



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ AİLE
HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİNE BAKIŞI**

Dr. Saliha ÇAYIR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ AİLE
HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİNE BAKIŞI**

Dr. Saliha ÇAYIR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail KASIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde her türlü bilgi ve deneyimini bizimle paylaşan Aile Hekimliği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Adem Özkara'ya;

Tez konusu bulma aşamasından başlayarak uzmanlık tezim son hallini alana kadar her türlü desteği sunan; her durumda hoşgörüsünü, sabrını ve nezaketini koruyan değerli hocamız Doç. Dr. İsmail Kasım'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bizlere her zaman yardımcı olan, karşılaştığımız zorluklarda bizlere yol gösteren çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Keskin, Doç. Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu, Doç. Dr. İrfan Şencan, Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş, Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz, Doç. Dr. Tuğba Yılmaz, Uzm Dr. İrep Karataş Eray, Dr. Öğr. Üyesi Erhan Şimşek ve Dr. Öğr. Üyesi Ayfer Şahin'e

Anket toplama aşamasında farklı kurumlarda olsa da desteğini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Dördüncü yılına ulaştığım uzmanlık eğitimimden keyif almamı sağlayan, birlikte güzel anılar biriktirdiğim Begüm Ercan, Kübra Karakuş, Gamze Şahin, Pınar Çevikbaş, Bensu Balkesen, Gülbahar Doğan ve Burcu Yay başta olmak üzere bütün asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım boyunca olduğu gibi tez yazım sürecinde de maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, dualarıyla hep yanımda olan canım annem Melike Çayır ve canım babam Necati Çayır'a; motivasyon ve teknik destekleri için abim İsmail Çayır ve kardeşim Erva Nur Çayır'a

Her şeye rağmen sürecin sonuna gelebildiğim için en çok da kendime

En içten duygularıyla teşekkür ederim...

Dr. Saliha ÇAYIR



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ TARİHÇESİ VE TANIMLARI.....	3
2.1.1. Aile Hekimliğinin Doğuşu.....	3
2.1.2. Dünyada Aile Hekimliği ile İlgili Önemli Gelişmeler.....	5
2.1.3. Aile Hekimliği Tanımları	9
2.1.3.1. Leeuwenhorst Tanımı	9
2.1.3.2. 1991 Wonca Tanımı	9
2.1.3.3. Olesen Tanımı	10
2.1.3.4. 2002 Wonca Tanımı	10
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ	11
2.2.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi.....	11
2.2.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi ve Aile Hekimliğinin Doğuşu.....	11
2.2.3. Türkiye'de Aile Hekimliği ile İlgili Önemli Gelişmeler	13
2.2.4. Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Güncel Durumu	16
2.3. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ.....	16
2.4. WONCA (DÜNYA AİLE HEKİMLERİ ÖRGÜTÜ)	17
2.4.1. WONCA Avrupa	18
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİ	18
2.6. WONCA AİLE HEKİMLİĞİ TEMEL YETERLİLİKLERİ	20
2.6.1. Birinci Basamak Yönetimi.....	20
2.6.2. Kişi Merkezli Bakım.....	20
2.6.3. Özgün Problem Çözme Becerileri	21
2.6.4. Kapsamlı Yaklaşım	21

2.6.5. Toplum Yönelimli	22
2.6.6. Bütüncül Modelleme	22
2.7. WONCA AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİ.....	24
2.7.1. İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme.....	24
2.7.2. Koordinasyon ve Savunuculuk	25
2.7.3. Hasta ve Ortama Dayalı Olması	26
2.7.4. Hastayla Ortak Karar Verme.....	27
2.7.5. Doktor- Hasta İlişkisi.....	27
2.7.6. Süreklilik.....	28
2.7.7. İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme.....	28
2.7.8. Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma.....	29
2.7.9. Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme.....	29
2.7.10. Sağlık ve İyiğinin Teşviki	30
2.7.11. Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	30
2.7.12. Biyopsikososyal Yaklaşım	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. ETİK KURUL ONAYI	32
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	32
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	32
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	32
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	33
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	33
4. BULGULAR.....	35
4.1. DEMOGRAFİK VERİLER.....	35
4.2. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNİN PUANLAMASI	37
4.3. EN ÖNEMLİ AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİĞİ SEÇİMİ.....	58
4.4. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNDEN ÇIKARILMASI İSTENEN ÖZELLİKLER	76
4.5. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNE EKLENMESİ İSTENEN ÖZELLİKLER	78
4.6. AİLE HEKİMLİĞİNE UYGUN OLUP TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİR OLMAYAN ÖZELLİKLER.....	79
5. TARTIŞMA.....	84

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
7. KAYNAKLAR.....	100
8. ÖZGEÇMİŞ	105
9. EKLER.....	106
EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	106
EK-2. AKADEMİK KURUL ONAY FORMU	110
EK-3. ANKET FORMU	113



KISALTMALAR

AAFP	: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Birliği)
ABFM	: American Board of Family Medicine (Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu)
AHEAD	: Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği
AHEF	: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
AMA	: American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGPRN	: European General Practice Research Workshop (Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı)
EQuiP	: European Society for Quality and Safety in Family Practice (Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Hasta Güvenliği Derneği)
EURACT	: European Academy of Teachers in General Practice (Avrupa Aile Hekimliği Eğitimcileri Akademisi)
n	: Katılımcı Sayısı
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
SEAB	: Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İş Birliği
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TUKMOS	: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yaş, meslek ve aile hekimliğinde geçirilen yıl tanımlayıcı istatistikleri	36
Tablo 2. Yaş, meslek ve aile hekimliğinde geçirilen yıla ait kategorize edilmiş veriler.....	36
Tablo 3. Aile Hekimliği Özellikleri Puanlamasına Ait Ortalama ve Standart Sapma	37
Tablo 4. Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması	38
Tablo 5. Cinsiyete göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması	39
Tablo 6. Asistanlık Tipine Göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması	42
Tablo 7. Yaşa göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması.....	44
Tablo 8. Meslekte Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması....	47
Tablo 9. Aile Hekimliğinde Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özelliklerinin Puanlaması	49
Tablo 10. Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması	52
Tablo 11. Aile Hekimliği Özelliklerinin En Önemli Seçilme Sayısı.....	58
Tablo 12. Cinsiyete göre en önemli üç özellik	59
Tablo 13. Asistanlık Tipine göre en önemli üç özellik.....	61
Tablo 14. Yaşa göre en önemli üç özellik.....	64
Tablo 15. Meslekte Yıla göre en önemli üç özellik.....	66
Tablo 16. Aile Hekimliğinde Yıla göre en önemli üç özellik.....	69
Tablo 17. Kuruma göre en önemli üç özellik	71

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. WONCA Ağacı	24
Şekil 2. Asistanlık tipi ve Cinsiyete göre Dağılım.....	35
Şekil 3. Çalışılan Kurumlara göre Dağılım.....	37
Şekil 4. Aile Hekimliği Özelliklerinden çıkarılması gerektiği düşünülen özellikler .	77
Şekil 5. Türkiye'de uygulanabilir olmadığı düşünülen özellikler	80



ÖZET

Amaç: Ankara'daki aile hekimliği asistanlarının WONCA tarafından tanımlanan çekirdek yeterlilikler kapsamında yer alan aile hekimliği özellikleri ile ilgili fikirlerini almak, çalışma şartlarına göre uygulanabilirliğini ölçmek ve aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinin Türkiye'de uygulanmasının önündeki engelleri öne çıkarıp, aile hekimlerinin sorunlarına ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem: Ankara'da yedi farklı hastanede eğitim alan tam zamanlı ve yarı zamanlı 452 asistan hekimin katıldığı çalışmamız aile hekimlerinin Wonca tarafından tanımlanan aile hekimliği özelliklerine bakış açısını araştıran mix tip bir çalışmadır. İlk iki bölüm tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma tasarımına sahipken son bölüm kalitatif çalışma özelliğindedir. Katılımcılar tarafından doldurulan ankette sosyodemografik ve mesleki özellikler; aile hekimliğinin özelliklerinin kişilere göre önem durumu; eklenmesini istedikleri, çıkarılmasını istedikleri ve aile hekimliğine uygun bulup çalışma şartları nedeniyle uygulanamaz buldukları özellikler ve nedenleri sorgulanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi JASP 0.18.1 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 452 aile hekimliği asistanınının 306(67,70%)' sı tam zamanlı aile hekimliği asistanı 146(32,30%)'sı Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) asistanıdır. Çalışmaya katılan hekimlerin %61,94'ü (n=280) kadın %38,05'i (n=172) erkekti. Katılımcıları yaş ortalaması 31,97±7,05 olarak hesaplandı (min=24, maks= 59). Aile hekimliği özelliklerine verilen puanlardan en yüksek puan alan özellik "İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme" (Ortalama: 4,41±0,95) olmuştur. En önem verilen aile hekimliği özelliğine en çok seçilen özellik de "İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme" (n=252) olmuştur. 'Aile hekimliği özelliklerinden çıkarılması gereken özellik var mıdır?' sorusuna katılımcıların %5,75 (n=26)'i evet cevabını vermiş, en çok söylenen özellik "Toplum Sağlığından Sorumlu Olma" olmuştur. Katılımcılara 'Aile hekimliğine uygun ancak mevcut çalışma şartlarına uygun olmayan özellik var mıdır?' sorusu yöneltildiğinde ise evet diyenlerin

oranı %28,98 (n=131) olarak bulunmuştur. Bu soruya evet yanıtı veren katılımcılar en çok “Hastayla Ortak Karar Verme” (n=25) özelliğini söylemiştir.

Sonuç: Yapılan çalışmada WONCA tarafından tanımlanan aile hekimliği özelliklerinin tümüne yüksek puanlar verilmiştir. Bu Ankara’da uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarının çekirdek yeterlilikleri büyük oranda benimsendiği göstermektedir. Ancak buna rağmen katılımcıların önemli bir yüzdesi bu özelliklerin çalışma şartlarında uygulanabilir olmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği özelliklerinin Türkiye’de uygulanabilir olmayışının sebepleri incelendiğinde ise en çok dile getirilen sebeplerin yoğun çalışma şartları ve hasta sayısının fazlalığı, aile sağlığı merkezlerinin imkanlarının kısıtlılığı, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, hastaların tedaviye katılımının yetersizliği, ideal sevk sisteminin olmayışı ve basamaklar arası koordinasyonun zayıflığı olduğu görülmüştür. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının ideal bir şekilde işlemesi için bu problemler düzeltilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, WONCA, çekirdek yeterlilikler

ABSTRACT

Aim: The aim is to obtain the opinions of family medicine assistants in Ankara about the family medicine features within the scope of the competencies defined by WONCA, to measure their applicability according to working conditions, and to highlight the obstacles to the implementation of family medicine core competencies in Turkey and to shed light on the problems of family physicians.

Materials and Method: Our study, in which 452 full-time and part-time assistant physicians training in seven different hospitals in Ankara participated in the study, is a mixed type study investigating the family physicians' perspective on the features of family medicine within the scope of the core competencies defined by Wonca. While the first two chapters have a descriptive and cross-sectional research design, the last chapter is a qualitative study. Sociodemographic and professional characteristics in the questionnaire filled out by the participants; the importance of the features of family medicine according to individuals; The features they wanted to be added, the features they wanted to be removed, the features they found suitable for family medicine but found inapplicable due to working conditions, and their reasons were questioned. Statistical analysis of the data obtained was made with the JASP 0.18.1 program.

Results: Of the 452 family medicine assistants participating in the study, 306 (67.70%) are full-time family medicine assistants and 146 (32.30%) are contracted Family Medicine Specialist Training (SAHU) assistants. 61.94% (n=280) of the physicians participating in the study were female and 38.05% (n=172) were male. The average age of the participants was calculated as 31.97 ± 7.05 (min = 24, max = 59). Among the points given to the features of family medicine, the feature with the highest score was "First Contact, Open Access, All Health Problems" (Mean: 4.41 ± 0.95). The most important feature of family medicine that was chosen most was " First Contact, Open Access, All Health Problems " (n=252). 5.75% (n=26) of the participants answered yes to the question "Is there any feature that should be removed from the family medicine characteristics?", and the most mentioned feature was "Responsible for Health of the Community". When the participants were asked the question, "Is

there any feature that is suitable for family medicine but not suitable for current working conditions?", the rate of those who answered yes was found to be 28.98% (n = 131). Participants who answered yes to this question mostly mentioned the feature of " Promotes Patient Empowerment" (n=25).

Conclusion: In the study, all of the family medicine features defined by WONCA were given high scores. This shows that the core competencies of family medicine assistants receiving specialty training in Ankara are largely adopted. However, despite this, a significant percentage of participants stated that these features were not applicable under working conditions. When the reasons why family medicine features are not applicable in Turkey are examined, it is seen that the most frequently mentioned reasons are intense working conditions and high number of patients, limited facilities of family health centers, low health literacy, insufficient participation of patients in treatment, lack of an ideal referral system and weak coordination between levels. These problems must be corrected for the ideal functioning of family medicine practice in our country.

Keywords: Family medicine, WONCA, core competency.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği birinci basamakta hizmet veren kişilere yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın sağlık hizmeti sunan bir tıp disiplindir. Aile hekimliğinin doğuşundan önce branşlaşmanın artmasıyla kişilerin bir bütun olarak değerlendirilememesi ciddi aksaklıklara neden olmuştur. Branş hekimleri sadece kendi dalları ile ilgili problemlere odaklanmış dolayısıyla hastalar bir bütun olarak değerlendirilememiştir. Aile hekimi kişiye ve ailesini doğumundan ölümüne kadar yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan değerlendirir ve bu değerlendirmeyi kişinin içinde bulunduğu sosyal çevre, kültürel yapı, ekonomik durum ve yaşam koşulları gibi birçok kişiye özgü değişkenle birlikte yorumlar. Yalnızca tanı ve tedavi hizmetleri ile kalmaz, kişilerin sağlık ve iyilik hallerinin devamı ve sağlığın geliştirilmesi için de faaliyetlerde bulunur. Aile hekimliği uygulamaları sağlık hizmetlerinin kolay erişilebilir hale getirmesi, herkese eşit sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlaması, maliyet etkin olması ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlaması açısından tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir konumdadır.

Aile hekimliği yalnızca birinci basamakta sağlık hizmeti vermekten ibaret değildir. Aile hekimliği kendine özgü bir uzmanlık eğitimi, kendine ait yayınları ve mesleki örgütlenmesi bulunan bir tıp disiplindir. Ülkemizde de TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) başta olmak üzere aile hekimliğini dünya çapında temsil eden kuruluşlar ve sürekli yayın yapan aile hekimliği dergileri mevcuttur.

İlk kez 1927 yılında F. Peabody'nin eksikliğini dile getirdiği aile hekimliği tüm dünyada zamanla değişmiş ve gelişmiştir. Gelişimi boyunca aile hekimliğine farklı görev ve sorumluluklar yüklenmiş, farklı aile hekimliği tanımları yapılmıştır. Türkiye'de ve birçok ülkede aile hekimliğinin en güncel ve kapsamlı tanımının Wonca Avrupa'nın 2002'de yaptığı tanım olduğu kabul edilir. Bu tanıma göre Aile Hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan, biyopsikososyal bir yaklaşım sergileyerek kişilere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet veren, toplum sağlığına yönelik sorumluluk üstlenen, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Aile

Hekimleri buldukları toplumun var olan kaynakları dahilinde sağlığı geliştirme, tanı, tedavi ve önleme faaliyetlerinde bulunur (1).

WONCA (Dünya Aile Hekimliği Örgütü) Aile Hekimlerinin görev yetki ve sorumluluklarını tanımlayan altı çekirdek yeterlilik ve bu çekirdek yeterlilikler kapsamında on iki özellik tanımlamıştır. Ülkemizde de aile hekimliği eğitiminde ve uygulamasında bu özellikler göz önünde bulundurulmaktadır.

Çalışmanın amacı Aile hekimliği asistanlarının bu özelliklerle ilgili fikirlerini almak, bu özelliklerin hekimlerin mevcut çalışma şartlarına göre uygulanabilirliğini ölçmek ve aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinin Türkiye’de uygulanmasının önündeki engelleri öne çıkarıp, aile hekimlerinin sorunlarına ışık tutmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ TARİHÇESİ VE TANIMLARI

2.1.1. Aile Hekimliğinin Doğuşu

Bilimsel, teknolojik ve sosyal alanlardaki değişimlerin bir sonucu olarak tıp bilimi de değişir ve zamanla yeni branşlar ortaya çıkar. Yeni yöntem ve tekniklerin gelişmesi, bazı alanların mevcut disiplinler tarafından ihmal edilmiş olması gibi sebepler yeni branşların doğuşuna ortam hazırlar. Yeni disiplinler bazen geçmişte de var olan disiplinlerin gelişimiyle, bazen var olanların bölünmesiyle oluşur. Aile hekimliği de tıbbın eski bir dalı olan genel pratisyenlikten evrilmiştir. Günümüzde Türkiye dahil birçok ülkede ‘aile hekimliği’ kavramı kullanılırken bazı ülkelerde halen ‘genel pratisyenlik’ olarak isimlendirilmektedir. Aile Hekimliği’nin 18. yy ‘da Avrupa’dan göç eden ve cerrah olmak istemeyen hekimlerin sayısının çoğalmasıyla Amerika’da ortaya çıktığı kabul edilir ancak ‘Genel Pratisyen’ terimi ilk kez 19.yy ‘da Lancet’te kullanılmıştır (2,3).

