuştur (51). Bu polikliniğin hizmet verdiği bölgenin göç alan bir bölge olması, çocuk ve genç nüfusun fazla olması yaş ortalamasının bizim çalışmamızdaki verilerden daha düşük olmasında rol oynamış olabilir.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezinde yapılan çalışmada yaş ortalaması 37,4 olarak (52); Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'nde yine bizim çalışmamızdaki EASM poliklinikleriyle benzer olarak yaş ortalaması 32,3±18,4 yıl olarak bulunmuştur (53). Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile Hekimliği Polikliniği'nde yaş ortalamasının 48,9±18,2 yıl olduğu görülmüştür (54). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2000-2003 başvuruları incelendiğinde; kadın hastaların yaş ortalaması 49,44±15,08 yıl, erkek hastaların yaş ortalaması ise 48,66±16,22 yıl olarak bulunmuştur (55). Bu üniversitelerdeki aile hekimliği polikliniklerinin daha çok üniversite personeline ve ailelerine hizmet vermesi, sıklıkla kurum hekimliği gibi işlev görmesi yaş

ortalamasının bizim çalışmamızdakinden daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

2012 yılında Düzce 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezine yapılan başvuruların incelendiği çalışmada yaş ortalamasının 42,8 ± 0,3 olduğu görülmüştür (56). Bu oran bizim çalışmamızdaki hastane ortalamamıza daha yakındı.

Bizim çalışmamızda EASM polikliniklerinde bebek ve çocuk izlemlerinin, aşılamalarının yapılması yaş ortalaması açısından hastane polikliniklerine göre daha düşük bir ortalamaya sahip olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda incelediğimiz 2 gruptan hastane polikliniklerine başvuran 15275 katılımcıdan 7818'i (%51,2) kadın, 7457'si (%48,8) erkek; EASM polikliniklerine başvuran 16083 katılımcıdan ise 10184'ü (%63,3) kadın, 5899'u (%36,6) erkekti. Her iki grupta da kadınlar erkeklere göre daha fazla başvuruda bulunmuşlardır. Erkeklerin başvurularında daha fazla oranda hastaneyi tercih ettikleri görülmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sağlık başvurularını inceleyen ve 1973 yılında başlatılıp her yıl tekrarlanan National Ambulatory Medical Care Services (NAMCS; Ulusal Ayaktan Tıbbi Bakım Hizmetleri) 2014 raporuna göre, birinci basamak hekimlere tüm yaş gruplarında 169,495 başvurunun 103,876'sını (% 61,3) kadınlar, 65,619'unu da erkekler (%38,7) yapmıştır. (57)

Kocaeli Üniversitesi'nin yaptığı çalışmada başvuran hastaların %29,4'ünün erkek, %70,7'sinin kadın olduğu saptanmıştır (54). 2007 yılında yapılan ve Çukurova Üniversitesi –ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı çalışmalarını inceleyen araştırmada ise başvuran hastalarda kadınların oranı %69,5; erkeklerin oranı ise %30,5 olarak saptanmıştır. (50) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar ile yapılan çalışmada, kuruluş tarihi olan Kasım 2000'den Kasım 2003'e kadar değerlendirilen hastaların %65'inin kadın, %35'inin erkek olduğu saptanmıştır.(55) Düzce 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezine yapılan başvuruların incelendiği çalışmada hastaların %41.7'sinin erkek, %58.3'ünün kadın olduğu görülmüştür (56). Diğer çalışmalardaki cinsiyete göre başvuru oranları da bizim çalışmamızda olduğu gibi kadın cinsiyet lehine yüksek oranda tespit edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre Türkiye'de erkek nüfus 40 milyon 43 bin 650 kişi, kadın nüfus 39 milyon 771 bin 221 kişidir. Yüzde olarak bakarsak toplam nüfusun %50,2'sini erkekler, %49,8'ini ise kadınlar oluşturuyor. (58)

Nüfus dağılımında erkek popülasyonunun daha fazla olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde başvuruların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu görmekteyiz. Genel hasta karakteristiklerinde kadın hasta popülasyonunun daha yoğun olması, poliklinikte üreme sağlığına yönelik ayrı bir hizmet verilmesi gibi nedenler etkili olmuş olabilir. Her ne kadar üreme sağlığı hizmetlerinde kadın ve erkeklerin, cinsel sağlık için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması amaçlansa da; bu hizmetler toplum tarafından daha çok kadınlara yönelik bir hizmetmiş gibi algılamaktadır (59). Bu anlayışın değiştirilmesi için başka yakınmayla gelen erkek hastalara üreme sağlığı hizmetleri konusunda da bilgi vermek; kadınlara danışmanlık hizmeti verilirken erkeklerin de katılımını sağlamak faydalı olabilir. Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında, kadınların daha fazla oranda sağlık hizmeti talep ettiği ve erkeklere göre daha fazla sağlık kontrolünden geçtiği bildirilmiştir (60). Annelerin bebek veya çocukları için de sağlık hizmetlerine başvurmaları, poliklinikleri daha rahat kullanmalarında etken olmuş olabilir. Özellikle EASM polikliniklerinde bebek-çocuk takiplerinin de yapılıyor olması kadınların polikliniklere daha rahat başvurmasını sağlayarak kadın başvuru oranlarının artmasına katkıda bulunmuş olabilir.