1900’lerden önce tıp bir bilim dalı olmaktan ziyade sanat dalı olarak kabul edilmekteydi. Kuzey Amerika’da 1800’lü yılların sonlarında tıp eğitimi veren okulların eğitimleri ile ilgili yasal bir düzenleme yoktu ve herhangi bir giriş kriteri bulunmayan bu okullar genellikle kâr amacı güdüyordu. Usta çırak ilişkisi ile eğitim alan, zanaatkar rolündeki cerrahlar ve toplumun gereksinimi karşılamak üzere tıp doktorluğu rolünü üstlenen esnaf kökenli eczacılar topluma hizmet vermekteydi. Hekimler eğitim almış erkeklerden oluşan cerrahi uygulama ve ilaç hazırlama işlerini yapmak istemeyen gelişmiş şehirlerde hizmet veren küçük ve elit bir gruptu. Bu dönemde hekimler artan hizmet gereksinimini karşılayamadığından tıp fakültesi mezuniyetine bakılmaksızın sağlık alanında hizmet veren herkes genel pratisyen gibi çalışmıştır. Aynı dönemde Britanya’da da eczacı ve cerrah ağırlıklı kişiler tarafından sağlık hizmeti verilmekteydi (3,4).

1910 yılında Abraham Flexner, ‘‘Medical Education in the United States and Canada’’ adlı raporunda Amerika ve Kanada’daki tıp eğitimi veren kurumların eksikliklerinden ve güncel gelişmeleri takip etme konusunda yetersizliklerinden

bahsetmiştir. Flexner raporunda tıp öğrencilerine verilen eğitimin standartlarının; eğitimcilerin özelliklerinin; eğitim kurumlarının imkân, yönetim ve finansmanının nasıl olması gerektiği ile ilgili önerilerde bulunmuş ve tıbbın sadece bir sanat dalı değil pozitif bir bilim olduğunu vurgulamıştır. Flexner raporu sonrasında Amerika'daki tıp eğitimi geleneksellikten uzaklaşarak bilimsel bir temele oturtuldu, eğitim kurumları düzenlendi. Bu rapor Amerika'da tıp eğitimi adına devrim niteliğindedi ancak eleştirilen kısımları da mevcuttu. Raporda koruyucu tıp hizmetlerinden bahsedilmemesi; doktorların hastalara bakma sorumluluklarından muaf tutulup bilimsel araştırmalara odaklanmaları sonrasında doktorların hasta bakmaktan uzaklaşması endişesi bunlardan bazılarıdır (2,5).

19.yy'ın sonlarında yeni keşfedilen hastalıklar, ilaçlar yeni teknolojik gelişmelere hakimiyetin zorlaşması gibi faktörler hekimleri branşlaşmaya yöneltmiştir. A.Flexner'in raporunun da etkisiyle artan uzmanlaşma başlangıçta sadece majör branşlardayken 20. yüzyılın ilk yarısında dallanarak artmış uzmanlıkta dikey ilerleme sonucu tek bir doku veya organla ilgilenen uzmanlık dalları oluşmuştur. Branşlaşmanın hızla arttığı bu dönemde genel pratisyenliğin önemi ve genel pratisyenlerin sayısı azalmıştır. Bunun sonucunda branşlar arası ilişki ve koordinasyon azalmış, hekimlik anamnez, fizik muayene gibi temel değerlerinden uzaklaşarak pahalı teknolojik yöntemlere bağımlı hale gelmiştir (2,4).

Bu dönemde tıbbın gelişimi ile ölüm oranları azalırken kronik hastalıklar ve ileri yaşa bağlı hastalıkların artması bireyi içinde yaşadığı çevreyle ve tüm yönleriyle ele alabilecek, kişiye özel sağlık hizmeti sunabilecek bir hekim ihtiyacı doğurmuştur. Artan sağlık maliyetleri ülkeleri sağlık sistemlerini düzenlemeye ve basamak sistemine yöneltmiş, bu sistemde sağlık sistemlerine erişimi koordine eden 'gate keper' (kapı tutucu) rolünü üstlenmesi gereken birinci basamak uzmanına ihtiyaç duyulmuştur. Yine bu dönemde hastanın tüm yönüyle ele alındığı hasta odaklı yaklaşım yerine hastalık ön plana çıkmıştır. Hekimler kendi branşlarına yönelik bir yaklaşım sergilediğinden hastalar tüm yönleriyle ele alınamamış, hasta-hekim-ilişkisi bozulmuş, hekimlere güven azalmıştır. Bu durum ilk basamakta hastaları biyolojik, sosyal, ruhsal, spirütüel yönleriyle bir bütün olarak ele alabilecek, gerektiğinde diğer branşlarla koordinasyonunu sağlayacak bir hekim ihtiyacını doğurmuştur. Tüm bu sebepler aile hekimliği uzmanlığının gelişmesinde rol oynamıştır (2,6).

İlk kez 1927 yılında Dr.Francis W. Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini dile getirmiştir (7).

Peabody bu makalesinde güncel tıp siteminde hastalardan ziyade hastalıklara odaklanıldığını, bu durumun hastanın tam olarak anlaşılabilmesini ve tedavi edilebilmesini zorlaştırdığını; özellikle kritik hastalıkların tanı ve teşhisine önem verildiğinden fonksiyonel bozuklukların yeterince anlaşılamadığını dile getirmiştir. Bir hastalığın tedavisi tamamen kişisel olmasa da bir hastanın bakımının tamamen kişisel olması gerektiğinden, hekim-hasta arasındaki yakın kişisel ilişkinin öneminden ve hasta bakımındaki etkisizliğin büyük oranda hekimin teşhis ve tedavide bu ilişkiyi kurmadaki başarısızlığından kaynaklandığını açıklamıştır. Mevcut düzenin hastaları için en büyük özeni gösteren doktorların bile dikkatinin çoğunu kritik hastalara ve hastalıkları kamu sağlığı için tehdit oluşturanlara vermeye zorladığını ve bu durumun kişisel iletişimin çok yüzeysel kalmasına sebep olduğunu belirtmiştir. Dr. Peabody'ye göre bilim insanı sadece laboratuvarda çalışan ve hassas aletler kullanan bir kişi değil, düşünsel süreçlerle bir gerçeğin ortaya çıkarılmasına doğru düzenli bir şekilde ilerleyen bir profesyoneldir. Özellikle organik bir sebebe bağlı olmayan semptomlar gösteren hastalar sadece bilimsel yöntemlerle tetkik edildiğinde hasta olmadığı kanısına varılabilir. Kişin ailesi, sosyal hayatı, iş hayatı gibi yaşamını etkileyen tüm faktörlerle birlikte bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve bu değerlendirmenin birçok hasta için birinci basamakta yapılabileceğini çok azı için psikiyatri uzmanlığı gerektiğini ifade etmiştir (8).

Peabody'nin söylemi dünya savaşlarının sürdüğü bir döneme denk geldiğinden o dönemde anlayamamış, 19.yy'ın ilk yarısında uzmanlaşma artarak devam etmiştir. İkinci yarıdan itibaren ise birinci basamakta yeni bir hekime olan ihtiyaç anlaşılmıştır (7).

2.1.2. Dünyada Aile Hekimliği ile İlgili Önemli Gelişmeler

1947'de "Amerikan Genel Tıp Akademisi" kurulmuş ve 1971'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin değişen doğasını daha doğru bir şekilde yansıtabilme için "Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP)" adını almıştır. Günümüzde Kansas'ta ulusal bir merkezi bulunan AAFP kaliteli, uygun maliyetli sağlık

hizmetlerinin korunmasını ve teşvik edilmesini; aile hekimlerinin iyi bir eğitim almasını sağlamayı amaçlar. Aile hekimliği uzmanlığının savunuculuğunu, temsilini ve liderliğini; hastaların ve halkın eğitimini ve savunuculuğunu üstenen AAFP günümüzde de faaliyetlerine devam etmektedir (7,9).

Aynı yıl İngiltere’de aile hekimliği/genel pratisyenlik uygulamaları başlamış, 1948’de “Ulusal Sağlık Hizmetleri” teşkilatı kurulmuştur.1952’de İngiltere’de Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji)’in kurulması aile hekimliğinin akademik altyapısının oluşumunda önemli bir gelişme olmuş ve birinci basamakta mesleki örgütlenme açısından tüm dünyaya örnek olmuştur. Uzmanlık eğitimi ise İngiltere’de 1979’da zorunlu olmuştur (3).

Avustralya’da ise 1958 yılında “Avustralya Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji” kurulmuş ve 1973 yılında aile hekimliği eğitimi başlamıştır.1990 yılından itibaren de eğitim sonrası sınav zorunluluğu uygulanmıştır (3).

1966’da Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association -AMA)’ nin yayınladığı Millis ve Willard Raporlarında birinci basamakta yeni bir disiplinin gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bu raporlarda aile hekimliğinin tanımı, işlevi, görevleri; aile hekimi olmak için nasıl bir eğitim alınması gerektiğiyle ilgili açıklamalar yapılmış; eğitimin geliştirilmesi, denetlenmesi ve bu hususta kurumların rolüyle ilgili önerilerde bulunulmuştur (10). Aynı dönemde yayınlanan Folsom Raporu’nda da koruyucu hekimlik, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve bakımın sürekliliğine vurgu yapılmıştır (6).

Bu raporların da etkisiyle 1969’da American Board of Family Practise (Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu) 20. Tıbbi uzmanlık kurulu olarak kuruldu ve birincil bakımda hizmet veren yeni bir uzmanlık olarak aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. 2004 yılında ismi “American Board of Family Medicine (ABFM)” olarak güncellenen bu kurul 7 yılda bir yeniden sertifika zorunluluğu getirerek uzmanların güncel gelişmelere hâkim olmasını sağlamış ve bu konuda diğer uzmanlık yeterlilik kurullarına örnek olmuştur. ABFM’ye göre birinci basamak, sağlık sistemine ilk giriş kapısı olup birinci basamak hekimi sürekli, kapsamlı, kişi merkezli bir bakım verir; toplum sağlığı için sorumluluk üstlenir ve hastaların koordinasyonunu sağlar (7,11).

Aile Hekimliği disiplini açısından en önemli gelişmelerden biri ise 1972 yılında 18 üye ülkenin katılımı ile kurulmuş olan WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) dir. WONCA günümüzde de 131 ülkede faaliyet göstermeye devam etmekte, dünya çapında aile hekimliğini temsil etmekte ve aile hekimliğinin gelişimine katkı sağlamaktadır (12).

1974 yılında Hollanda’da düzenlenen “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında tüm dünyada ortak kullanılabilecek bir tanımın olmasının gerekliliği konuşulmuş, Genel pratisyenin sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumu açıklayan aile hekimliğinin bilinen ilk tanımı olan Leeuwenhorst Tanımı yapılmıştır (13).

1978 Alma Ata Konferansı’nda “2000 yılında herkese sağlık” sloganıyla birinci basamağa yönelik strateji ve hedefler belirlenmiştir. Konferansta birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun politik özelliklerini, sosyokültürel ve ekonomik seviyesin yansıttığı ifade edilmiştir. Birinci basamak hekimi toplumdaki temel sağlık sorunlarına yönelik önleme kontrol çalışmaları yürütür, doğru beslenme eğitimi verir, gıda ve temiz suya erişim imkânı sunar, aile planlaması hakkında yol gösterir, anne-bebek sağlığını iyileştirir, bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlar ve yaygın hastalıkların tedavisini üstlenir. Sağlık sektörünün yanı sıra tarım, hayvancılık, gıda, sanayi, eğitim, konut, bayındırlık işleri, iletişim gibi birçok sektörlerle ulusal ve toplumsal kalkınma için iş birliği yapar. En çok ihtiyaç duyana öncelik verilecek ve kapsamlı sağlık hizmetlerinin giderek iyileştirilmesini sağlayacak şekilde entegre ve işlevsel sevk sistemini uygular (14).

Bu konferansta sağlığın hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu olup temel bir insan hakkı olduğuna ve ülkeler arasında sağlık durumunun eşitlenip sağlık erişimi arasındaki farkın kapatılmasının önemine vurgu yapılmıştır. Sürdürülebilir bir maliyetle, bireylerin de katılımıyla, herkes tarafından erişilebilir bilimsel yöntem ve teknolojiye dayanan temel sağlık hizmetinin 2000 yılında tüm dünyanın hizmetine sunulması hedeflenmiş, bunun için gerekli ekonomik ve teknik desteğin sağlanması için tüm dünyanın iş birliği içerisinde çalışmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Hükümetler diğer sektörlerle koordinasyon içinde birinci basamak sağlık hizmetlerini başlatmak ve sürdürmek için

ulusal politikalar, stratejiler ve eylem planları oluşturmalarıdır. Tüm ülkeler, tüm insanlar için temel sağlık hizmetlerinin sağlanması amacıyla ortaklık ve hizmet ruhuyla iş birliği yapmalıdır (14).

1986,1993 ve 2001 yıllarında Avrupa Konseyi toplanarak bir hekimin birinci basamakta sağlık hizmeti verebilmesi için tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 3 yıl Aile Hekimliği eğitimi alması gerektiği kararına varmış ve bu uygulamaya 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren başlamayı hedeflemiştir (4).

1991 yılında WONCA yayınladığı “Sağlık Sistemlerinde Pratisyen Hekim /Aile Hekiminin Rolü” nde Aile hekimini yeniden tanımlamış ve kategoriler halinde özelliklerini sıralamıştır: Kapsamlı bakım, Hastaya oryantasyon, Aile odaklılık, Doktor/hasta ilişkisi, diğer hizmetlerle koordinasyon, Savunuculuk, Erişilebilirlik ve kaynak yönetimi (15).

1994 yılında WHO ve WONCA işbirliği ile düzenlenen Ontario Konferansı’nda toplumun ve bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak herkes tarafından ulaşılabilir maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması yönünde düzenlemeler yapılmasının ve bu düzende aile hekiminin merkezi rol oynaması gerektiği; diğer uzmanlık dallarının etkin kullanımı için hastaların öncelikle birinci basamağa başvurmasının gerekliliği; aile hekimlerinin her ülkede bağımsız örgütlerinin kurulmasının önemi açıklanarak etkili ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin aile hekimliğinin yaygınlaşmasıyla mümkün olacağı vurgulanmıştır (6). Aile Hekimliği her tıp fakültesinde öğretilmesi ve her ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarının oluşturulması önerilmiştir (11).

2000 yılında Olesen aile hekimliğinin uygulanabilir ve evrensel yeni bir tanıma ihtiyaç duyduğunu, bu yeni tanımın disiplinin temel içeriğini, pratisyen hekimin bilimsel açıdan sağlam temellere sahip ve kişisel olarak yetenekli bir uzman olarak görev yapması gereken alanları vurguladığını ifade etmiştir (16).

2002 yılında ise Wonca Avrupa Aile Hekimliği’nin günümüzde halen geçerliliğini koruyan en güncel tanımını yapmıştır.

2.1.3. Aile Hekimliği Tanımları

2.1.3.1. Leeuwenhorst Tanımı

“Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak bireylere, ailelere ve nüfusuna kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan tüm bu işlevlerin sentezini yapıyor olmasıdır. Hastalarıyla muayene odasında, evlerinde, bazen de klinikte veya hastanede ilgilenir. Amacı erken teşhis koymaktır. Sağlık ve hastalıkla ilgili değerlendirmelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de entegre eder. Bir doktor olarak kendisine sunulan her sorunla ilgili ilk kararı kendisi verecektir. Kronik, tekrarlayan veya ölümcül hastalıkları olan hastalarının sürekli yönetimini üstlenecektir. Uzun süreli temas, her hastaya uygun hızda bilgi toplamak için tekrarlanan fırsatları kullanabileceği ve profesyonel olarak kullanabileceği bir güven ilişkisi kurabileceği anlamına gelir. Diğer tıbbi ve tıp dışı meslektaşlarla iş birliği içinde çalışacak. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirmek için tedavi, önleme ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman müdahale edilmesi gerektiğini bilecektir. Aynı zamanda topluma karşı mesleki bir sorumluluğu olduğunun da bilincinde olacaktır” (13).