İnsan sağlığının ya da hastalık durumunun belirlenmesinde biyolojik ve sosyal ilişkilerin ortaklaşa etkili olmaktadır. Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri arasında belirgin farklılıklar vardır. Kadınların beklenen yaşam süresi daha fazla olmasıyla beraber pek çok toplumda, kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları tespit edilmiştir (61). Kadının yaşam döngüsündeki en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 yaş ve üzeri nüfusun %38'ini, yine aynı yaş grubunda bulunan kadınların %77'sini oluşturmaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi önem taşımaktadır (62). Stoverinck ve arkadaşları, özelikle 25-44 yaş arasındaki kadınların sağlık sorunlarını

daha fazla öne çıkardıklarını ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını bildirmektedirler (63).

Bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha fazla oranda sağlık ocağına başvurduğu ve kendilerine daha fazla oranda çoklu tanı girildiği tespit edilmiştir. Bu fark, kadınların kendilerini daha iyi ifade edebilmesi ve sağlık problemlerini daha fazla öne çıkarmalarından kaynaklanmış olabilir (64).

Viyana'da 2005 yılında Avrupa Erkek Sağlığı Forumu düzenlenmiştir ve ilk Erkek Sağlığı Bildirgesi burada imzalanmıştır. Bu bildirgede, erkeklerin sağlık sorunlarına kadınlar gibi yaklaşmadıkları için milyonlarcasının tanı almadığı veya hastalıkların ilerlemiş bir safhalarında sağlık hizmeti talep ettikleri, her türlü sağlık hizmetine erişim konusunda başarısız kaldıklarının altı çizilmiştir (65). Bizim çalışmamızda da başvuru yapan erkek hastaların, kadın hastalardan az olması bu bildirgenin sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir.

TÜİK verilerine göre 2015 yılında, Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %51,3 olup, bu oran erkeklerde %71,6; kadınlarda ise %31,5'tir (66). Erkeklerin çalışıyor olması mesai saatlerinde poliklinikleri kullanmalarını zorlaştırmış ve genel başvuru oranlarının kadınlara göre daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Bununla beraber çalışmamızdaki EASM polikliniklerindeki oranlara kıyasla hastanemiz aile hekimliği polikliniklerindeki erkek başvuru oranının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak Şişli bölgesinin önemli iş merkezlerine sahip olması ve iş gücünün ağırlıklı olarak erkeklerden oluşuyor olması olabilir. Genel olarak ASM'lere olan nüfus kayıtlarının ev adreslerine göre tercih edilmesi; iş yeri evlerine uzak olan popülasyonda ASM polikliniklerine başvuruları zorlaştırmaktadır. İş yerleri Şişli bölgesinde olan erkekler hastaneye daha kolay ulaşarak poliklinik hizmetlerinden faydalanabildiğinden hastane başvuruları daha yüksek oranda olabilir.

Çalışmamızda yer alan EASM ve hastane polikliniklerine başvuruların yaş aralıklarına göre dağılımını inceledik. EASM başvurularının %31,4'ünü (n=5045) 0-14 yaş grubu başvuruları, %54,3'ünü (n=8739) 15-64 yaş grubu, %14,3'ünü (2299) ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır.

Hastane polikliniklerine yapılan başvuruların %0,7'sinin (n=104) 0-14 yaş grubu, %83,4'ünün (n=12745) 15-64 yaş grubu; %15,9'unun (n=2426) da 65 yaş ve

üzeri yaş grubu tarafından yapıldığını tespit ettik. Bu iki grup arasında hastane polikliniklerine yapılan başvurularda 0-14 yaş grubunun azlığı dikkat çekmektedir.

TÜİK verilerine göre ülkemizde 15-64 yaş grubunda bulunan (çalışma çağındaki) nüfusun oranı %68, çocuk yaş grubu olarak tanımlanan 0-14 yaş grubundaki nüfusun oranı ise %23,7; 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun oranı ise %8,3 olarak belirlenmiştir (67). Bu oranlar EASM'mize yapılan başvuru oranlarıyla paralel görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan NAMCS 2014 raporuna göre Amerika birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda bulunan 169,495 kişinin 38,491'i (%22,7) 0-14 yaş grubunda; 92,955'i (%54,9) 15-64 yaş grubunda ve 38,049'u (%22,4) 65 yaş ve üzerinde tespit edilmiş (68). Umurlu aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmada 1953 başvurunun 455'i (%23,3) 0-14 yaş grubu, 1195'i (%61,2) 15-64 yaş grubu, 303'ü (%15,5) de 65 yaş ve üzeri yaş grubundan oluşmaktadır (52). Düzce 3 nolu Aile Hekimliği Birimi'nde yapılan çalışmada 5685 başvurunun %18,2'sini 0-14 yaş grubu, %50,3'ünü 15-59 yaş grubu, %31,5'ini de 60 yaş ve üzeri yaş grubu tarafından yapıldığı görülmüştür (56). Bu 3 çalışmadaki yaş gruplarına göre başvuruların dağılımı dengeli görünmekte ve bizim çalışmamızdaki EASM polikliniklerivle de- benzer oranlar göstermektedir.

Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Değirmendere Polikliniği'nde yapılan çalışmada başvuran 197 hastanın 17'si (%8,6) 0-14 yaş grubunda, 147'si (75,6) 15-64 yaş grubunda, 33'ü (%16,8) ise 65 yaş ve üzerinde bulunmuştur (54).

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi – ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nde 2007 yılında yapılan çalışmada 327 (%38,6) 0-14 yaş grubu; 486'sı (57,5) 15-64 yaş grubu ve 33'ü (%3,9) 65 yaş ve üzerinde tespit edilmiştir (50). Yine aynı poliklinikte 2009 yılında yapılan çalışmada 0-14 yaş grubu 308 (%41,9); 15-64 yaş grubu (%54,7), 65 yaş ve üstü 24 (%3,2) olarak bulunmuştur (51). Bu çalışmalarda polikliniğe yapılan başvuruların daha çok çocuk ve yetişkin yaş gruplarında yoğunlaştığı, yaşlı grubu başvuru oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir.

OMÜ'de yapılan çalışmada başvuruların 51 (%1,8)'inin 0-14 yaş grubunda olduğu; 5829 (%95,2)'sinin 15-64 yaş grubunda olduğu, 65 yaş ve üzeri gruptaki hastaların oranının 182 (%2,9) olduğu saptanmıştır (49). Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2009 yılında yayınlanan çalışmasında başvuruların %6'sını 0-14 yaş grubu, %87'sini 15-64 yaş grubu ve %7'sini 65 yaş ve üstü yaş grubu oluşturmaktaydı (69). Bu iki çalışmada başvuruların erişkin yaş grubunda yoğunlaştığı, çocuk ve yaşlı grubu başvurularının önemli oranlarda az olduğu görülmektedir.

Hastaların hastane polikliniklerimizde en sık aldıkları ilk 5 tanı sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (n=3177), endokrin bozukluklar (n=2970), genel tıbbi muayene (n=2295), hipertansiyon (n=1635) ve işe girme öncesi muayene (n=921) şeklindedir.

Hastaların EASM polikliniklerinde en sık aldıkları tanılar sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (n=4169), hipertansiyon (n=1708), genel tıbbi muayene (n=1640), miyalji (n=1622) ve rutin çocuk muayenesi (n=1458) şeklindedir.

Düzce 3 nolu ASM'de en sık konulan 5 tanı; akut nazofarenjit %30,8 (n=1754), esansiyel hipertansiyon %14,3 (n=816), dorsalji %5,7 (n=322), işe girme öncesi muayene %3,1 (n=176) ve başağrısı %3 (n=169) idi. Umurlu aile hekimliği merkezinde yapılan çalışmada hipertansiyon %9 (n=237), ÜSYE %5,1 (n=134), otit %4,4 (n=117), anemi %4,2 (n=111) ve tonsillit %3,8 (n=100) olarak belirlenmişti (56). Marmara üniversitesi aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmada en sık girilen 5 tanı sırasıyla; %19 ÜSYE, %14.3 hipertansiyon, %11.9 sağlıklı birey muayene, %9.8 dislipidemi ve %8.9 anemi olarak sıralanmıştı (69). Bu 3 çalışmada da en sık girilen 2 tanı bizim çalışmamızdaki EASM sonuçlarımızda da olduğu gibi üst solunum yolu enfeksiyonları ve hipertansiyondu. Yine bizim çalışmamızdaki hastane verilerinde de akut ÜSYE ve hipertansiyon sık girilen tanılardandı.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan 285 başvurunun incelendiği çalışmada her iki cinste de birinci sırada hipertansiyon, daha sonra gastrointestinal sistem hastalıkları, üst solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile iskemik kalp hastalıkları en sık rastlanılan ilk 5 hastalık olarak bildirilmiştir (55). Bu çalışmada en sık 5 tanı

grubundan 3'ünü kronik hastalıkların oluşturması dikkat çekmektedir. Bu çalışmadaki yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasından (yaş ortalaması kadınlarda 49,44±15,08 yıl, erkeklerde ise 48,66±16,22 yıldır) kaynaklanıyor olabilir. Yine hipertansiyon ve ÜSYE tanıları bu çalışmada da diğer çalışmalarla benzer şekilde en sık girilen tanılar içindedir.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi – ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nde 2007 yılında 2328 başvurunun incelendiği çalışmada en sık 5 tanı sıralaması akut ÜSYE %9 (n=88), hipertansiyon %7,1 (n=69), üriner sistem enfeksiyonu %6,8 (n=66); danışma %4,2 (n=41) ve gebelik %4 (n=39) olarak görülmüş (50). Yine aynı poliklinikte yapılan 2009 yılındaki 1389 başvurunun incelendiği çalışmada en sık 5 tanı akut ÜSYE %11,0 (n=234), Üriner sistem enfeksiyonu %6,1 (n=130), hipertansiyon %6,0 (n=129), demir eksikliği anemisi %2,9 (n=62) ve Artropatiler diğer tanımlanmış %2,4 (n=52) olarak sıralanmıştır (51). Bu 2 çalışmada da en sık konulan 3 tanı aynı bulunmuştur. Hipertansiyon ve ÜSYE bizim EASM oranlarımızla ve incelediğimiz diğer çalışmalarla uyumluydu. Üriner sistem enfeksiyonları başvurulardaki kadın cinsiyetinin ve 0-14 yaş grubunun ağırlıklı olarak yer almasından kaynaklanabileceği düşünüldü. 2007'deki çalışmada 5. en sık tanı olarak gebelik tanısının yer alması da dikkat çekmekteydi. Kadın başvurularının %69,5 olması ve özellikle 15-49 yaş grubunun %80-90 oranında kadın cinsiyetten oluşması etkili olmuş olabilir.