2.1.3.2. 1991 Wonca Tanımı

“Genel pratisyen veya aile hekimi, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı bakım sağlamaktan ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin hizmet vermesini sağlamaktan birinci derecede sorumlu olan hekimdir. Pratisyen hekim/ aile hekimi, bakıma başvuran herkesi kabul eden bir genel uzman görevi görürken, diğer sağlık sağlayıcıları hizmetlerine erişimi yaş, cinsiyet veya teşhis temelinde sınırlandırmaktadır. Pratisyen hekim/aile hekimi, ırk, din, kültür ve sosyal sınıf ayrımı gözetmeksizin, aile bağlamında bireye, toplum bağlamında ise aileye bakar. Kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik geçmişlerini dikkate alarak bakımlarının büyük bir kısmını sağlama konusunda klinik olarak yetkinliğe sahiptir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlama konusunda kişisel sorumluluk alır. Pratisyen hekim/aile hekimi, mesleki rolünü, doğrudan ya da başkalarının hizmetleri aracılığıyla, onların sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet ettiği toplumdaki kaynaklara göre bakım sağlayarak yerine getirir ” (15).

2.1.3.3. Olesen Tanımı

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön saflarında çalışmak ve hastaların karşılaşabileceği herhangi bir sağlık sorununa bakım sağlamak için ilk adımları atmak üzere eğitilmiş bir uzmandır. Pratisyen hekim, hastanın hastalığının türüne veya diğer kişisel ve sosyal özelliklerine bakılmaksızın toplumdaki bireylerle ilgilenir ve sağlık sistemindeki kaynakları hastaların yararına en iyi şekilde düzenler. Pratisyen hekim, biyotıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve entegre ederek önleme, teşhis, tedavi, bakım ve hafifletme alanlarında özerk bireylerle etkileşime girer” (16).

2.1.3.4. 2002 Wonca Avrupa Tanımı

“Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleksel görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifletme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekteştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar” (1).

2.2. AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ

2.2.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde tıp doktorlarının uzmanlık eğitimi ve uzmanlık unvanlarını düzenleyen genel bir mevzuat bulunmamaktaydı, sağlık hizmetleri darüşşifa denilen hastanelerde veya serbest çalışan tıp okullarında eğitim alan hekimler ve usta-çırak ilişkisiyle yetişen cerrahlar tarafından verilmekteydi. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve hekim sayısının azlığı nedeniyle sık sık salgınlar görülmüyordu. 19. yüzyıldan itibaren topluma ücretsiz koruyucu ve önleyici sağlık hizmet sunumuna öncelik verilmiş sağlık hizmetleri sunumunda halk sağlığı anlayışının hâkim olmuştur (17–19).

On dokuzuncu yüzyılda tüm dünyada tıp alanında meydana gelen gelişmeler ve reform hareketlerinin de etkisiyle Osmanlı Devleti'nde 1827'de modern tıp eğitiminin başlamış ve yeni hastaneler kurulmaya ve hekim eğitimlerine başlanmıştır. 14 Mart 1827'de Batılı anlamda ilk tıp okulu olan “Tıphane-i Amire ve Cerrahane-i Amire” İstanbul'da kurulmuştur. 1838'de cerrahlık ve tıp eğitimi birleştirilmiştir (19,20).

Mekteb-i Tıbbiye Nezareti ilk kez 1871'de çıkardığı kanunla taşraya hekim tayin etmeye başlamıştır. Bu uygulama ile hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetleri veren ‘memleket tabipleri’ bugünkü aile hekimlerinin öncüsü kabul edilebilir (6).

2.2.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi ve Aile Hekimliğinin Doğuşu

Cumhuriyet dönemi sağlık sistemi Osmanlı sağlık sisteminin kurumları üzerine inşa edilmiştir.1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisinin kuruluşundan bir gün önce Atatürk önderliğinde 3 sayılı yasa ile “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti” (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmasıyla Türkiye sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinde temsil edildiği öncü ülkelerden biri olmuştur. 1923 yılında Sağlık Bakanlığına atanan Dr. Refik Saydam tedavi ve koruyucu hizmetleri birlikte yürütmüş, ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlanması ve hizmetlerinin temelini atmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde yerel yönetimlere yol gösterici olmak üzere

Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi çeşitli illerde numune hastaneleri kurulurken kırsal kesime yönelik sağlık hizmetleri için de “sağlık merkezleri” ve “sağlık ocakları” ile her ilçede “hükümet tabiplikleri” kurulmuştur (18,21).

08.05.1929 tarihli “Tababet ve ihtisas vesikaları hakkında nizamname” Türkiye’de tıp eğitimi sonrası uzmanlık eğitimi ile ilgili ilk düzenlemedir ve ilk kez koruyucu hekimlik kavramından bahsedilmesi açısından önemlidir. Hekimlerin klinik (seririyat) uzmanlıklar, laboratuvar uzmanlıkları ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) olmak üzere üç alanda uzmanlık eğitimi alabileceği belirlenmiştir. Uzmanlık süresi koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) için dört yıl, iç hastalıkları (emraz-ı dâhiliye) ve genel cerrahi (emraz-ı hariciye) için üç yıl, diğer tüm uzmanlıklar için iki yıl olarak belirlenmiştir (17).

1929-1947 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetleri hükümet tabipleri, seyyar tabipler ve “muayene ve tedavi evi tabipleri” tarafından verilmekteydi. Bu dönemde Ankara ‘da tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin bir arada verileceği birinci basamak kurumları ile ilgili denemeler yapılmış ve 1946 ‘da sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenerek her 20.000 nüfus ya da 40 köy için koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulacağı bir “sağlık merkezi” kurulması hedefini içeren “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı” yayınlanmıştır. Tüm bu gelişmelerin de etkisiyle 24 Temmuz 1947 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe giren “Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük” te yeni bir uzmanlık olarak bugün ki Aile Hekimliğine benzeyen “Genel Sağlık Uzmanlığı” tanımlanmıştır.(3,17) 2 yıllık eğitim sonrası ilk uzmanlık sınavı 1948’te yapılarak Sağlık Merkezleri’nde çalışmak üzere 12 ‘Genel Sağlık Uzmanı’ kadrosu açılmıştır (6).

1953’te il özel idarelerine bağlı tüm hastanelerin sağlık bakanlığına bağlanması ile hastane sayıları artmış birinci basamak ve koruyucu hekimlik önemini kaybetmiş, 1955 ‘te “Genel Sağlık Uzmanlığı” kaldırılmıştır (3,17).

Prof. Dr. Nusret Fişek’in Sağlık bakanlığı yaptığı dönemde yürürlüğe giren 1961 tarihli “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” adlı yasa ile basamaklı, hakkaniyetli, yaygın, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada sunulması tek elden yürütülmesini hedeflemiş, hükümet tabipliklerinin yerine ‘Sağlık Ocakları’nın kurulması kararı alınarak birinci basamak sağlık örgütlenmesi

yönünde ilk adım atılmıştır. Ancak birincil bakımda yetişmiş uzmanların olmaması, hükümet tabipliğinden devralınan çok sayıda görev ve sorumluluğun olması, finansman desteğinin yetersiz olması ve kanunun ilgili diğer yasalarla uyumsuzluğu gibi nedenlerle 1966 yılından itibaren uygulamada başarılı olunamamıştır (19,22,23).

İlk kez 5 Temmuz 1983 'te Aile Hekimliği yeni bir uzmanlık dalı olarak "Tababet Uzmanlık Tüzüğü" ne girmiş, eğitim süresi 3 yıl olarak belirlenmiştir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş ancak mezuniyet sonrası eğitime başlamamış ve kapatılmıştır. Uzmanlık eğitimi Ankara İstanbul ve İzmir'de bulunan Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde 1985 yılında başlamıştır (19,22).

1987 ve 2002 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın yabancı dil bölümünden alınan puan ile aile hekimliği uzmanlık programına asistan alınmış, 2002 itibari ile yabancı dil ve bilim sınavlarına girerek yeterli başarıyı göstermeleri gerekmiştir (24).

2.2.3. Türkiye'de Aile Hekimliği ile İlgili Önemli Gelişmeler

1990'da kurulan Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 1998'de Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ismini almıştır (12). Böylelikle Aile Hekimliği' nin mesleki olarak örgütlenmesi gerçekleşmiştir. TAHUD 1995'ten beri WONCA gözlemci üyesi olup 2003'ten itibaren tam üyedir. Ülkemizi WONCA, WONCA Europe, EURACT, EGPRN ve EQUIP gibi Aile Hekimliği örgütlerinde temsil etmektedir (6).

1993'te Sağlık Bakanlığı tarafından Ankara'da düzenlenen "Aile Hekimi Eğitici Kursu" ile 88 aile hekimliği uzmanı eğitici sertifikası aldı (25).

1993'te alınan 12547 sayılı YÖK kararı ile Anabilim dalları kurularak Eğitim Araştırma Hastanelerine ek olarak Üniversite Hastanelerinde de aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesine olanak sağlanmıştır. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve 1993 Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda 10 aile hekimliği asistanı kadrosu açılmıştır (4,26).

Kasım 1993 tarihinde AHUD tarafından “1. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi” düzenlenmiş, bu tarihten itibaren 2 yılda bir düzenli olarak Ulusal Aile Hekimliği Kongreleri yapılmaktadır (3,22).

27 Mayıs 1994 tarihinde ilk kez bir aile hekimliği uzmanı (Osmangazi Üniversitesi’nde) akademik kadroya atandı. 26 Ekim 1994 tarihinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü” kuruldu ve sonrasında Daire Başkanlığı yapılanması şeklinde sürdürüldü.

1997’de Türkiye’nin Aile hekimliği ile ilgili ilk bilimsel dergisi niteliğinde olan “Türkiye Aile Hekimliği Dergisi” yayın hayatına başlamış ve günümüzde düzenli olarak yayınlarına devam etmektedir. Bu yıllarda gelişmekte ve akademik alanda güçlenmekte olan aile hekimliği disiplini yeterince destek görmemiştir. Asistanlık kadroları düzensiz dağıtılmış, aile hekimliği uzmanlarının sağlık ocaklarında çalışması sağlanamamış, eğitim hastanelerinde aile hekimliği şeflikleri oluşturulamamış ve bazı illerde başlayan pilot uygulamalar yeterince desteklenmemiştir (25).

1998’de TAHUD Genel Kurul’unda kabul edilen Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) yönergesi TAHUD ‘un alt kuruluşu olup mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminin koordinasyonu, denetlenmesi, geliştirilmesi, standardizasyonu ve sertifikalandırılması konusunda çalışmalar yapar (22).

2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Acil Eylem Planı’nda “Herkesin Sağlık” başlığı altında temel hedefler açıklanmış ve Aile Hekimliği’ ne geçiş süreci hız kazanmıştır. 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında tedavi edici sağlık hizmetlerinin yansira koruyucu sağlık hizmetlerini de ön plana çıkarmak, sağlık bilgi sistemleri oluşturmak ve etkin bir sevk sistemi geliştirmek gibi temel hedeflerle aile hekimliği sistemi duyurulmuştur. 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”, aile hekimliği uygulaması ile ilgili 6.7.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.8.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’na Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” ile Aile Hekimliği uygulamasının yasal çerçevesi tamamlanmıştır (18,27).

Bu çerçevede ilk olarak Eylül 2005'te Düzce'de pilot uygulama olarak başlatılan Aile Hekimliği Uygulaması Aralık 2010 itibari ile ülke geneline yayılmıştır. Sağlık Ocağı olarak çalışan birimler Aile Sağlığı Merkezi'ne dönüştürülmüş ve yeni aile sağlığı merkezleri kurulmuştur (23).

Aile hekimliğine geçiş sürecinde yeterli uzman hekim olmadığından pratisyen hekimlere eğitimler verilmiştir. 2005 yılında Düzce'de başlayan "Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi" çerçevesinde hekimlere aile hekimliği uygulaması, aile hekimliği disiplininin temel özelliklerini tanıtılmış; akademik beceriler kazanmalarına ve ekip çalışması uygulamalarına yönelik 6 günlük eğitim verilmiştir. Aile hekimi olmak isteyen uzman ve pratisyen tüm hekimler eğitime katılmış, eğitimi tamamladıktan sonra sahada aile hekimliği yapmaya başlamıştır. "2. Aşama Uyum Eğitimleri" ise uzaktan eğitim şeklinde olup Aralık 2012 tarihinden itibaren Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından hazırlanmış olan Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü (AHUZEM) ile sürdürülmektedir (24).

Bu süreçte Aile Hekimliği disiplini akademik gelişimini de sürdürmüş, 2007 yılında Aile Hekimliği Akademisi kurulmuştur. 2008 yılında 8 ilin Aile Hekimleri Derneklerinin bir araya gelmesi ile Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) kurulmuştur. 2009 yılında Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği (AHEAD) kurularak 2010 yılında Türkiye Aile Hekimliği Vakfı'nın kuruluşuna öncülük etmiştir (25).

Aile hekimliğinin çalışma ve denetimiyle ilgili usuller 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ile düzenlenmiştir. Sonrasında eksik kalan noktalarla ilgili düzenlemeler yapılmakla birlikte günümüzde de uygulanan son halini 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Aile Hekimliği uygulama yönetmeliğiyle almıştır. Bu yönetmelikte aile hekimi birinci basamakta tam gün esasına göre çalışan, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren; yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın herkese kapsamlı, devamlı teşhis tedavi, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmeti veren hekim olarak tanımlanmıştır (6,28).

2 Kasım 2011 tarih ve 28103-Mükerrer sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” dan pilot ibaresi kaldırılarak yasanın ismi “Aile Hekimliği Kanunu” olarak değiştirilmiştir (25).

26 Eylül 2014 tarihli ve 29131 sayılı “Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği” ise eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinin de Aile Hekimliği uygulamasına dahil olmasını sağlamıştır (29).

2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Güncel Durumu

13 Aralık 2010 tarihinde itibaren ülke genelinde uygulanan aile hekimliği uygulaması günümüzde 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete ‘de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” uyarınca sürdürülmeye devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından en son 2022 yılında yayınlanan ‘Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre ülke genelinde 27.762 Aile Hekimliği birimi hizmet vermekte olup her bir birim ortalama 3.072 nüfusa sahiptir.(29) Aile hekimliği birimlerinde Aile hekimliği uzmanları, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı eğitimine devam eden aile hekimliği asistanları ve pratisyen aile hekimleri görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı nüfusa yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapılmaksızın tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yansira koruyucu sağlık hizmetleri de sunulmaktadır.

2.3. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ

1985 yılı itibariyle Eğitim Araştırma Hastaneleri Aile Hekimliği Kliniklerinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilirken 1993 yılından itibaren Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında da verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi başlangıçta 3 yıl süreli olup tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. 2010 yılından sonra ise Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararı ile rotasyonların 18 ay olarak düzenlenmiş, kalan süre aile hekimliği pratiği ile ilgili saha eğitimlerine ayrılmıştır.

Şu anda eğitimler Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS)’nin 11.09.2019 revize edilen aile hekimliği uzmanlık

eğitimi müfredatına göre 4 ay iç hastalıkları, 4 ay pediatri, 3 ay kadın hastalıkları ve doğum, 2 ay ruh sağlığı ve hastalıkları, 1 ay acil tıp, 1ay göğüs hastalıkları, 1 ay deri ve zührevi hastalıklar, 1 ay kardiyoloji, 1 ay seçmeli (nöroloji, ftr veya genel cerrahi) rotasyon; 18 ay da sahada uygulamalı eğitim olarak sürdürülmektedir. Uzmanlık ğrencilerinin bu uygulamalı eğitimler dahilinde en az altı-sekiz ay eğitim aile sağlığı merkezlerinde ya da bir Aile Hekimliği uzmanının görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezlerinde alışması uygun görülmüştür (30).

Sözleşmeli aile hekimliği yapan pratisyen hekimler için ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi “1219 Sayılı Tababet ve şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” da yer alan “1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir.” hükmü gereğince Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır.

2014 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulunun 406 sayılı kararı ile Tıpta Uzmanlık Sınavında başarılı olan sözleşmeli aile hekimleri eğitim hastaneleri ve üniversitelerde ilk kez uzmanlık eğitimine alınmış, aile hekimlerinin sahada çalışmaya devam ederken uzmanlık eğitimi alarak uzman olmalarına olanak sağlanmıştır. Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanları yabancı dil yeterliliği olmaksızın TUS Klinik Bilimler ’de 40 puan ve üzeri alarak aile hekimliği sözleşmesinin olduğu ilde açılan kontenjanlara tercih yapabilir, 18 ayı rotasyon olmak üzere toplam 6 yıllık bir eğitim sonrasında uzman olurlar (24).

2.4. WONCA (DÜNYA AİLE HEKİMLERİ ÖRGÜTÜ)

Dünya Aile Hekimleri rgt (WONCA) 1972 yılında 18 ülkedeki ye kuruluşlar tarafından kurulmuş olan kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur. Tam adı “World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği) dir.