OMÜ aile hekimliği ana bilim dalı polikliniğinde 8928 başvurunun incelendiği çalışmada en sık görülen 5 tanı sırasıyla; akut ÜSYE %26,7 (n=2388), laboratuvar muayenesi %21,7 (n= 1957), anemi %8,7 (n= 774), Abdominal Ağrı-Pelvik Ağrı-Akut Batın-Üst Karın Ağrısı-Bağırsak Gazı %6,9 (n=612) ve akut alt solunum yolu enfeksiyonu %4,5 (n=401) olarak girilmiştir. Bu çalışmada tetkik istemi nedeniyle başvuran hastaların tanılarının "laboratuvar muayenesi" olarak kodlandığı belirtilmişti (49). İlk 5 tanı arasında kronik hastalık bulunmamasının nedeni olarak başvurular arasında yaşlı nüfusun %2,9 gibi çok düşük oranda kalmış olması düşünülebilir.

Hipertansiyon hastalığı ülkemizde oldukça yaygındır. TEKHARF çalışmasına göre, Türkiyede 18 yaş üzeri hipertansiyon prevelansı %31,8 olarak bulunmuştur.

Yani ülkemizde yaklaşık erişkin her üç kişiden birisinde hipertansiyon mevcuttur diyebiliriz. 2003 yılı nüfus verilerine baktığımızda ülkemizdeki hipertansif hastaların sayısı 15 milyon civarındadır. Türkiye'de hipertansiyon hastalarının önemli bir kısmını (%58) ekonomik olarak üretken çağ olan orta yaş grubu oluşturmaktadır. 60 yaşın üzerinde de hipertansiyon prevalansı %60-80'lere çıkmaktadır (70). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon tanısı her iki çalışma grubumuzda da en sık girilen ilk 5 tanı arasında yer almaktadır. Özellikle EASM verilerinde yaş ortalamasının daha genç olmasına karşın hastane polikliniklerinden daha sık oranda hipertansiyon tanısı girilmişti.

Çalışmamızda en sık girilen tanıların yaş gruplarına göre dağılımını da inceledik. Hastane verilerinde en sık girilen 3 tanının yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda 0-14 yaş grubunda endokrin bozukluklar (%19,2), akut ÜSYE (%18), genel tıbbi muayene (%17,3) tanıları; 15-64 yaş grubunda akut ÜSYE (%23,4), genel tıbbi muayene (%17,3), endokrin bozukluklar (%15,8); 65 yaş ve üstü yaş grubunda endokrin bozukluklar (%38,7), hipertansiyon (%31,9), diyabetes mellitus (%9,2) olarak sıralanmıştı. EASM verilerinde en sık girilen ilk 3 tanının yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda 0-14 yaş grubunda akut ÜSYE %42,5, rutin çocuk muayene %28,2, akut tonsillit %8,8; 15-64 yaş grubunda akut ÜSYE %20,2, genel tıbbi muayene %13,5, miyalji %12,3; 65 yaş ve üzeri yaş gurubunda hipertansiyon %36,4, miyalji %21,4, diyabetes mellitus %14,4 olarak sıralandığını tespit ettik.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi – ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nde 2007'de yapılan çalışmada 0-14 yaş arasındaki çocukların en sık; akut ÜSYE (%33), akut tonsillit (%22) ve barsak parazitozu (%14); 15-49 yaş grubundaki hastaların üriner sistem enfeksiyonu (%39), gebelik (%38), ve hipertansiyon (%32); 50 yaş ve üzeri gruptaki hastaların hipertansiyon (%23,2), üriner sistem enfeksiyonu (%8,5) ve tip-2 diabetes mellitus (%8,5) olarak sıralandığı bulunmuştur (50). Yine Çukurova Üniversitesi'nde 2009 yılında yapılan çalışmada 0-14 yaş arasındaki çocukların en sık; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%16,6), karın ağrısı (%7,5), beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı (%6); 15-64 yaş grubunda üriner sistem enfeksiyonu (%9,3), hipertansiyon (%6,9) ve gebelik (%5); 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların, hipertansiyon (%24,5), insüline bağımlı olmayan diyabet (%9,4) ve aterosklerotik kalp hastalığı (%9,4) olarak bulunmuştur

(51). Bu iki çalışmada da çocuk yaş grubunda üst solunum yolu enfeksiyonları ön plandayken, erişkin dönemde gebelik ve üriner sistem enfeksiyonları; yaşlı grubunda da kronik hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Griebling'in 2005 yılında Amerika'da yaptığı çalışmada üriner sistem enfeksiyonu oluşma riski kadınlarda (%53) erkeklere göre (%14) yaklaşık dört kat daha fazla bulunmuştur (71). Çukurova üniversitesinin çalışmasındaki üriner sistem enfeksiyonu görülme sıklığının bizim çalışmamıza göre fazla görülmüş olması kadın nüfus oranının (%65,4 ve %69,9) bizim hastane verilerimize göre (%51,2) daha yüksek oranda olmasından kaynaklanmış olabilir. Eğitim ASM polikliniklerimizde ise kadın başvuru oranı yüksek olmasına rağmen (%63,3) tam idrar tahlili yapılamıyor olması üriner sistem enfeksiyonu tanısının düşük oranda çıkmasına neden olmuş olabilir.

Düzce 3 nolu ASM'de yapılan çalışmada tanıların yaş gruplarına göre dağılımında; 0-14 yaş grubunda en sık 2 tanı sırasıyla akut nazofarenjit ve bronşit; 15-44 yaş grubunda akut nazofarenjit ve işe girme öncesi muayene; 45-59 yaş arasında akut nazofarenjit ve hipertansiyon; 60 yaş üstünde ise esansiyel hipertansiyon ve akut nazofarenjit olarak sıralanmıştı (56). Bu çalışmada çocuk yaş grubunda enfeksiyonlar, erişkin dönemin ilk yıllarında enfeksiyon ve işe giriş muayenesi tanıları ön plandayken; erişkin yaş grubunun sonlarına doğru başlayan ve yaşlı grubunda da devam eden enfeksiyon ve kronik hastalıklar tanıları ön plana geçmektedir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki EASM verileriyle benzerdir.

OMÜ'de yapılan çalışmada 0-14 yaş grubundaki hastaların en sık; akut ÜSYE (%32,7), laboratuvar muayenesi (%23,6), anemi (%9,1); 15-64 yaş grubundaki hastaların akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%28,3), laboratuvar muayenesi (%24,2), anemi (%8,6); 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların laboratuvar muayenesi (%18,7), hipertansiyon (%12,6), insulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus (%9,9) tanıları aldığı saptanmıştır (49). Bu çalışmada çocuk yaş grubu ve erişkin yaş grubunda üst solunum yolu enfeksiyonları ve laboratuvar muayenesi tanıları ağırlıklı olarak görülürken; yaşlı grubunda kronik hastalıkların ağırlıklı görüldüğü saptanmıştır. Sonuçlar yine bizim çalışmamızdaki EASM verileriyle benzerlik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda tanıların yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda EASM'de elde ettiğimiz bulgularımız yukarıda bahsettiğimiz OMÜ ve Düzce

Üniversitesi'nin yaptığı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ayrıca EASM polikliniklerimizde çocuk yaş grubunda sık girilen tanılar arasında rutin çocuk muayene tanısı dikkat çekmektedir. Aile hekimliği polikliniklerimizde, nüfusu bizde kayıtlı olan veya misafir hasta olarak başvuran bebek ve çocuk grubunun Sağlık Bakanlığı Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı kapsamındaki aşılamaları, genel muayeneleri ile büyüme ve gelişme takipleri yapılmaktadır. Bu hizmetleri verdiğimizde rutin çocuk muayene tanısını girmekteyiz.

Hastane verilerimize baktığımızda erişkin yaş grubunda diğer çalışmalarla benzer şekilde akut enfeksiyonlar sık görülürken, çocuk yaş grubunda ve yaşlı grubunda endokrin bozukluklar tanısı sık olarak görülmesi dikkat çekmektedir. Burada 15 yaş altı başvuran hasta sayısının azlığı yanıltıcı bir sonuç çıkmasına neden olmuş olabilir. Hastanemizde çocuk acil yeşil alan polikliniğinin bulunması bu yaş grubundaki akut enfeksiyonlara bağlı başvuruların daha çok bu polikliniğe yönelmesine neden olmuş ve bizim polikliniğimizdeki akut ÜSYE oranının düşmesinde etkili olmuş olabilir. Yaşlı grubunda diyabetes mellitus ve hipotiroidi gibi ön tanı olarak endokrin sistemi rahatsızlıkları düşündüğümüz hastalarda endokrin bozukluk tanısı girmekteyiz. Bunun yanı sıra asıl tanısı belirlenmiş olan ve takip amaçlı başvuran hastalarda da endokrin bozukluklar tanısı girilmesi genel tabir olan endokrin bozukluklar tanısının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz bulgular aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

1) Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması hastane grubunda 42±19,79; EASM grubunda 34±15,56 olarak hesaplanmıştır. Hastane polikliniklerine başvuran 15275 katılımcıdan 7818'i (%51,2) kadın, 7457'si (%48,8) erkek; EASM polikliniklerine başvuran 16083 katılımcıdan ise 10184'ü (%63,3) kadın, 5899'u (%36,6) erkekti.

2) EASM başvurularının %31,4'ünü (n=5045) 0-14 yaş grubu başvuruları, %54,3'ünü (n=8739) 15-64 yaş grubu, %14,3'ünü (2299) ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır. Hastane polikliniklerine yapılan başvuruların %0,7'sinin (n=104) 0-14 yaş grubu, %83,4'ünün (n=12745) 15-64 yaş grubu; %15,9'unun (n=2426) da 65 yaş ve üzeri yaş grubu tarafından yapıldığını tespit ettik.

3) Hastane verilerinde en sık girilen 3 tanının yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda 0-14 yaş grubunda endokrin bozukluklar (%19,2), akut ÜSYE (%18), genel tıbbi muayene (%17,3) tanıları; 15-64 yaş grubunda akut ÜSYE (%23,4), genel tıbbi muayene (%17,3), endokrin bozukluklar (%15,8); 65 yaş ve üstü yaş grubunda endokrin bozukluklar (%38,7), hipertansiyon (%31,9), diyabetes mellitus (%9,2) olarak sıralanmıştı. EASM verilerinde en sık girilen ilk 3 tanının yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda 0-14 yaş grubunda akut ÜSYE %42,5, rutin çocuk muayene %28,2, akut tonsillit %8,8; 15-64 yaş grubunda akut ÜSYE %20,2, genel tıbbi muayene %13,5, miyalji %12,3; 65 yaş ve üzeri yaş gurubunda hipertansiyon %36,4, miyalji %21,4, diyabetes mellitus %14,4 olarak sıralandığını tespit ettik.

6.2. Öneriler:

Tıp dünyasında eğitimlerin kalıcı olabilmesi için klinikte yapılan pratik uygulamalar büyük önem taşımaktadır. 3 senelik aile hekimliği uzmanlık eğitim programının 18 ayı rotasyonlarda, 18 ayı aile hekimliği kliniklerinde geçmektedir.