şu anda 111 ülke ve bölgede, yaklaşık 500.000 aile hekiminin ve dünya nüfusunun yüzde 90'ından fazlasının yeliğine sahip 133 ye Kuruluşu

bulunmaktadır. Bununla birlikte yaklaşık 35 akademik üyesi ve bireysel olarak WONCA'ya katılmayı seçen 800'den fazla pratisyen hekim ve aile hekimi vardır.(31)

WONCA bir sivil toplum örgütü olarak Dünya Sağlık Örgütü gibi birçok organizasyonla ilişki kurarak ve ortak faaliyetler düzenleyerek üyelerini ve aile hekimliğini dünya çapında temsil etmektedir.

WONCA, üye kuruluşların temsilcilerinden ve WONCA yetkililerinden oluşup her iki ila üç yılda bir toplanan bir konsey tarafından yönetilmektedir.

WONCA'nın Misyonu insan haklarına saygı ve cinsiyet eşitliği de dahil olmak üzere evrensel değerleri ve aile hekimliğinde yüksek bakım standartlarını teşvik ederek dünya halklarının yaşam kalitesini iyileştirmektir. Tüm insanlığın eşit sağlık hizmetine erişiminin sağlanmasını; kişiler ve aileleri için yaşadıkları topluma uygun biçimde kişi merkezli, kapsamlı, sürekli sağlık hizmetinin sunumunun sağlanmasını ve aile hekimlerinin akademik organizasyonlarının gelişimini teşvik eder. Üye kuruluşlar ve aile hekimleri arasında bilgi alışverişini sağlamayı, aile hekimlerinin faaliyetlerini diğer dünya kuruluşları karşısında temsil etmeyi amaçlar (12).

2.4.1. WONCA Avrupa

Wonca Avrupa Wonca'nın yedi bölgesel kuruluşundan biri olup Avrupa'da 47 üye kuruluşu ve 90.000'den fazla aile hekimini temsil etmektedir (32). Türkiye de 2003 yılı itibariyle Wonca Avrupa üyesidir.

Wonca Avrupa, bilgi paylaşımı için forumlar oluşturarak aile hekimlerinin akademik organizasyonlarının gelişimini desteklemeyi; aile hekimlerinin araştırma, hizmet sunumları ile ilgili çalışmalarında destek olma yoluyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin standartlarını geliştirerek insanların yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir (33).

2.5. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİ

Aile Hekimliği bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lu yılların başından itibaren Leeuwenhorst, Gay, DSÖ ve Olesen tarafından tanımlanmış ve çeşitli temel özellikler belirlenmiştir. Aile hekimliği tanımı ve temel özellikleri en güncel halini WONCA 2002 toplantısında almıştır (34).

1995 yılında Bernard Gay tarafından önerilen Aile Hekimliği özellikleri şunlardır:

- Hasta merkezli yaklaşım
- Aile ve toplum bağlamına yönelim
- Hasta ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda belirlenen etkinlikler
- Ayrışmamış ve karmaşık sağlık sorunları
- Ciddi hastalıkların düşük insidanda görülmesi
- Hastalıklarla erken evrelerde karşılaşma
- Çok sayıda semptom ve patolojinin eş zamanlı yönetimi
- Süreklilik
- Bakımın koordinasyonunu
- Verimlilik

1998 yılında ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çerçeve Bildirgesi'nde Aile Hekimliği özelliklerini şu şekilde tanımlamıştır:

Genel: Kolay erişilebilme; yaş, cinsiyet, din, ırk ayrımı yapmaksızın bütün nüfusun tüm sağlık sorunları ile ilgilenme

Sürekli: Kişi merkezli bir yaklaşım sergileyerek tek bir hastalık süresince değil geniş bir zaman aralığında kişiyle ilgilenme

Kapsamlı: Fiziksel, ruhsal ve sosyal bakış açısıyla tedavi edici, koruyucu ve sağlığı iyileştirici hizmetlerin birlikte sunumu

Koordineli: İlk başvuru merkezi olarak sağlık hizmetlerini koordine etme ve gereği halinde sevk etme

İşbirliğine dayalı: Sağlık hizmetlerini sunumuna liderlik ederek multidisipliner hizmet sunumu sağlamak ve gereğinde bakımı ilgili birimlere devretmek

Aile odaklı: Hastalıkları kişinin sosyokültürel özellikleri, ev ve iş hayatı kapsamında değerlendirme

Toplum yönelimli: Toplumun sağlık ihtiyaçlarına yönelik çalışmalar yapmak

B.Gay ve DSÖ tarafından tanımlanan bu özellikler günümüz aile hekimliği özelliklerinin temelini oluşturmakta beraber ve WONCA 2002’de tanımlanan çekirdek yeterliliklerle büyük oranda benzemektedir (1).

2.6. WONCA AİLE HEKİMLİĞİ TEMEL YETERLİLİKLERİ

Aile Hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıta dayalı ve klinik etkinliği olan ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bir klinik uzmanlığı olan akademik ve bilimsel bir disiplindir. WONCA Aile Hekimlerinin uzmanlaşması gereken on iki yetenekle ilgili Aile Hekimliği Disiplinini tanımlayan on iki temel özelliği bu özelliklerle ilişkili altı temel yeterlilik altında toplanmıştır.

2.6.1. Birinci Basamak Yönetimi

- a. İlk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları
- b. Koordinasyon ve savunuculuk
 - Hastaların henüz tanımlanmamış problemleri ile ilgilenerek birincil teması yönetmek.
 - Sağlık koşullarının tamamını kapsamak.
 - Birinci basamaktaki diğer profesyoneller ve diğer uzmanlarla bakımı koordine etmek.
 - Etkili ve uygun sağlık hizmeti sunumunda uzmanlaşmak;
 - Bakımın kalitesini ve güvenliğini izlemek, değerlendirmek ve geliştirmek.
 - Hastaya sağlık sistemi içerisinde uygun hizmetleri sunmak.
 - Hastanın savunucusu olarak hareket etmek.

2.6.2. Kişi Merkezli Bakım

- c. Doktor-hasta ilişkisi
- d. Hasta ve ortama dayalı olma
- e. Hastayla ortak karar verme
- f. Süreklilik

- Hastalarla ve hastanın koşulları bağlamındaki sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimsemek.
- Hastanın özerkliğine saygı göstererek, etkili bir doktor-hasta ilişkisi sağlamak amacıyla genel muayenehane konsültasyonunu geliştirmek ve uygulamak.
- İletişim kurmak, öncelikleri belirlemek ve ortaklık içinde hareket etmek.
- Sağlıklı yaşam tarzları için davranış değişikliği de dahil olmak üzere öz yönetim ve önleme konusunda hastanın güçlendirilmesini teşvik etmek.
- Sağlık hizmetleri kaynaklarının tekrarını ve israfını en aza indirmek için sürekli ve koordineli bakım yönetimine atıfta bulunarak hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın boylamsal devamlılığını sağlamak.

2.6.3. Özgün Problem Çözme Becerileri

g. Ayrışmamış hastalıklar

h. İnsidans ve prevalansa dayalı karar verme

- Toplumdaki hastalıkların yaygınlığı ve görülme sıklığını göz önünde bulundurarak karar vermek.
- Anamnez alma, fizik muayene ve tetkiklerden elde edilen bilgileri seçerek toplamak, yorumlamak ve bunları hastayla iş birliği içinde uygulamak.
- Bütünsel araştırma, zamanı bir araç olarak kullanma ve belirsizliği tolere etme gibi uygun çalışma prensiplerini benimsemek.
- Gerektiğinde acilen müdahale etmek.
- Ayrışmamış şekilde erken ortaya çıkabilecek koşulları yönetmek.
- Tanısal ve tedavi edici müdahaleleri etkin ve verimli kullanmak.

2.6.4. Kapsamlı Yaklaşım

i. Sağlık ve iyiliğin teşviki

j. Akut ve kronik problemler

- Bireyin akut ve/veya kronik sağlık sorunlarını; birden fazla şikâyeti ve patolojiyi aynı anda yönetmek.

- Sağlığın teŖviki, geliŖtirilmesi ve hastalık önleme stratejilerini uygun Ŗekilde uygulayarak sağlığı ve refahı teŖvik etmek
- Hastalıkların tedavi edilmesi, hafifletilmesi, rehabilitasyonu ve önlenmesini koordine etmek.
- Evrensel sağlık, tek sağlık ve sürdürülebilirlik konularındaki zorluklarla baŖ etmek için hastalarla, diğer profesyonellerle, halk sağlığıyla ve politika yapıcılarla ortaklık içinde çalıŖmak.

2.6.5. Toplum Yönelimli

k. Toplumun sağlığından sorumlu olma

- Hastaların sağlık ihtiyaçları ile içinde yaŖadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla dengede tutmak.
- Hastaların ve içinde yaŖadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını dünya çapındaki sağlık ihtiyaçlarıyla birleŖtirmek.
- Düşük tüketimli ve hatta enerji nötr tesislere sahip çevre dostu bir uygulama yeri seçmek
- Profesyonel tıbbi uygulamalarda çevreyi en az kirleten yöntemi seçmek.

2.6.6. Bütüncül Modelleme

l. Biyopsikososyal YaklaŖım

- Kültürel, varoluŖsal ve çevresel boyutları dikkate alan biyo-psiko-sosyal bir model kullanmak.
- Hasta ve gezegen sağlığının ortak yararları konusunda, özellikle sağlık hizmetleri kaynaklarının tüketimine atıfta bulunarak toplumun bilgilendirilmesine katkı sağlamak.
- Reçete yazarken, tanı ve taramaya yönelik tetkik isterken ve koruyucu hekimliğe yönelik faaliyetleri planlarken rasyonel seçimler yapmak.

WONCA bu 6 çekirdek yeterlilik ve kapsadığı 12 özelliğin uygulamasına temel oluŖturacak üç ek özellik tanımlamıŖtır. Temel yetkinlikleri çalıŖma ortamında uygulama becerilerini belirleyen bu özellikler: Bağlam, Tutum ve Bilim'dir.

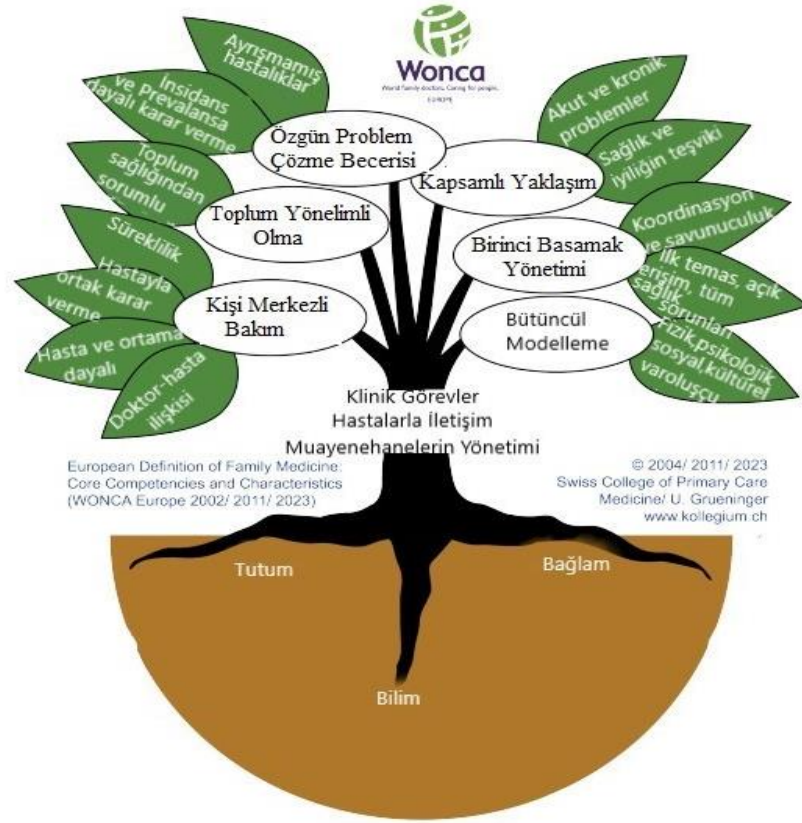
A. Bağlamsal Unsurlar: Toplumdaki sosyokültürel ve ekonomik faktörlerin; hekimin yaşamının, çalışma ortamının ve iş yükünün verilen sağlık hizmetini etkileyeceğini kavramayı ve sağlık hizmetlerinin verildiği mali ve yasal çerçeveler hakkında bilgi sahibi olmayı içerir.

B. Tutumsal Unsurlar: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğine dayalı olup hekimin kendi yeteneklerinin farkında olup etik ilkelere uymasını ifade eder.

C. Bilimsel Unsurlar: Bilimsel araştırmanın genel ilkelerine hâkim olup tıbbi literatüre erişebilme, okuyabilme ve eleştirel olarak değerlendirebilme yeteneğine sahip olmayı; tanı koyma, tedavi verme ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bilimsel arka planları hakkında kapsamlı bilgi sahibi olmayı; öğrenmeye ve kaliteyi geliştirmeye devam etmeyi içerir.

Tek Sağlık, Küresel Sağlık ve Sürdürülebilirlik ise WONCA 2023 revizyonunda eklenmiş olup altı temel yetkinlik, on iki özellik ve üç ek özelliğe yeni bir entegre yaklaşıma izin vererek temeli oluşturur. Aile hekimleri diğer sektörlerle ve diğer disiplinlerle iş birliği içinde çalışarak küresel ısınma, karbon ayak izinin büyümesi gibi gezegen sağlığı ile ilgili hususlarda sosyal eşitlik, sürdürülebilir yaşam üzerine eğitim ve araştırmaya yönelik politikalar geliştirilmesine katkı sağlamalıdır (1).

Tüm bu özellikler WONCA Ağacı ile şematize edilmiştir.



Tek sağlık, küresel sağlık ve sürdürülebilirlik aile hekimliğinin temel taşıdır.
 İSVİÇRE BİRİNCİ BASAMAK AKADEMİSİ TARAFINDAN TASARLANAN-WONCA AĞACI
 (2011 revizesi ve 2023)

Şekil 1. WONCA Ağacı

2.7. WONCA AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİ

WONCA'nın tanımladığı altı çekirdek yeterlilik ilişkili olduğu on iki özelliği barındırır. Bunlar aile hekimliği disiplini içerisindeki hekimlerin sahip olması gereken özellikleri tanımlar.

2.7.1. İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme

Aile hekimleri sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir (6).

Sağlık hizmetlerine erişim kişilerin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, kaynaklara ulaşımının sağlanması, sağlık hizmetlerini alabilmesi ve kişiye bakım

ihtiyaçlarına uygun hizmetlerin sunulmasıdır. Hekimler ve sağlık sistemleri toplum kaynaklarını toplumdaki her bireyin eşit bir şekilde sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kullanılmalıdır. Bakıma erişim, topluluklardaki insanların genel sağlığının iyileştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir ve aile hekimleri bu erişimin sağlanmasında ayrılmaz bir rol oynamaktadır. Gereken zamanda uygun sağlık hizmetlerine erişilememesi hastalıkların daha komplike hale gelmesine, tedavi masraflarının artmasına, kalıcı sakatlıklara ve ölümlere sebep olabilir. Tıbbi bakıma erişimdeki engeller düşünüldüğünde aile hekimlerinin içinde buldukları toplumun sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını dahilinde kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak donanıma sahip olması oldukça önemlidir (35).

Diğer tıp branşları yaş gruplarına, ilgilendikleri organ ve sistemlere göre sağlık hizmeti sunumu yaparken aile hekimleri yaş, cinsiyet ayırt etmeden tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Kişilerin sağlık probleminin ne olduğu fark etmeksizin başvurabilecekleri bir hekim olması aile hekimliğini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliklerden bir tanesidir. Hem her türlü sağlık problemiyle ilgilenilmesi hem kolay erişilebilir olması yönüyle aile hekimlikleri ülkemizde ve dünyanın pek çok yerinde aile hekimlikleri ilk başvuru merkezi konumundadır (1).

2.7.2. Koordinasyon ve Savunuculuk

Aile Hekimi bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar (6). Hastayla ilk karşı karşıya gelen hekimler olarak aile hekimleri, hastaneye sevk, tetkik isteme, tedavi başlama veya ilgili uzmanlık dalına başvurma gibi süreçleri yöneten mekanizmanın başında yer alır. Özellikle eldeki kaynakların çok sınırlı olduğu koşullarda aile hekimlerinin bu rolü daha önem kazanır.

Aile hekimleri kişilerin semptom ve bulgularını değerlendirir, geçmiş kayıtlarının inceleyip, fizik muayenesini ve gerekli tetkikleri de yaparak verileri analiz ederler. Bu analiz sonrası bir tanı-tedavi planı hazırlar ve diğer sağlık çalışanları ile de ekip çalışması yaparak uygulamaya geçer, gereği halinde diğer branş uzmanları ve üst basamaklarla iletişim kurar.

Aile hekimlerinin yıllar içinde geliştirdikleri ilişkiler, hastalarını etkileyen sağlığın biyolojik, psikososyal, kültürel ve politik belirleyicilerine dair iç görü sağlar. Bu kadar geniş bir bilgi birikimi, aile hekimlerinin bakımı koordine etmesine ve multidisipliner bir bakım ekibi içinde hastaların sağlık ihtiyaçlarını savunmasına yardımcı olur (35).

İkinci basamaktaki yüksek teknoloji sağlık hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde erişimini sağlarken gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği tıbbi zararlardan hastaları korumak, gereksiz maliyetlerin önüne geçmek ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde hastalara kılavuzluk etmek aile hekimlerinin en önemli işlevlerinden biridir (1,36).

Günümüzde çevresel maruziyetlerin olumsuz etkileri ve ortalama yaşam sürelerinde artmasıyla birden fazla komorbiditesi olan hastaların sayısı da artmıştır. Bu durum, bakımın parçalanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanamaması riskini artırmakla beraber, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişlerdeki problemlere bağlı tıbbi hata riskini de artırır (37). Bu gibi durumlarda kişiye multidisipliner bir yaklaşım sunmak için diğer branş hekimleri ve diğer basamaklarla hızlı ve etkili bir iletişim kurmak son derece hayatidir ve aile hekimlerinin önemli sorumluluklarından biridir.

2.7.3. Hasta ve Ortama Dayalı Olması

Aile hekimliği kişilerle ve onların sorunlarıyla kişilerin geçmişi, yaşam koşulları inançları, korkuları bağlamında ilgilenir. Sürecin başlangıç noktası hastadır. Hastanın hastalığıyla nasıl başa çıktığını ve hastalığını nasıl gördüğünü anlamak, hastalık sürecinin kendisiyle başa çıkmak kadar önemlidir (1).

Aile hekimleri ‘hastalık yoktur, hasta vardır’ öğretisi çerçevesinde semptomları benzerlik gösterse dahi hastaları yaşı, ek hastalıkları, yaşam kalitesi, içinde yaşadığı çevre ve koşulları özelinde değerlendirir ve kişiye özgü kararlar alır. Kişilerin şikayetlerini yalnızca tıbbi bilgiler ışığında değerlendirmek yetersiz kalacaktır. Bazı hastalıklar kişinin yaşadığı çevreye bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir veya kişinin yaşamış olduğu fiziki ortam koşulları veya stres faktörü hastalığını alevlendirmiş olabilir. Kişi bulaşıcı hastalıklar açısından birlikte yaşadığı veya temas halinde

bulunduğu kişilerle, çeşitli maruziyetler açısından içinde yaşadığı çevreyle birlikte değerlendirilmelidir. Aile hekimleri kişilerin semptom ve bulgularını kişiye ait tüm bu özelliklerle birlikte yorumlar ve bir sonuca varır. İyi bir aile hekimi en sık karşılaşılan problemler, diğer önemli ve nadir görülen problemler ve ilgilendiği hasta popülasyonuna özgü olabilecek bazı problemler konusunda uzmandır ve bu konuda diğer uzmanları aşan bir ustalığa ulaşabilir (38).

2.7.4. Hastayla Ortak Karar Verme

Aile hekimleri hastaları semptomları, fikirleri, endişeleri, sağlık hizmetlerinden beklentileri ve hastalık deneyimlerinin hayatları üzerindeki tam etkisi hakkında bilgi toplamaya teşvik eder. Hastalara ve ailelerine, bakımlarını desteklemek, bilinçli kararlar almak ve gizliliği koruyarak sağlıklarını yönetmek için uygun bilgi ve iletişim teknolojilerini tanımlama, erişme ve kullanma konusunda yardımcı olur. Cinsiyet, ırk, din ve kültürel inançların ortak karar alma ve diğer etkileşimler üzerindeki etkisini bilir ve ve saygı duyar. Hastaların değerlerini ve duygularını netleştirmelerine, belirsizlikle baş etmelerine ve bakım seçeneklerini belirlemelerine yardımcı olur (39).

Kişinin yaşam tarzı inançları fikirleri göz önünde bulundurmadan konu hakkında fikri alınmadan yapılan planlamalarda ve düzenlenen tedavilerde hem hastanın uyumu azalacak hem takibi glecektir. Hasta hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilendirilip tedavi planına bizzat katılımı sağlandığında tedaviye uyumu artar, yineleyen gereksiz başvurular azalır ve hasta-hekim ilişkisi güçlenmiş olur.

2.7.5. Doktor- Hasta İlişkisi

Aile hekiminin etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içerisinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlayan kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Hasta ile aile hekimi arasındaki her temas, gelişen bir hikyeye katkıda bulunur ve her bireysel konsültasyon, bu önceden paylaşılan deneyimden faydalanabilir. Bu kişisel ilişkinin değeri aile hekiminin iletişim becerisiyle belirlenir ve başlı başına tedavi edicidir (6,1).

Bütün sosyal ilişkilerde iletişim çok önemlidir. Başkalarının kültürel önceliklerini ve uygulamalarını tanıyıp saygı göstermek, anlayışlı ve alçakgönüllü olmak doğru bir iletişim için şarttır. İletişimin en önemli komponentlerinden biri de dinlemektir. Aile hekimlerinin başkalarını ve kendilerini derinlemesine dinleme kapasitelerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu toplum tarafından dışlanmış ve yetersiz hizmet alan hastalara hizmet verirken özellikle önemlidir. Bu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi, bireysel olarak hekimlerin dinlemek ve anlamak için ne ölçüde çalıştıklarına bağlıdır (40).

2.7.6. Süreklilik

Bakımda süreklilik hekimle beşikten mezara kadar süren bakımla ilişkilidir ve birinci basamak hizmet sunumunun önemli bir parçasıdır. Aile hekimleri de hastaları yaşamları boyunca takip ederek bakımın sürekliliğini sağlar. Sürekliliğin özü zaman içerisinde kurulan kişisel ilişkidir ve önemli olan bireylerin bir bakım kaynağını “kendilerinin” olarak tanımlayabilmesidir (41,42).

Süreklilik hem belirli sağlık sorunlarının hem de kişilerin yaşamları boyunca izlenmesini ve doktor-hasta arasında memnuniyetlerini artıran bir bağ oluşmasını kolaylaştırır. Çeşitli sağlık sorunlarının gelişimi hakkında bilgi sağlar ve aksi takdirde değerlendirilmesi ve yönetilmesi olağanüstü derecede pahalı olacak bağlamsal bilgiyi sağlar.(38) Bakımın sürekliliğinin iyileştirilmesi, sağlık bakım maliyetlerini düşürür, hastaneye kaldırılma riskini azaltır, hasta ve doktorun memnuniyetini ve genel bakımın kalitesini artırır. Süreklilik, doktorlarla hastalar ilk buluştuğunda ekilen tohumu besleyerek iyileştirici ilişkilerin harika ve beklenmedik bir şeye dönüşmesine olanak tanır (35).

2.7.7. İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme

Toplumda sorunlar aile hekimlerine ikinci basamaktaki sunumlardan çok farklı bir şekilde sunulmaktadır. Hastalıkların prevalansı ve insidansı hastane ortamında ortaya çıkanlardan oldukça farklıdır. Öncesinde herhangi bir eleme yapılmadığından ciddi hastalıklarla birinci basamakta nispeten daha az karşılaşılır. Bu, hastalar ve toplum hakkında bilgi sahibi olunan, olasılığa dayalı özel bir karar verme sürecini

gerektirir. Aile hekimliği ilk temas noktası olduğundan ciddi hastalıklarla az sayıda karşılaşılmasına rağmen uygun müdahale ve yönlendirmelerin yapılması kritik öneme sahiptir (1).

2.7.8. Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma

Aile hekimliği polikliniği hastaların tüm sağlık sorunları ile her an başvurabileceği bir poliklinikdir. Bu yönü ile aile hekimliği diğer branşlara göre hastalara çok daha kapsamlı bir yaklaşım göstermelidir. Aile hekimi çok sayıda sağlık sorununu aynı anda yönetmek zorunda kalabilir. Çoğu zaman akut olarak ortaya çıkan hastalığa ek olarak hastanın eşlik eden kronik hastalıkları da vardır. Bu hastalıkların yönetim sırası oldukça önemlidir. Bu ayırım yapılırken hasta ve doktorun öncelikleri dikkate alınmalıdır. Çeşitli taleplere eş zamanlı yanıt verilmesi, sorunların hem hastanın hem de doktorun önceliklerini dikkate alan hiyerarşik bir yönetimini gerekli kılmaktadır (1,7).

Aile hekimliğinde kişilerin yeni ortaya çıkan semptomlarına yönelik gerekli sağlık hizmeti verilirken kişinin sahip olduğu kronik hastalıklarla ilgili de takipler yapılır. Kişi sadece yeni bir semptomu geliştiğinde değil mevcut kronik hastalığı ile ilgili danışmanlık almak, tetkiklerini yaptırmak ve tedavisini düzenlemek amacıyla da başvurabilir. Hatta hastalıkları önlemek için alınabilecek tedbirler ve yapılabilecek uygulamalarla ilgili de başvuruda bulunabilir. Bu yönüyle aile hekimlikleri kişinin sağlığıyla ilgili her konuda ve her türlü sağlık probleminde başvurulabilecek kapsamlı sağlık hizmeti veren bir merkezdir.

2.7.9. Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme

Aile hekimliği hastaların herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında ilk başvurduğu merkezdir. Hasta sıklıkla semptomların başlangıcında gelir ve bu erken dönemde tanı koymak zordur. Bu durumda klinik muayene ve testlerle tanı koymak zor olup hastalar için önemli kararların sınırlı bilgilere dayanarak alınması gerekmektedir. Bir hastalığın belirtileri genel olarak iyi bilinse bile, bu durum genellikle spesifik olmayan ve birçok hastalıkta ortak olan erken belirtiler için geçerli değildir. Bu koşullar altında risk yönetimi Aile Hekimliği disiplininin en temel özelliklerinden birisidir. Hastalar genellikle daha önce bir sağlık kuruluşuna

başvurmadığından henüz bir tanı almamış olurlar ve bu aşamada hastaların durumunu iyi analiz etmek son derece önemlidir. Hızlı bir şekilde hastalığın ciddiyeti değerlendirilip gerekli tedavinin başlanması, acil müdahale gerektiren durumlara gerekli işlemlerin yapılması ve gereği halinde üst basamaklara sevkinin yapılması gerekmektedir. Bu noktada doğru ve yerinde müdahale ile hastalığın seyri değişebileceğinden aile hekimleri kritik öneme sahiptir.

2.7.10. Sağlık ve İyiliğin Teşviki

Aile hekimleri yalnızca hastalıklarla ilgili tanı tedavi hizmeti vermekle kalmaz bireyin ve toplumun tam bir iyilik halinde olması ve sağlığının geliştirilmesi için çeşitli müdahalelerde bulunur. Müdahaleler uygun, etkili olmalı ve mümkün olduğunca sağlam kanıtlara dayanmalıdır. Gerektiğinde müdahale zarara neden olabilir ve değerli sağlık kaynaklarının israfına yol açabilir. Müdahalelerde yalnızca bireylerin refahı değil, aynı zamanda çevredeki ekosistemlerin canlı (fora ve fauna) ve cansız (iklim, hava, su, toprak/toprak, gıda vb.) bileşenlerinin de refahı dikkate alınmalıdır (31). Koruyucu hekimlik faaliyetleri bu müdahalelerin başında gelir. Kişiler henüz hastalanmadan bilgilendirip eğitilmesi; tuz kısıtlaması, kilo verme, düzenli egzersiz gibi gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını; sigara, alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlıkları bırakılması; enfeksiyonlardan korunmak üzere aşı dahil birçok önlemin alınması bu kapsamda değerlendirilebilir ve aile hekimliği polikliniklerinde yönetilebilir. Koruyucu hekimlik ve sağlık eğitimi araçlarının kullanımının morbidite ve mortaliteyi azalttığını gösteren çok sayıda kanıt mevcuttur (43). Tedavi hizmetlerine göre çok daha az maliyetli ve kolay olan önleyici hizmetlerin toplumun her kesiminin ulaşabildiği aile hekimleri tarafından sunulması sağlık sistemi açısından oldukça önemlidir.

2.7.11. Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma

Toplum sağlığı, toplumda yaşayan tüm kişilerin sağlığını ve yaşam kalitesini optimize etmek için kültürel olarak uygun bir şekilde toplumlarla etkileşim kurmak için birçok birimle iş birliği içinde olan multidisipliner bir girişimdir. Topluluk yönelimli Olma, disiplinin sadece birey için değil aynı zamanda içinde bulunulan toplum için de sorumluluğunu tanımlamak amacıyla Aile Hekimliği 'ne dahil edilen bir kavramdır. Aile hekimleri mevcut imkanları hem bireylerin hem de toplumun

sağlığını geliştirecek şekilde etkin ve verimli bir biçimde kullanılmalıdır. İnsanların sosyal ilişkileri ve yaşadığı çevre ile ilgili maruziyetlerin kişi sağlığına etkilerini gözlemleyip hem tedavi edici hem de önleyici çalışmalar yaparak toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine liderlik ederler.

Aile hekimi uygulama yaptığı ortamın farkında olup bu konuda harekete geçmelidir, çünkü hastaların yararı için toplumun katılımı gereklidir. Aile hekimleri, politika kararlarıyla ilgili savunuculuk faaliyetlerine dahil olmak, yerel koşulları iyileştirmek için toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapmak ve hastaları ve aileleri tedavi etmek gibi birçok konuda sorumluluk alır (40,44).

2.7.12. Biyopsikososyal Yaklaşım

Sağlık sorunları fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alınmalıdır. İdeal bir aile hekimi kişiyi tüm bu boyutlarıyla aynı anda tanımalı ve her birine uygun ağırlığı vermelidir. Hastalık davranışları ve hastalık kalıpları bu sorunların çoğu nedeniyle değişiklik göstermektedir ve mutsuzluğun büyük bir kısmı, hasta için sorunun temel nedenini ele almayan müdahalelerden kaynaklanmaktadır (1).

Biyopsikososyal model, hastalıkların yalnızca vücuttaki fizyolojik bozukluklardan kaynaklanmadığını atom altı parçacıklardan biyosfere kadar uzanan, birbiriyle ilişkili faktörlerin dinamik ve karmaşık bir ağından kaynaklandığını ileri sürer. Kişilerin nasıl hastalandığına ve sağlığına nasıl döndüğüne dair geniş bir farkındalığı destekler; bu farkındalık yalnızca biyomedikal hususlarla sınırlı değildir ve hastaların yaşamlarını etkileyen çok sayıda psikolojik, sosyal ve çevresel faktörü de kapsar.

Kişileri fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal tüm boyutları ile ele alan aile hekimleri bu modeli tüm hastalara yaymayı amaçladıkları bakım türü için yol gösterici bir ilke olarak benimserler. Birinci basamağa hastalarının genellikle yeterince tanımlanmamış, farklılaşmamış sorunlarla başvurduğu gerçeği göz önüne alındığında bunun oldukça önemli olduğu görülür. Kişiler yeni bir semptomla geldiğinde tüm boyutları ile ele alınarak sorunun kaynağı araştırıldığında doğru bir tanı ve tedavi sürecine başlamak mümkün olacaktır (45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya, Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26/04/23 tarihli 3517 no'lu etik kurul onayı ile başlanmıştır. Etik kurul onam formu Ek-1'de yer almaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Hazırlanılan anket formu 01.10.2023-31.12.2023 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Hastanesi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi ve Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde eğitim alan aile hekimliği asistanlarına uygulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma Ankara'da eğitim alan tam zamanlı ve yarı zamanlı aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri kapsamında yer alan özelliklere bakış açısını araştıran mix tip çalışmadır. İlk iki bölüm tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma dizaynına sahipken son bölüm kalitatif çalışma özelliğindedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Ankara'da eğitim alan aile hekimliği asistanları oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anket formu uygulanmıştır. Çalışmaya Ankara'da aile hekimliği uzmanlığı eğitimi almayan hekimler dahil edilmeyecektir. Ankara'da görev yapan asistan hekim sayısı tahmini 550 civarında olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflendiğinden örneklem alınmamıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri; Ankara'da Aile Hekimliği branşında eğitim alan tam zamanlı ve sözleşmeli asistan hekimler.

Araştırmaya dahil edilmeyecek kişi ve gruplar; Ankara’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan kendi isteği ile çalışmadan çıkmak isteyen hekimler.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen çalışmada araştırmacılar tarafından tasarlanarak hazırlanan anket formu (EK-2); gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere yardımcı araştırmacı ve sorumlu araştırmacı tarafından Ankara’ da farklı hastanelerde eğitim alan tam zamanlı ve sözleşmeli aile hekimliği asistanları ziyaret edilerek yüz yüze anket uygulama yöntemi ve online anket uygulama yöntemi ile yapılmıştır. Bireylere anket öncesinde çalışma hakkında bilgi verilmiştir.