Eğitim süresinin yarısını oluşturan aile hekimliği pratik eğitimi uzmanlık alacak aile hekimi asistanının yetişmesindeki en önemli bölümü oluşturmaktadır. Aile hekimliği asistanı hem rotasyonlarda öğrendiği bilgileri hem de teorik eğitimlerde aldığı bilgileri birinci basamakta uygulayabilmeyi bu sürede öğrenmektedir. 18 aylık klinik eğitiminde gördüğü hasta popülasyonunun özellikleri bu yüzden büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmamızda da gördüğümüz üzere hastane ve EASM popülasyonları arasında cinsiyet, yaş grupları ve tanılar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar vardır. Yani hastanelerde yer alan aile hekimliği poliklinikleri tek başına sahadaki birinci basamak hasta popülasyonunu yansıtmamaktadır. Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitiminin pratik kısmında eksikliklere neden olmaktadır.

Hastane aile hekimliği poliklinikleri tetkik - tedavi imkanları ve hasta çeşitliliği bakımından uzmanlık eğitimine önemli katkılar sağlarken; EASM poliklinikleri ise asistan hekimlere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sahada uygulanışının yanı sıra klinik dışı ASM işleyişi konusunda da tecrübe katmaktadır. Bu durumda her iki poliklinik uygulamasının da aile hekimliği uzmanlık eğitimi için vazgeçilmez olduğunu söyleyebiliriz.

Biz rotasyonlar dışında kalan 18 aylık aile hekimliği eğitim süresinin hastane poliklinikleri ve EASM poliklinikleri arasında dengeli olarak dağıtılması durumunda uzmanlık eğitimine katkılarının daha kuvvetli olacağını düşünüyoruz. EASM'lerde çalışan asistan hekimler hem rotasyonlarda edindikleri hem de hastane aile hekimliği polikliniklerinde edindikleri bilgileri birinci basamak sağlık hizmetlerine aktarabilmeyi öğrenmektedirler. Böylece hastane eğitimlerinin yanında EASM eğitimini de alarak uzman olan aile hekimleri, görevlerine başladıklarında yeterli birinci basamak sağlık hizmeti bilgisine ve tecrübesine sahip olduklarından zorlanmayacak ve yeni görev yerlerinde de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaklardır.

Hem eğitimdeki hem de sağlık sunumundaki kaliteyi arttırmak için daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir. Sağlık alanında yapılacak çalışmaların araştırma ve tıbbi kayıtlar olmak üzere iki ayrı kaynağı mevcuttur. Biz çalışmamızda tıbbi kayıt verilerini kullandık. Tıbbi kayıtlar üzerinden yapılan araştırmaların doğru sonuçlara ulaşabilmesi için kayıtların doğru ve eksiksiz şekilde girilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle hasta bilgi notları ve tanılarının düzgün

ve doğru bir şekilde tutulmasına dikkat edilmeli. Zira verilerdeki eksiklik ve hatalar çalışmaların sonuçlarını yanlış çıkmasına neden olacaktır. Biz hekim arkadaşlarımıza bu konuda eğitimler verilmesini de önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. p. 4-6, 7-43

2. DİKİCİ, M. F., KARTAL, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & YARIŞ, F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 27*(3), 412-418

3. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor; Türk Aile Hek. Derg. 2011;15(2):88-90

4. Starfield B. Historical context of primary care. Primary Care'de. 1. Baskı. New York, Oxford University Press.1998;3-212

5. Rakel R.E. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı philaldelphia, WB Saunders,1995;3-19

6. Mc Whinney I. Primary care core valuesain a changing world. BMJ 1998;316: 1807-9

7. Mc Whinney. A Textbook of Medicine, 2. Baskı . New York, Oxford University Press, 1997;3-25

8. The Robert Gordon University, Aberdeen. (Erişim: http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/historyf.htm Erişim Tarihi: 28/08/2005)

9. Stevens, R.A. Americanization of family medicine: contradictions, challenges and change, 1969-2000. Fam Med 2001; 33(4):232:42

10. Goss B. M. Contracting for general practice: another turn of wheel story. Primary Core Values'da. Ed.Pringle M. BMJ Books 1998;14-20

11. Moore G. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal, Ann İntern Med 2003; 138: 244-247

12. Royal Collage of General Practitioners. History of General Practice Before NHS. http://www.rcgp.org.uk/history/histories/chronology/beforethercgp.asp?menuid=127 adresinden 16/06/2005 tarihinde erişilmiştir.

13. Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB. Developmental assessment of family practice: an insider's view. Family Medicine: The Maturing of a Discipline'de . 1. Baskı. New York. The Haworth Press, 1987; 1-22

14. Jimbo M. Family medicine: İts core dicipline and impact on patient care and medical education in United States. Keio J. Med 2004; 53(2): 69-73

15. Çağlayaner H. Aile hekimliğini hazırlayan koşullar. Aile Hek. Derg. 1997; 1(2):105-8

16. Geyman JP. Drawing on the legacy of general practice to build the future of family medicine. Fam Med 2004; 36(9):631-8

17. Taylor RB. Family medicine: Current issues and future practice . Family medicine prenciples & practice. 5. Baskı. New York, Spinger-Verlog Inc, 1997: 1-5

18. Çağlayaner H, Önder A, Birgül E, Saatçi E, Şener F, Ceyhun G, Sezer H, Hekimoğlu L, Başer Z. Aile Hekimliği II. 1. Basım. İstanbul, İletişim Yayınları, 1996; 16-85

19. Tekin N. Yarım Yüzyıllık Bir Hekim Deneyiminin Işığı Altında Ülkemizdeki Aile Hekimliği Uygulamasının Kökenleri ve Gelişimi. Uzmanlık Tezi: Aydın; 2005

20. Anığ Ö. Uzun M. Türkiye'de Tüberkülozun Son Durumu. Klinik Dergisi 1998; 11 (1): 3-5

21. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions 2002. The European Definition of General Practice/Family Medicine 'de. Ed. Evans P. Barselona, WHO Europe Office, 2002; 6-8

22. American Academy of Family Physicians. Definition of Family Medicine. http://www.aafp.org/x6809.xml adresinden 17/06/2011 tarihinde erişilmiştir.