Uygulanan anket formunun başında katılımcılara aile hekimliğinin on iki temel özelliği ve bağlı oldukları çekirdek yeterlilikler ilgili kısaca yazılı bilgi verilmiştir. WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü) Çekirdek Yeterlilikleri baz alınarak hazırlanan anket formu üç bölümden oluşmaktadır: birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri sorgulanmış; ikinci bölümde aile hekimliğinin özelliklerinin kişilere göre önem durumu sorulmuş; son bölümde ise eklenmesini istedikleri, çıkarılmasını istedikleri ve aile hekimliğine uygun bulup çalışma şartları nedeniyle uygulanamaz buldukları özellikler sorulmuş, sebeplerini açıklamaları için açık uçlu sorulara yer verilmiştir.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket çalışmasına dahil olan 452 asistan hekim den toplanan veriler düzenlenerek istatistiğe hazır hale getirilmiştir. İstatistiksel analiz için JASP 0.18.1 programı kullanılarak ilk iki kısma tanımlayıcı istatistik ve Pearson Ki Kare testi uygulanmış $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Açık uçlu soruların yer aldığı üçüncü bölüm ise araştırmacı tarafından yorumlanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Anket uygulamalarında kişinin o anki duygu durumunun verdiği cevaplara etki edebildiğinden tam manada objektif olunamaması çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır. Anket doldurmaktan hoşlanmayan hekimler veya yoğun iş temposuna sahip hekimler

sorulara rastgele (ilk seçenekleri işaretleme, okumadan tümüne yüksek puan verme gibi) cevaplar verebilmektedir.

Çalışma aile hekimliği özelliklerine asistan hekimlerin bakışını ve aile hekimliği zelliklerinin Türkiye’de uygulanabilirliğini araştırmış ancak Ankara ilinde sınırlı kalmıştır.

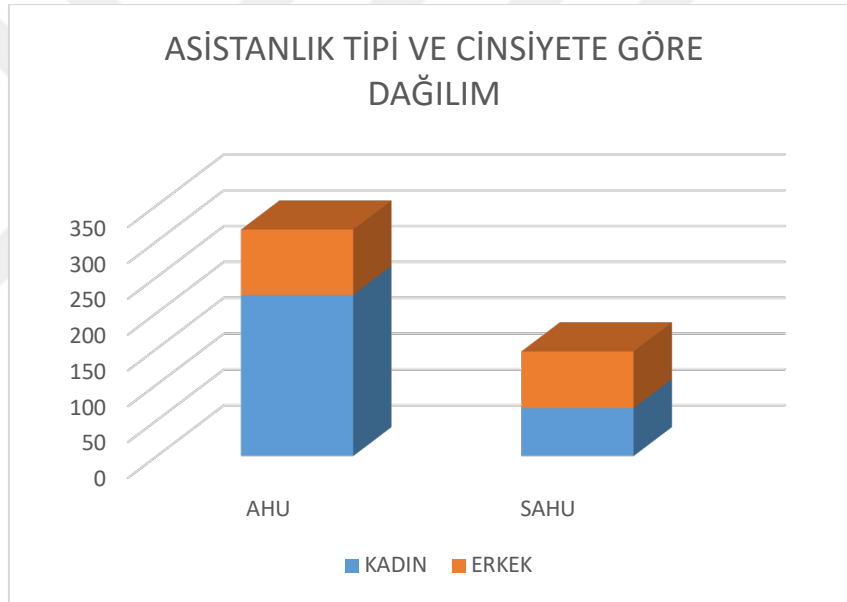


4. BULGULAR

Bu çalışmada Ankara ilinde farklı kurumlarda eğitim almakta olan tam zamanlı ve sözleşmeli aile hekimlerine Aile Hekimliği Özellikleri hakkında fikirleri sorulmuş, toplam 452 katılımcıya ulaşılmıştır.

4.1. DEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya Ankara ilinde asistanlık eğitimi alan 306(67,70%) tam zamanlı aile hekimliği asistanı ve 146(32,30%) Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) asistanı olmak üzere toplamda 452 asistan hekim katıldı. Katılımcıların %61,94'ü (n=280) kadın, %38,05'i (n=172) erkekti.



Şekil 2. Asistanlık tipi ve Cinsiyete göre Dağılım

Çalışmaya katılan hekimler 24-59 yaş aralığında olup yaş ortalaması $31,97 \pm 7,05$ olarak hesaplandı. Katılımcılar yaşa göre 24-29 yaş ile 30 yaş ve üzeri olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Katılımcıların hekimlik mesleğinde ortalama çalışma yılı $7,08 \pm 6,80$ yıl olarak hesaplandı. Meslek hayatındaki toplam çalışma yılına göre 1-4 yıl ile 5 yıl ve üzeri olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Katılımcıların Aile Hekimliği branşında çalışma süreleri ortalama $3,88 \pm 3,71$ yıldır. Aile hekimliğinde çalışma yılına göre 1-3 yıl ile 4 yıl ve üzeri olmak üzere 2 kategoride incelenmiştir. Bu kategorilere ait sayısal veriler Tablo 1 ve 2 de gösterilmiştir:

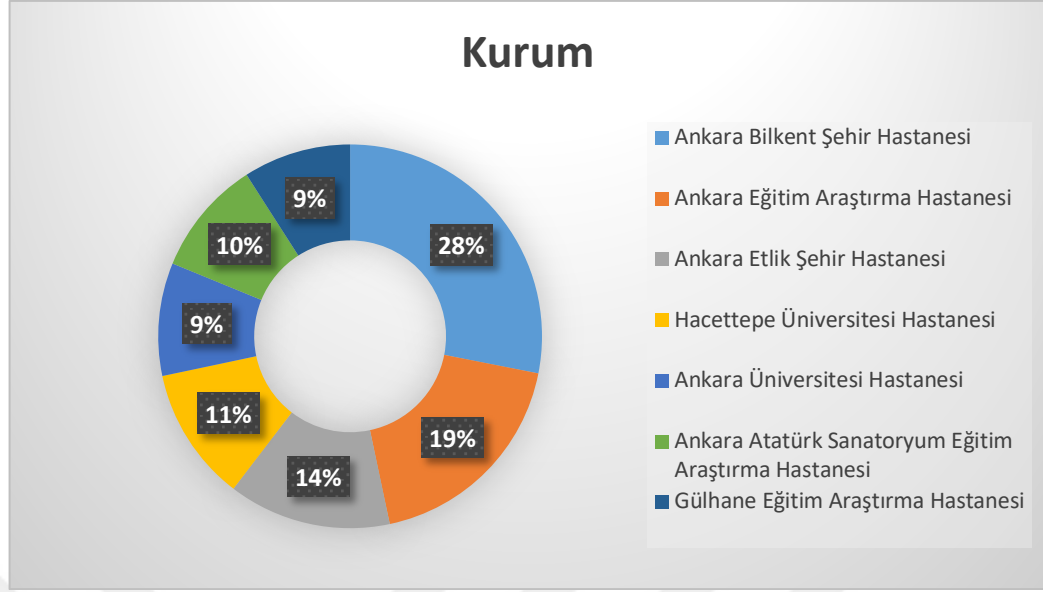
Tablo 1. Yaş, meslek ve aile hekimliğinde geçirilen yıl tanımlayıcı istatistikleri

Özellik	Mean	Std. Deviation	Median	IQR	Minimum	Maximum
Yaş	31,973	7,045	29	6	24	59
Meslekte yıl	7,084	6,798	4	5	1	32
Aile Hekimliğinde Yıl	3,883	3,712	3	2	1	20

Tablo 2. Yaş, meslek ve aile hekimliğinde geçirilen yıla ait kategorize edilmiş veriler

Yaş	n (%)
24-30 yaş	229 (50,66)
30 yaş ve üzeri	223 (49,33)
Meslekte Yıl	n (%)
1-4 yıl	229 (50,66)
5 yıl ve üzeri	223 (49,33)
Aile Hekimliğinde Yıl	n (%)
1-3 Yıl	324 (71,68)
4 yıl ve üzeri	128 (28,31)

Çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden 127, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 84, Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nden 62, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden 51, Ankara Üniversitesi Hastanesi'nden 43, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 44, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 41 kişi olmak üzere Ankara 'da eğitim alan toplam 452 asistan hekim dahil olmuştur. Eğitim alınan kuruma göre dağılımı Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Çalışılan Kurumlara göre Dağılım

4.2. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNİN PUANLAMASI

Çalışmaya katılan hekimlerden Aile Hekimliği'nin on iki özelliğini 1 önemsiz 5 çok önemli olacak şekilde 1 ile 5 arasında puanlamaları istendi. Verilen puanların ortalaması alındığında en yüksek ortalamaya sahip özellikler: “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme”, “Sağlık ve İyiliğin Teşviki” ve “Doktor- Hasta İlişkisi” olmuştur. Verilen puanların ortalamasına ilişkin veriler tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Aile Hekimliği Özellikleri Puanlamasına Ait Ortalama ve Standart Sapma

Aile Hekimliği Özellikleri	Ortalama ± Standart Sapma
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	4,407±0,950
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	4,356±0,960
Doktor-Hasta İlişkisi	4,334±0,938
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	4,305±0,946
Süreklilik	4,283±0,978
Biyopsikososyal Yaklaşım	4,270±0,980
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	4,265±0,970
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	4,243±0,964
Hastayla Ortak Karar Verme	4,157±1,036
Koordinasyon ve Savunuculuk	4,128±1,021
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme	4,022±1,080
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	4,011±1,105

“İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” %64,38 (n=265) oranında en yüksek puan (5 puan) verilen özellik olmuştur. “Sağlık ve İyiliğin Teşviki” %60,17 (n=272) oranında en yüksek puanlanan ikinci, “Doktor-Hasta İlişkisi” ise %58,62 (n=265) oranında 5 puan olarak en yüksek puanlı üçüncü özellik olmuştur. En az sayıda 5 puan verilenler ise Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme %44,02 (n=199) ve İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme %44,24 (n=200) olmuştur. 12 özelliğin 1-5 arasında aldığı puanlar Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

Özellik		1	2	3	4	5
Hasta ve Ortama Dayalı Olma	Sayı(n)	7	12	76	98	259
	Yüzde (%)	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30
Doktor- Hasta İlişkisi	Sayı(n)	6	16	64	101	265
	Yüzde (%)	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63
Süreklilik	Sayı(n)	9	17	65	107	254
	Yüzde (%)	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20
Toplum Sağlığından Sorumlu Olma	Sayı(n)	8	17	69	111	247
	Yüzde (%)	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	Sayı(n)	13	39	78	122	200
	Yüzde (%)	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme	Sayı(n)	12	33	87	121	199
	Yüzde (%)	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	Sayı(n)	7	20	66	122	237
	Yüzde (%)	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	Sayı(n)	9	18	48	105	272
	Yüzde (%)	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	Sayı(n)	8	18	47	88	291
	Yüzde (%)	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38
Koordinasyon ve Savunuculuk	Sayı(n)	9	25	81	121	216
	Yüzde (%)	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79
Biyopsikososyal Yaklaşım	Sayı(n)	7	25	55	117	248
	Yüzde (%)	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87
Hastayla Ortak Karar Verme	Sayı(n)	9	28	74	113	228
	Yüzde (%)	1,99	6,20	16,37	25	50,44

12 özelliğe verilen puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın hekimlerden “Süreklilik” ilkesine yüksek puan verenlerin sayısı erkek hekimlere göre anlamlı derecede yüksektir (p=0,026). Kadın hekimlerden “Sağlık ve İyiğün Teşviki” ilkesine yüksek puan verenlerin sayısı erkek hekimlere göre anlamlı derecede yüksektir (p=0,020). Kadın hekimlerden “Koordinasyon ve Savunuculuk” ilkesine yüksek puan verenlerin sayısı erkek hekimlere göre anlamlı derecede yüksektir (p=0,012). Diğer özellikler arasında cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cinsiyete göre on iki özelliğe verilen puanlar Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Cinsiyete göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Cinsiyet	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	Kadın	Sayı	3	8	44	52	173	280	0,108
		%	1,07	2,86	15,71	18,57	61,79	100	
	Erkek	Sayı	4	4	32	46	86	172	
		%	2,33	2,33	18,61	26,74	50,00	100	
	Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452	
		%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100	
Doktor-Hasta İlişkisi	Kadın	Sayı	3	8	36	60	173	280	0,442
		%	1,07	2,86	12,86	21,43	61,79	100	
	Erkek	Sayı	3	8	28	41	92	172	
		%	1,74	4,65	16,28	23,84	53,49	100	
	Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452	
		%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100	
Süreklilik	Kadın	Sayı	3	8	42	57	170	280	0,026
		%	1,07	2,86	15,00	20,36	60,71	100	
	Erkek	Sayı	6	9	23	50	84	172	
		%	3,49	5,23	13,37	29,07	48,84	100	
	Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452	
		%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 5. (devam) Cinsiyete göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Cinsiyet	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
İnsidans ve Prevalansa Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	Kadın	Sayı	5	5	41	67	162	280	0,053
		%	1,79	1,79	14,64	23,93	57,86	100	
	Erkek	Sayı	3	12	28	44	85	172	
		%	1,74	6,98	16,28	25,58	49,42	100	
	Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452	
		%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	Kadın	Sayı	6	22	47	72	133	280	0,382
		%	2,14	7,86	16,79	25,71	47,50	100	
	Erkek	Sayı	7	17	31	50	67	172	
		%	4,07	9,88	18,02	29,07	38,95	100	
	Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452	
		%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	Kadın	Sayı	6	23	46	76	129	280	0,254
		%	2,14	8,21	16,43	27,14	46,07	100	
	Erkek	Sayı	6	10	41	45	70	172	
		%	3,49	5,81	23,84	26,16	40,70	100	
	Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452	
		%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100	
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	Kadın	Sayı	3	9	40	71	157	280	0,188
		%	1,07	3,21	14,29	25,36	56,07	100	
	Erkek	Sayı	4	11	26	51	80	172	
		%	2,33	6,40	15,12	29,65	46,51	100	
	Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452	
		%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	Kadın	Sayı	4	9	28	54	185	280	0,020
		%	1,43	3,21	10,00	19,29	66,07	100	
	Erkek	Sayı	5	9	20	51	87	172	
		%	2,91	5,23	11,63	29,65	50,58	100	
	Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452	
		%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 5. (devam) Cinsiyete göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Cinsiyet	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	Kadın	Sayı	4	7	28	50	191	280	0,120
		%	1,43	2,50	10,00	17,86	68,21	100	
	Erkek	Sayı	4	11	19	38	100	172	
		%	2,33	6,40	11,05	22,09	58,14	100	
	Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452	
		%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	Kadın	Sayı	5	9	50	68	148	280	0,012
		%	1,79	3,21	17,86	24,29	52,86	100	
	Erkek	Sayı	4	16	31	53	68	172	
		%	2,33	9,30	18,02	30,81	39,54	100	
	Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452	
		%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	Kadın	Sayı	4	12	31	66	167	280	0,114
		%	1,43	4,29	11,07	23,57	59,64	100	
	Erkek	Sayı	3	13	24	51	81	172	
		%	1,74	7,56	13,95	29,65	47,09	100	
	Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452	
		%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	Kadın	Sayı	4	16	43	67	150	280	0,452
		%	1,43	5,71	15,36	23,93	53,57	100	
	Erkek	Sayı	5	12	31	46	78	172	
		%	2,91	6,98	18,02	26,74	45,35	100	
	Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452	
		%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100	

Pearson Ki-Kare

12 özelliğe verilen puanlara göre Tam Zamanlı Aile Hekimliği Asistanları ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar (SAHU) kıyaslandığında “Süreklilik” dışında bütün özellikler açısından anlamlı fark bulunmuştur. SAHU asistanları ve tam zamanlı aile hekimliği asistanları “Süreklilik” için benzer bir puanlama yaparken diğer tüm özelliklere tam zamanlı asistanlar daha yüksek puanlar vermiştir. “Hasta ve Ortama Dayalı Olması”, “Doktor- Hasta İlişkisi”, “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ve “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme” ilkelerine ait p değerleri <0,001 bulunmuş olup asistanlık şekline göre en anlamlı puanlama farkı bulunan özelliklerdir. Asistanlık şekline göre on iki özelliğe verilen puanlar Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Asistanlık Tipine Göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Asistanlık Tipi	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	AHU	Sayı	3	3	43	67	190	306	< ,001
		%	0,98	0,98	14,05	21,90	62,09	100	
	SAHU	Sayı	4	9	33	31	69	146	
		%	2,74	6,16	22,60	21,23	47,26	100	
	Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452	
		%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100	
Doktor- Hasta İlişkisi	AHU	Sayı	2	3	39	76	186	306	< ,001
		%	0,65	0,98	12,75	24,84	60,78	100	
	SAHU	Sayı	4	13	25	25	79	146	
		%	2,74	8,90	17,12	17,12	54,11	100	
	Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452	
		%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100	
Süreklilik	AHU	Sayı	5	8	45	71	177	306	0,338
		%	1,63	2,61	14,71	23,20	57,84	100	
	SAHU	Sayı	4	9	20	36	77	146	
		%	2,74	6,16	13,70	24,66	52,74	100	
	Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452	
		%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100	
İnsidans ve Prevalansa Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	AHU	Sayı	5	4	37	83	177	306	< ,001
		%	1,63	1,31	12,09	27,12	57,84	100	
	SAHU	Sayı	3	13	32	28	70	146	
		%	2,06	8,90	21,92	19,18	47,95	100	
	Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452	
		%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	AHU	Sayı	5	17	50	87	147	306	< ,001
		%	1,63	5,56	16,34	28,43	48,04	100	
	SAHU	Sayı	8	22	28	35	53	146	
		%	5,48	15,07	19,18	23,97	36,30	100	
	Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452	
		%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	AHU	Sayı	5	18	53	89	141	306	0,027
		%	1,63	5,88	17,32	29,09	46,08	100	
	SAHU	Sayı	7	15	34	32	58	146	
		%	4,80	10,27	23,29	21,92	39,73	100	
	Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452	
		%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 6. (devam) Asistanlık Tipine Göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Asistanlık Tipi	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	AHU	Sayı	4	7	42	78	175	306	0,004
		%	1,31	2,29	13,73	25,49	57,19	100	
	SAHU	Sayı	3	13	24	44	62	146	
		%	2,06	8,90	16,44	30,14	42,47	100	
	Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452	
		%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100	
Sağlık ve İyiliğin Tesviki	AHU	Sayı	4	10	26	69	197	306	0,034
		%	1,31	3,27	8,50	22,55	64,38	100	
	SAHU	Sayı	5	8	22	36	75	146	
		%	3,43	5,48	15,07	24,66	51,37	100	
	Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452	
		%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100	
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	AHU	Sayı	5	9	27	55	210	306	0,070
		%	1,63	2,94	8,82	17,97	68,63	100	
	SAHU	Sayı	3	9	20	33	81	146	
		%	2,06	6,16	13,70	22,60	55,48	100	
	Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452	
		%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	AHU	Sayı	5	8	57	87	149	306	0,002
		%	1,63	2,61	18,63	28,43	48,69	100	
	SAHU	Sayı	4	17	24	34	67	146	
		%	2,74	11,64	16,44	23,29	45,89	100	
	Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452	
		%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	AHU	Sayı	4	11	33	80	178	306	0,038
		%	1,31	3,60	10,78	26,14	58,17	100	
	SAHU	Sayı	3	14	22	37	70	146	
		%	2,06	9,59	15,07	25,34	47,95	100	
	Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452	
		%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	AHU	Sayı	4	11	48	81	162	306	0,005
		%	1,31	3,60	15,69	26,47	52,94	100	
	SAHU	Sayı	5	17	26	32	66	146	
		%	3,43	11,64	17,81	21,92	45,21	100	
	Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452	
		%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100	

Pearson Ki-Kare

Anket çalışmasına 24-59 yaş aralığında toplam 452 kişi katılmış olup katılımcılar arasından 24-29 yaş ve 30-59 yaş şeklinde iki ayrı grup oluşturularak bu gruplar on iki özelliğe verdikleri puanlara göre kıyaslanmıştır. 24-30 yaş grubu hekimler “Doktor- Hasta İlişkisi” ne çok daha yüksek puanlar vermiştir ($p<0.001$). “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ilkesi de 24-29 yaş grubu hekimler tarafından 30 yaş ve üzerine göre daha önemli olarak değerlendirilmiştir ($p=0,008$). Diğer özellikler açısından yaş gruplarına göre anlamlı fark saptanmamıştır. Yaş kategorilerine göre on iki özelliğe verilen puanlar Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Yaşa göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Yaş	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	24-29 yaş	Sayı	2	2	33	52	140	229	0,042
		%	0,87	0,87	14,41	22,71	61,14	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	5	10	43	46	119	223	
		%	2,24	4,48	19,28	20,63	53,36	100	
	Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452	
		%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100	
Doktor- Hasta İlişkisi	24-29 yaş	Sayı	1	1	31	60	136	229	< ,001
		%	0,44	0,44	13,54	26,20	59,39	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	5	15	33	41	129	223	
		%	2,24	6,73	14,80	18,39	57,85	100	
	Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452	
		%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100	
Süreklilik	24-29 yaş	Sayı	3	6	36	58	126	229	0,417
		%	1,31	2,62	15,72	25,33	55,02	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	6	11	29	49	128	223	
		%	2,69	4,93	13,00	21,97	57,40	100	
	Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452	
		%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 7. (devam) Yaşa göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Yaş	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	24-29 yaş	Sayı	2	5	27	68	127	229	0,008
		%	0,87	2,18	11,79	29,69	55,46	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	6	12	42	43	120	223	
		%	2,69	5,38	18,83	19,28	53,81	100	
	Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452	
		%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	24-29 yaş	Sayı	4	15	40	65	105	229	0,417
		%	1,75	6,55	17,47	28,38	45,85	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	9	24	38	57	95	223	
		%	4,04	10,76	17,04	25,56	42,60	100	
	Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452	
		%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	24-29 yaş	Sayı	4	16	41	67	101	229	0,556
		%	1,75	6,99	17,90	29,26	44,11	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	8	17	46	54	98	223	
		%	3,59	7,62	20,63	24,22	43,95	100	
	Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452	
		%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100	
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	24-29 yaş	Sayı	3	6	33	60	127	229	0,341
		%	1,31	2,62	14,41	26,20	55,46	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	4	14	33	62	110	223	
		%	1,79	6,28	14,80	27,80	49,33	100	
	Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452	
		%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	24-29 yaş	Sayı	3	5	21	56	144	229	0,156
		%	1,31	2,18	9,17	24,45	62,88	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	6	13	27	49	128	223	
		%	2,69	5,83	12,11	21,97	57,40	100	
	Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452	
		%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 7. (devam) Yaşa göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Yaş	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	24-29 yaş	Sayı	4	6	23	39	157	229	0,298
		%	1,75	2,62	10,04	17,03	68,56	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	4	12	24	49	134	223	
		%	1,79	5,38	10,76	21,97	60,09	100	
	Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452	
		%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	24-29 yaş	Sayı	3	8	41	70	107	229	0,127
		%	1,31	3,49	17,90	30,57	46,73	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	6	17	40	51	109	223	
		%	2,69	7,62	17,94	22,87	48,88	100	
	Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452	
		%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100	
Biyopsikosozyal Yaklaşım	24-29 yaş	Sayı	3	9	29	59	129	229	0,627
		%	1,31	3,93	12,66	25,76	56,33	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	4	16	26	58	119	223	
		%	1,79	7,18	11,66	26,01	53,36	100	
	Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452	
		%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	24-29 yaş	Sayı	3	10	41	64	111	229	0,183
		%	1,31	4,37	17,90	27,95	48,47	100	
	30 Yaş ve üzeri	Sayı	6	18	33	49	117	223	
		%	2,69	8,07	14,80	21,97	52,47	100	
	Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452	
		%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100	

Pearson Ki-Kare

Çalışmaya katılan kişiler hekimlik mesleğinde çalışma yıllarına göre 1-4 yıl arası çalışanlar ve 5 yıl ve daha uzun süredir çalışanlar olarak gruplandırılmış ve on iki özelliğe verdikleri puanlara göre kıyaslanmıştır. 5 yıldan daha kısa süredir hekimlik yapan katılımcıların “Doktor- Hasta İlişkisi” ($p=0,010$) ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ($p=0,07$) ilkelerine daha yüksek puanlar verdiği görülmüştür. Diğer özellikler bakımından her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur. Meslekte çalışma yılına göre aile hekimliği özelliklerine verilen puanlarla ilgili veriler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Meslekte Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Meslekte Yıl	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	1-4 Yıl	Sayı	3	4	35	55	132	229	0,488
		%	1,31	1,75	15,28	24,02	57,64	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	4	8	41	43	127	223	
		%	1,79	3,59	18,39	19,28	56,95	100,00	
	Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452	
		%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100,00	
Doktor- Hasta İlişkisi	1-4 Yıl	Sayı	2	3	31	63	130	229	0,010
		%	0,87	1,31	13,54	27,51	56,77	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	4	13	33	38	135	223	
		%	1,79	5,83	14,80	17,04	60,54	100,00	
	Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452	
		%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100,00	
Süreklilik	1-4 Yıl	Sayı	4	8	38	58	121	229	0,513
		%	1,75	3,49	16,59	25,33	52,84	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	5	9	27	49	133	223	
		%	2,24	4,04	12,11	21,97	59,64	100,00	
	Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452	
		%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100,00	
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	1-4 Yıl	Sayı	4	6	28	72	119	229	0,007
		%	1,75	2,62	12,23	31,44	51,97	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	4	11	41	39	128	223	
		%	1,79	4,93	18,39	17,49	57,40	100,00	
	Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452	
		%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100,00	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	1-4 Yıl	Sayı	6	16	43	64	100	229	0,668
		%	2,62	6,99	18,78	27,95	43,67	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	7	23	35	58	100	223	
		%	3,14	10,31	15,70	26,01	44,84	100,00	
	Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452	
		%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100,00	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	1-4 Yıl	Sayı	6	16	45	69	93	229	0,510
		%	2,62	6,99	19,65	30,13	40,61	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	6	17	42	52	106	223	
		%	2,69	7,62	18,83	23,32	47,53	100,00	
	Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452	
		%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100,00	

Pearson Ki-Kare

Tablo 8. (devam) Meslekte Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Meslekte Yıl	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	1-4 Yıl	Sayı	4	8	36	60	121	229	0,818
		%	1,75	3,49	15,72	26,20	52,84	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	3	12	30	62	116	223	
		%	1,35	5,38	13,45	27,80	52,02	100,00	
	Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452	
		%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100,00	
Sağlık ve İyiliğin Tesviki	1-4 Yıl	Sayı	4	8	22	57	138	229	0,841
		%	1,75	3,49	9,61	24,89	60,26	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	5	10	26	48	134	223	
		%	2,24	4,48	11,66	21,53	60,09	100,00	
	Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452	
		%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100,00	
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları İle İlgilenme	1-4 Yıl	Sayı	5	7	25	43	149	229	0,788
		%	2,18	3,06	10,92	18,78	65,07	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	3	11	22	45	142	223	
		%	1,35	4,93	9,87	20,18	63,68	100,00	
	Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452	
		%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100,00	
Koordinasyon ve Savunuculuk	1-4 Yıl	Sayı	4	10	44	69	102	229	0,320
		%	1,75	4,37	19,21	30,13	44,54	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	5	15	37	52	114	223	
		%	2,24	6,73	16,59	23,32	51,12	100,00	
	Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452	
		%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100,00	
Biyopsikososyal Yaklaşım	1-4 Yıl	Sayı	5	10	29	60	125	229	0,651
		%	2,18	4,37	12,66	26,20	54,59	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	2	15	26	57	123	223	
		%	0,90	6,73	11,66	25,56	55,16	100,00	
	Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452	
		%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100,00	
Hastayla Ortak Karar Verme	1-4 Yıl	Sayı	4	11	40	63	111	229	0,484
		%	1,75	4,80	17,47	27,51	48,47	100,00	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	5	17	34	50	117	223	
		%	2,24	7,62	15,25	22,42	52,47	100,00	
	Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452	
		%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100,00	

Pearson Ki-Kare

Çalışmaya katılan hekimler Aile Hekimliği branşında çalışma yıllarına göre 1-3 yıl arası çalışanlar ile 4 yıl ve daha uzun süre çalışanlar olarak ikiye ayrılarak aile hekimliği özelliklerine verdikleri puanlara göre kıyaslanmıştır. 4 yıldan daha kısa süredir aile hekimliği yapan katılımcıların “Doktor- Hasta İlişkisi” (p=0,033) ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” (p=0,05) ilkelerine daha yüksek puanlar verdiği görülmüştür. Diğer özellikler açısından iki grup arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Aile Hekimi olarak çalışma yıllarına göre Aile Hekimliği özelliklerine verilen puanlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Aile Hekimliğinde Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özelliklerinin Puanlaması

	Aile Hekimliği'nde Yıl	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	1-3 Yıl	Sayı	4	5	51	73	191	324	0,101
		%	1,24	1,54	15,74	22,53	58,95	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	3	7	25	25	68	128	
		%	2,34	5,47	19,53	19,53	53,13	100	
	Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452	
	%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100		
Doktor- Hasta İlişkisi	1-3 Yıl	Sayı	2	8	44	79	191	324	0,033
		%	0,62	2,47	13,58	24,38	58,95	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	4	8	20	22	74	128	
		%	3,13	6,25	15,63	17,19	57,81	100	
	Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452	
	%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100		
Süreklilik	1-3 Yıl	Sayı	6	11	47	81	179	324	0,815
		%	1,85	3,40	14,51	25,00	55,25	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	3	6	18	26	75	128	
		%	2,34	4,69	14,06	20,31	58,59	100	
	Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452	
	%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 9. (devam) Aile Hekimliğinde Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özelliklerinin Puanlaması

	Aile Hekimliği'nde Yıl	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	1-3 Yıl	Sayı	7	10	39	90	178	324	0,005
		%	2,16	3,09	12,04	27,78	54,94	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	1	7	30	21	69	128	
		%	0,78	5,47	23,44	16,41	53,91	100	
	Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452	
		%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	1-3 Yıl	Sayı	8	22	54	97	143	324	0,060
		%	2,47	6,79	16,67	29,94	44,14	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	5	17	24	25	57	128	
		%	3,91	13,28	18,75	19,53	44,53	100	
	Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452	
		%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	1-3 Yıl	Sayı	7	21	62	92	142	324	0,517
		%	2,16	6,48	19,14	28,40	43,83	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	5	12	25	29	57	128	
		%	3,91	9,38	19,53	22,66	44,53	100	
	Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452	
		%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100	
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	1-3 Yıl	Sayı	4	12	46	88	174	324	0,633
		%	1,24	3,70	14,20	27,16	53,70	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	3	8	20	34	63	128	
		%	2,34	6,25	15,63	26,56	49,22	100	
	Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452	
		%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	1-3 Yıl	Sayı	6	11	30	80	197	324	0,377
		%	1,85	3,40	9,26	24,69	60,80	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	3	7	18	25	75	128	
		%	2,34	5,47	14,06	19,53	58,59	100	
	Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452	
		%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 9. (devam) Aile Hekimliğinde Çalışma Yılına göre Aile Hekimliği Özelliklerinin Puanlaması

	Aile Hekimliği'nde Yıl	Sayı / %	1	2	3	4	5	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	1-3 Yıl	Sayı	6	12	30	65	211	324	0,736
		%	1,85	3,70	9,26	20,06	65,12	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	2	6	17	23	80	128	
		%	1,56	4,69	13,28	17,97	62,50	100	
	Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452	
		%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	1-3 Yıl	Sayı	7	13	58	94	152	324	0,122
		%	2,16	4,01	17,90	29,01	46,91	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	2	12	23	27	64	128	
		%	1,56	9,38	17,97	21,09	50,00	100	
	Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452	
		%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	1-3 Yıl	Sayı	5	16	35	91	177	324	0,327
		%	1,54	4,94	10,80	28,09	54,63	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	2	9	20	26	71	128	
		%	1,56	7,03	15,63	20,31	55,47	100	
	Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452	
		%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	1-3 Yıl	Sayı	6	14	56	88	160	324	0,048
		%	1,85	4,32	17,28	27,16	49,38	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	3	14	18	25	68	128	
		%	2,34	10,94	14,06	19,53	53,13	100	
	Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452	
		%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100	

Pearson Ki-Kare

Aile hekimliği özelliklerine verilen puanlar katılımcıların eğitim aldığı hastanelere göre kıyaslandığında “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme” ($p=0,031$) ve “Koordinasyon ve Savunuculuk” ($p= 0,026$) Ankara Üniversitesi Hastanesi’nde eğitim alan hekimlerce diğer kurumlara göre anlamlı ölçüde düşük puanlandırılmıştır.

“Biyopsikososyal Yaklaşım” Ankara Üniversitesi Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan hekimlerce diğer kurumlara göre düşük puanlar alırken Ankara Eğitim Araştırma ve Etlik Şehir Hastanesi’nde en yüksek puanları almıştır($p=0,036$). Kurumlara göre verilen puanlara ilişkin sonuçlar Tablo 10’da listelenmiştir.