23. John J. GP to FP. Fam Med 2003; 35 (9): 671-2

24. Noble J, Cleaveland CR, Copeland RB. On Entering the Practice of Medicine : Aguide to transition. Text book of Primary Care Medicine'de. Ed. Noble J. 2. Baskı. St. Louis. Mosby, 1996

25. Yıldırım HH.(2010). Sağlık ve Siyaset yazıları: Avrupa Birliği Yolunda Türkiye- Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler. Erişim: (www.absaglik.com, 4 Aralık 2010)

26. Official Journal of the European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications. Official Journal of the European Union. L 255/22, 30.9.2005: 1-121

27. Boerma WGW. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. In:Saltman RB, Rico A and Boerma WGW. (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat?Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Pres, England. Chapter One: 3-21

28. Boerma WGW. (2003). Profiles of General Practice İn Europe-An İnternational Study of Variation in the Tasks of General Practitioners. Nivel, The Netherlands

29. 28539 sayılı Resmi Gazete; Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25/01/2013

30. Güldal, D., Yıldırım, E., Kuruoğlu, E., Günvar, T., & Mevsim, V. (2012). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16*(3), 107-112.

31. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (Çeviri Editörleri). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul 2004. ISBN: 975-270-034-9

32. Ünlüoğlu İ.: Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplinin Gelişimi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, Eylül 2008; 2 (33): 425-429

33. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H: Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek, Aile Hekimliği Dergisi, 1997; 1(1): 46-49

34. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara

35. Yıkılkan, H., Türedi, Ö., Aypak, C., & Görpelioğlu, S. (2013). Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal, 35*(1), 25-32.

36. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Birebir Eğitim. Tıp Eğitimi Dünyası 2003; 12: 2-5.

46. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi. Ankara Medical Journal 2012; 12: 16-21.

38. 29131 sayılı Resmi Gazete; Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 26/09/2014

39. Başak O. "Yarı zamanlı uzaktan eğitim" ve tıp eğitimindeki yeri; Turk Aile Hek Derg 2012;16(1):18-22

40. Warren VJ, Wakeford RE. 'We'd like to have a family' –young women doctors' opinions of maternity leave and part-time training. J R Soc Med 1989;82:528-31

41. Varnam M. Part-time training: is it viable? BMJ 1982;285:1016-7

42. http://medicine.ucsf.edu/education/residency/program/flexpath.html (erişim tarihi: 24/06/2017)

43. http://www.cfpc.ca/PT_or_Shared_Residency_Training/ (erişim tarihi: 24/06/2017)

44. Morrel J, Roberts A. Make an application for flexible (part time) training. BMJ 1995;311:242-5

45. https://www.theabfm.org/cert/shared.aspx (erişim tarihi: 24/06/2017)

46. Gray DP. Part-time training in general practice. Br J Gen Pract 1994;536

47. Council directive 93/16/EEC. Official Journal of the European Communities 1993; L165/18

48. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WHO and WONCA. Singapore, Wonca 2002, s. 111-3

49. Acartürk M. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'nin 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015

50. Uz L.R. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007

51. Öztekin Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 yılı Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009

52. Şensoy, N., Başak, O., & Gemalmaz, A. (2009). Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor?. *Kocatepe Tıp Dergisi*, *10*(1).

53. Ciğerli, Ö., Topsever, P., Topallı, R., Görpelioğlu, S., & Filiz, T. M. (2007). Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *7*(1), 18-22

54. Aladağ, N., Ciğerli, Ö., Topsever, P., Topallı, R., Görpelioğlu, S., & Filiz, T. M. (2007). THE ROLE OF MEDICAL SCHOOL FAMILY PRACTICE UNITS IN HEALTH CARE DELIVERY: EXPERIENCE IN DEGİRMENDERE. *Turkish Journal of Family Practice*, *7*(4), 165-170.

55. Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F. A Three Years Profile of Patients Referring to Family Medicine Outpatient Clinics. *Cerrahpaşa J Med* 2004; 35: 115-121.

56. YILMAZ, M., MAYDA, A. S., YÜKSEL, C., Filiz, B. O. L. U., SEVAL, O., BAYINDIR, K., ... & PAKSOY, F. K. (2012). Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *2*(3), 7-13.

57. https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2014_namcs_web_tables.pdf Erişim Tarihi: 04/08/2017

58. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638 Erişim Tarihi: 04/08/2017

59. http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.html Erişim Tarihi: 14.03.2015.

60. Toros A, Öztek Z. Major Issues of Health Services Utilization in Turkey. Health Services Utilazition

Survey in Turkey. Ministery of Health, Turkey, 89, 1996.

61. Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (Erişim: http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf Erişim tarihi: 20.04.2015.)

62. T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye' de Kadının Durumu. Ocak 2009, Ankara. Erişim: (http://www.ksgm.gov.tr) Erişim tarihi: 25.04.2015.

63. Stoverinck M J, Lagro-Janssen A L, Weel C V. Sex Differences in Health Problems, Diagnostic Testing and Referral in Primary Care. *J Fam Pract* Dec; 43 (6): 567-76, 1996.