Tablo 10. Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	5	5	13	23	81	127	0,19
		%	3,94	3,94	10,24	18,11	63,78	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	3	16	16	49	84	
		%	0,00	3,57	19,05	19,05	58,33	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	0	11	15	36	62	
		%	0,00	0,00	17,74	24,19	58,07	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	1	11	13	26	51	
		%	0,00	1,96	21,57	25,49	50,98	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	1	12	9	21	43	
		%	0,00	2,33	27,91	20,93	48,84	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	1	3	10	29	44	
		%	2,27	2,27	6,82	22,73	65,91	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	1	10	12	17	41	
		%	2,44	2,44	24,39	29,27	41,46	100	
Toplam	Sayı	7	12	76	98	259	452		
	%	1,55	2,66	16,81	21,68	57,30	100		
Doktor- Hasta İlişkisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	3	5	15	23	81	127	0,144
		%	2,36	3,94	11,81	18,11	63,78	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	3	17	15	49	84	
		%	0,00	3,57	20,24	17,86	58,33	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	0	12	11	39	62	
		%	0,00	0,00	19,36	17,74	62,90	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	2	6	16	27	51	
		%	0,00	3,92	11,77	31,37	52,94	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	3	5	11	24	43	
		%	0,00	6,98	11,63	25,58	55,81	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	0	2	13	27	44	
		%	4,55	0,00	4,55	29,55	61,36	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	3	7	12	18	41	
		%	2,44	7,32	17,07	29,27	43,90	100	
Toplam	Sayı	6	16	64	101	265	452		
	%	1,33	3,54	14,16	22,35	58,63	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 10. (devam) Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
Süreklilik	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	4	5	14	27	77	127	0,196
		%	3,15	3,94	11,02	21,26	60,63	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	1	15	15	52	84	
		%	1,19	1,19	17,86	17,86	61,91	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	1	12	12	36	62	
		%	1,61	1,61	19,36	19,36	58,07	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	5	4	16	25	51	
		%	1,96	9,80	7,84	31,37	49,02	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	3	3	15	22	43	
		%	0,00	6,98	6,98	34,88	51,16	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	0	7	12	24	44	
		%	2,27	0,00	15,91	27,27	54,55	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	2	10	10	18	41	
		%	2,44	4,88	24,39	24,39	43,90	100	
Toplam	Sayı	9	17	65	107	254	452		
	%	1,99	3,76	14,38	23,67	56,20	100		
Toplumun Sağlığundan Sorumlu Olma	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	4	2	20	30	71	127	0,795
		%	3,15	1,58	15,75	23,62	55,91	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	4	13	15	52	84	
		%	0,00	4,76	15,48	17,86	61,91	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	1	8	15	38	62	
		%	0,00	1,61	12,90	24,19	61,29	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	2	3	8	16	22	51	
		%	3,92	5,88	15,69	31,37	43,14	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	3	5	11	23	43	
		%	2,33	6,98	11,63	25,58	53,49	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	2	8	12	22	44	
		%	0,00	4,55	18,18	27,27	50,00	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	2	7	12	19	41	
		%	2,44	4,88	17,07	29,27	46,34	100	
Toplam	Sayı	8	17	69	111	247	452		
	%	1,77	3,76	15,27	24,56	54,65	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 10. (devam) Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	6	5	16	38	62	127	0,031
		%	4,72	3,94	12,60	29,92	48,82	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	8	13	21	42	84	
		%	0,00	9,52	15,48	25,00	50,00	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	2	11	19	29	62	
		%	1,61	3,23	17,74	30,65	46,77	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	8	12	8	22	51	
		%	1,96	15,69	23,53	15,69	43,14	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	5	9	18	10	43	
		%	2,33	11,63	20,93	41,86	23,26	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	3	5	6	12	18	44	
		%	6,82	11,36	13,64	27,27	40,91	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	6	11	6	17	41	
		%	2,44	14,63	26,83	14,63	41,46	100	
Toplam	Sayı	13	39	78	122	200	452		
	%	2,88	8,63	17,26	26,99	44,25	100		
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	6	9	22	31	59	127	0,087
		%	4,72	7,09	17,32	24,41	46,46	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	7	16	13	46	84	
		%	2,38	8,33	19,05	15,48	54,76	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	4	13	13	31	62	
		%	1,61	6,45	20,97	20,97	50,00	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	5	9	17	20	51	
		%	0,00	9,80	17,65	33,33	39,22	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	5	10	20	8	43	
		%	0,00	11,63	23,26	46,51	18,61	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	1	7	15	20	44	
		%	2,27	2,27	15,91	34,09	45,46	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	2	10	12	15	41	
		%	4,88	4,88	24,39	29,27	36,59	100	
Toplam	Sayı	12	33	87	121	199	452		
	%	2,66	7,30	19,25	26,77	44,03	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 10. (devam) Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	3	6	18	28	72	127	0,343
		%	2,36	4,72	14,17	22,05	56,69	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	3	14	18	49	84	
		%	0,00	3,57	16,67	21,43	58,33	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	4	9	13	35	62	
		%	1,61	6,45	14,52	20,97	56,45	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	2	8	20	21	51	
		%	0,00	3,92	15,69	39,22	41,18	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	3	7	18	15	43	
		%	0,00	6,98	16,28	41,86	34,88	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	1	3	15	24	44	
		%	2,27	2,27	6,82	34,09	54,55	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	1	7	10	21	41	
		%	4,88	2,44	17,07	24,39	51,22	100	
Toplam	Sayı	7	20	66	122	237	452		
	%	1,55	4,43	14,60	26,99	52,43	100		
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	4	6	11	31	75	127	0,351
		%	3,15	4,72	8,66	24,41	59,06	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	3	12	16	52	84	
		%	1,19	3,57	14,29	19,05	61,91	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	2	7	10	42	62	
		%	1,61	3,23	11,29	16,13	67,74	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	3	5	18	25	51	
		%	0,00	5,88	9,80	35,29	49,02	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	0	6	12	25	43	
		%	0,00	0,00	13,95	27,91	58,14	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	1	0	9	32	44	
		%	4,55	2,27	0,00	20,46	72,73	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	3	7	9	21	41	
		%	2,44	7,32	17,07	21,95	51,22	100	
Toplam	Sayı	9	18	48	105	272	452		
	%	1,99	3,98	10,62	23,23	60,18	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 10. (devam) Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	4	4	11	24	84	127	0,79
		%	3,15	3,15	8,66	18,90	66,14	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	4	9	14	57	84	
		%	0,00	4,76	10,71	16,67	67,86	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	1	4	8	9	40	62	
		%	1,61	6,45	12,90	14,52	64,52	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	3	7	10	31	51	
		%	0,00	5,88	13,73	19,61	60,78	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	1	4	12	26	43	
		%	0,00	2,33	9,30	27,91	60,47	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	2	2	9	30	44	
		%	2,27	4,55	4,55	20,46	68,18	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	0	6	10	23	41	
		%	4,88	0,00	14,63	24,39	56,10	100	
Toplam	Sayı	8	18	47	88	291	452		
	%	1,77	3,98	10,40	19,47	64,38	100		
Koordinasyon ve Savunuculuk	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	6	3	15	38	65	127	0,026
		%	4,72	2,36	11,81	29,92	51,18	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	6	14	18	45	84	
		%	1,19	7,14	16,67	21,43	53,57	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	1	18	12	31	62	
		%	0,00	1,61	29,03	19,36	50,00	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	3	11	15	21	51	
		%	1,96	5,88	21,57	29,41	41,18	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	2	10	16	14	43	
		%	2,33	4,65	23,26	37,21	32,56	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	4	4	12	24	44	
		%	0,00	9,09	9,09	27,27	54,55	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	6	9	10	16	41	
		%	0,00	14,63	21,95	24,39	39,02	100	
Toplam	Sayı	9	25	81	121	216	452		
	%	1,99	5,53	17,92	26,77	47,79	100		

Pearson Ki-Kare

Tablo 10. (devam) Kuruma göre Aile Hekimliği Özellikleri Puanlaması

	Çalıştığımız Kurum		1	2	3	4	5	Toplam	p
Biyopsikososyal Yaklaşım	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	5	5	14	35	68	127	0,036
		%	3,94	3,94	11,02	27,56	53,54	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	6	13	12	53	84	
		%	0,00	7,14	15,48	14,29	63,10	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	3	7	13	39	62	
		%	0,00	4,84	11,29	20,97	62,90	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	2	5	22	22	51	
		%	0,00	3,92	9,80	43,14	43,14	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	5	6	14	18	43	
		%	0,00	11,63	13,95	32,56	41,86	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	0	4	12	26	44	
		%	4,55	0,00	9,09	27,27	59,09	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	4	6	9	22	41	
		%	0,00	9,76	14,63	21,95	53,66	100	
Toplam	Sayı	7	25	55	117	248	452		
	%	1,55	5,53	12,17	25,89	54,87	100		
Hastayla Ortak Karar Verme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	4	7	16	35	65	127	0,298
		%	3,15	5,51	12,60	27,56	51,18	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	5	14	11	53	84	
		%	1,19	5,95	16,67	13,10	63,10	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	0	4	8	18	32	62	
		%	0,00	6,45	12,90	29,03	51,61	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	1	3	10	17	20	51	
		%	1,96	5,88	19,61	33,33	39,22	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	4	8	14	17	43	
		%	0,00	9,30	18,61	32,56	39,54	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	3	6	12	22	44	
		%	2,27	6,82	13,64	27,27	50,00	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	2	12	6	19	41	
		%	4,88	4,88	29,27	14,63	46,34	100	
Toplam	Sayı	9	28	74	113	228	452		
	%	1,99	6,20	16,37	25,00	50,44	100		

Pearson Ki-Kare

4.3. EN ÖNEMLİ AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİĞİ SEÇİMİ

Yapılan ankette katılımcılardan aile hekimliği özelliklerinden en önemli buldukları üç özelliği seçmesi istenmiştir. 252 kişi “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme”, 178 kişi “Süreklilik”, 156 kişi “Biyopsikososyal Yaklaşım” ilkelerini en önemli üç özellik arasında saymıştır. En az tercih edilen özellikler ise “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme”, “Hastayla Ortak Karar Verme” ile “Koordinasyon ve Savunuculuk” olmuştur.

Tablo 11. Aile Hekimliği Özelliklerinin En Önemli Seçilme Sayısı

Aile Hekimliği Özellikleri	Önemli Sayısı
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	252
Süreklilik	178
Biyopsikososyal Yaklaşım	156
Doktor- Hasta İlişkisi	143
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	142
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	135
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme	98
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	81
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	80
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	31
Hastayla Ortak Karar Verme	27
Koordinasyon ve Savunuculuk	25

En önemli bulunan üç özellik seçimleri cinsiyete göre kıyaslandığında kadın cinsiyetin “Süreklilik “(p=0,033) ilkesine erkeklere göre daha fazla önem verdiği görülmüştür. “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme” ise erkek hekimler tarafından daha fazla oranda tercih edilmiştir(p=0,017). Kadın cinsiyet için de en çok tercih edilen özellik “Süreklilik” olurken erkek hekimler en çok “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” özelliğini seçmiştir. Cinsiyete göre yapılan seçimlere ait veriler Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Cinsiyete göre en önemli üç özellik

	Cinsiyet	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	Kadın	Sayı	44	280	0,119
		%	15,71	100	
	Erkek	Sayı	37	172	
		%	21,51	100	
	Toplam	Sayı	81	452	
		%	17,92	100	
Doktor-Hasta İlişkisi	Kadın	Sayı	83	280	0,245
		%	29,64	100	
	Erkek	Sayı	60	172	
		%	34,88	100	
	Toplam	Sayı	143	452	
		%	31,64	100	
Süreklilik	Kadın	Sayı	121	280	0,033
		%	43,21	100	
	Erkek	Sayı	57	172	
		%	33,14	100	
	Toplam	Sayı	178	452	
		%	39,38	100	
İnsidans ve Prevalansa Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	Kadın	Sayı	82	280	0,730
		%	29,29	100	
	Erkek	Sayı	53	172	
		%	30,81	100	
	Toplam	Sayı	135	452	
		%	29,87	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	Kadın	Sayı	13	280	0,017
		%	4,64	100	
	Erkek	Sayı	18	172	
		%	10,47	100	
	Toplam	Sayı	31	452	
		%	6,86	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	Kadın	Sayı	53	280	0,070
		%	18,93	100	
	Erkek	Sayı	45	172	
		%	26,16	100	
	Toplam	Sayı	98	452	
		%	21,68	100	

Pearson Ki Kare

Tablo 12. (devam) Cinsiyete göre en önemli üç özellik

	Cinsiyet	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	Kadın	Sayı	48	280	0,693
		%	17,14	100	
	Erkek	Sayı	32	172	
		%	18,61	100	
	Toplam	Sayı	80	452	
	%	17,70	100		
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	Kadın	Sayı	94	280	0,208
		%	33,57	100	
	Erkek	Sayı	48	172	
		%	27,91	100	
	Toplam	Sayı	142	452	
	%	31,42	100		
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	Kadın	Sayı	119	280	0,313
		%	42,50	100	
	Erkek	Sayı	81	172	
		%	47,37	100	
	Toplam	Sayı	200	452	
	%	44,35	100		
Koordinasyon ve Savunuculuk	Kadın	Sayı	15	280	0,837
		%	5,36	100	
	Erkek	Sayı	10	172	
		%	5,81	100	
	Toplam	Sayı	25	452	
	%	5,53	100		
Biyopsikososyal Yaklaşım	Kadın	Sayı	106	280	0,056
		%	37,86	100	
	Erkek	Sayı	50	172	
		%	29,07	100	
	Toplam	Sayı	156	452	
	%	34,51	100		
Hastayla Ortak Karar Verme	Kadın	Sayı	15	280	0,481
		%	5,36	100	
	Erkek	Sayı	12	172	
		%	6,98	100	
	Toplam	Sayı	27	452	
	%	5,97	100		

Pearson Ki Kare

Seçilen en önemli üç özelliğe göre Tam Zamanlı Aile Hekimliği Asistanları ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar (SAHU) kıyaslandığında “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” özelliği SAHU asistanları tarafından daha fazla tercih edilmiştir($p=0,020$). Her iki hekim grubu da en çok “Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma” ilkesini seçmiştir. Diğer özellikler açısından tam zamanlı ve sözleşmeli aile hekimliği asistanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Asistanlık tipine göre hekimlerin seçimlerine ait bilgiler Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13. Asistanlık Tipine göre en önemli üç özellik

	Asistanlık Tipi	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	AHU	Sayı	49	306	0,126
		%	16,01	100	
	SAHU	Sayı	32	146	
		%	21,92	100	
	Toplam	Sayı	81	452	
		%	17,92	100	
Doktor- Hasta İlişkisi	AHU	Sayı	106	324	0,695
		%	32,72	100	
	SAHU	Sayı	29	128	
		%	22,66	100	
	Toplam	Sayı	135	452	
		%	29,87	100	
Süreklilik	AHU	Sayı	20	324	0,257
		%	6,17	100	
	SAHU	Sayı	11	128	
		%	8,59	100	
	Toplam	Sayı	31	452	
		%	6,86	100	

Pearson Ki Kare

Tablo 13. (devam) Asistanlık Tipine göre en önemli üç özellik

	Asistanlık Tipi	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Toplumun Sağlıkından Sorumlu Olma	AHU	Sayı	67	324	0,020
		%	20,68	100	
	SAHU	Sayı	31	128	
		%	24,22	100	
	Toplam	Sayı	98	452	
		%	21,68	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	AHU	Sayı	60	324	0,996
		%	18,52	100	
	SAHU	Sayı	20	128	
		%	15,63	100	
	Toplam	Sayı	80	452	
		%	17,70	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	AHU	Sayı	104	324	0,686
		%	32,10	100	
	SAHU	Sayı	38	128	
		%	29,69	100	
	Toplam	Sayı	142	452	
		%	31,42	100	
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	AHU	Sayı	188	324	0,454
		%	58,03	100	
	SAHU	Sayı	64	128	
		%	50,00	100	
	Toplam	Sayı	252	452	
		%	55,75	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	AHU	Sayı	18	324	0,204
		%	5,56	100	
	SAHU	Sayı	7	128	
		%	5,47	100	
	Toplam	Sayı	25	452	
		%	5,53	100	

Pearson Ki Kare

Tablo 13. (devam) Asistanlık Tipine göre en önemli üç özellik

	Asistanlık Tipi	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	AHU	Sayı	108	324	0,195
		%	33,33	100	
	SAHU	Sayı	48	128	
		%	37,50	100	
	Toplam	Sayı	156	452	
		%	34,51	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	AHU	Sayı	23	324	0,397
		%	7,10	100	
	SAHU	Sayı	4	128	
		%	3,13	100	
	Toplam	Sayı	27	452	
		%	5,97	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	AHU	Sayı	3	229	0,581
		%	1,31	100	
	SAHU	Sayı	4	223	
		%	1,79	100	
	Toplam	Sayı	7	452	
		%	1,55	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	AHU	Sayı	2	229	0,164
		%	0,87	100	
	SAHU	Sayı	4	223	
		%	1