64. Buğdaycı R, Şaşmaz. T, Kurt A Ö, Tezcan H. Bir Kent Tipi Sağlık Ocağında Yazılan Tanıların İncelenmesi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*. Ekim 2002; Yıl 23, Sayı 4.(Elektronik) Erişim: (www.thb.hacettepe.edu.tr/yazok.shtml) 17.04.2015

65. Avrupa Erkek Sağlığı Viyana Bildirgesi. 1 Ekim 2005. (Elektronik) Erişim:(www.emhf.org/resource_images/TUViennadeclaration.pdf) Erişim Tarihi: 02.04.2015.

66. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Sayı: 21567, 23/03/2016 (Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21567 Erişim Tarihi: 10/08/2017)

67. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Sayı: 24638, Tarih: 31/01/2017 Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638 (Erişim Tarihi:12/08/2017)

68. https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2014_namcs_web_tables.pdf (Erişim Tarihi: 10/08/2017)

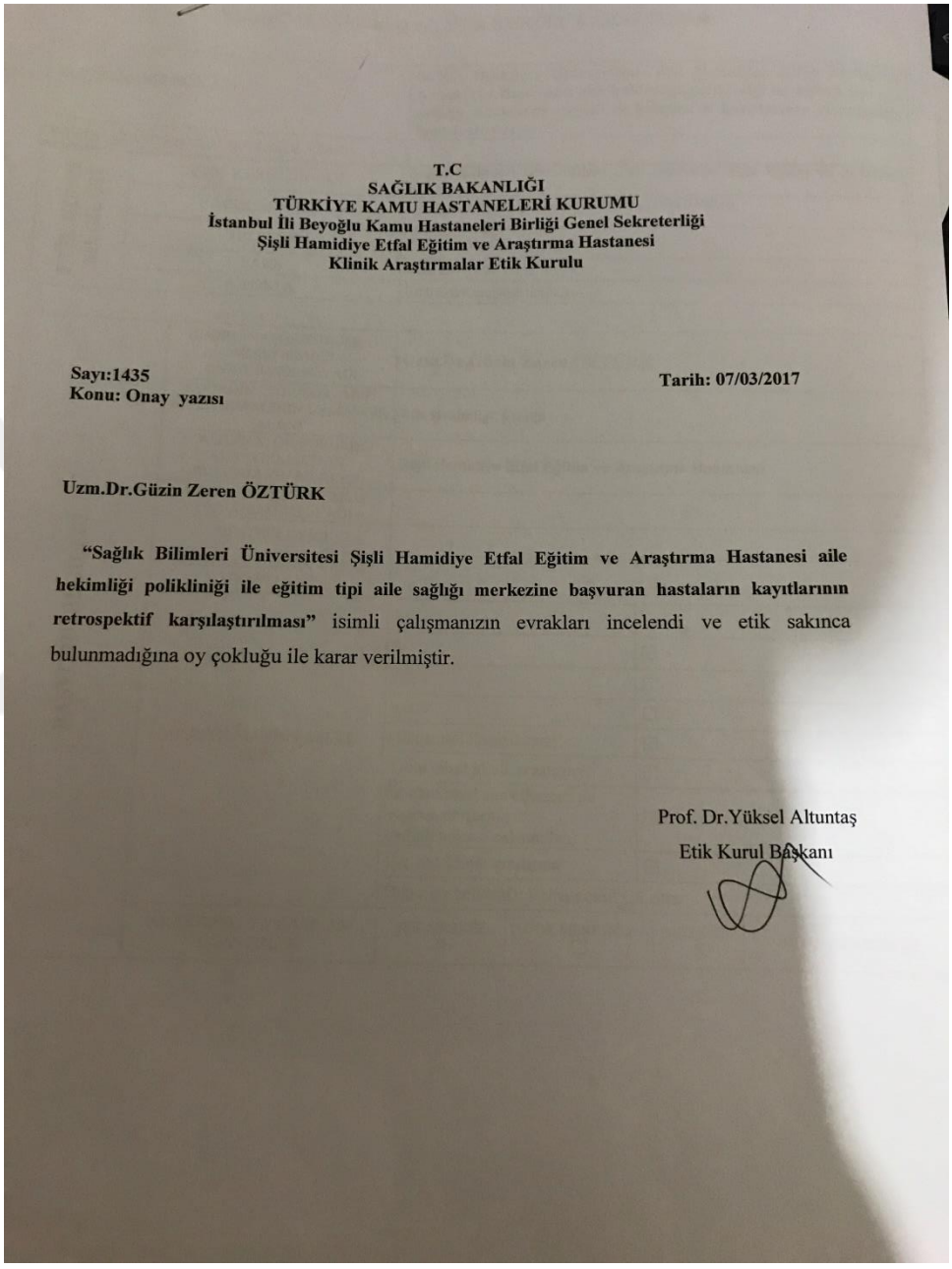
69. Ünalan, P. C. Uzuner, A., Çifçili, S., Akman, M., & Apaydın, Ç. K. (2009). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. *Marmara Medical Journal*, *22*(2), 90-96.

70. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O,Turgan J, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005 Oct;23(10):1817-23.

71. Griebling TL. Urologic diseases in America project: trends in resource use for urinary tract infections in women. J Urol 2005; 173: 1281-7)

EKLER

Etik Kurul Onayı



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:1435
Konu: Onay yazısı

Tarih: 07/03/2017

Uzm.Dr.Güzin Zeren ÖZTÜRK

"Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği ile eğitim tipi aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kayıtlarının retrospektif karşılaştırılması" isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı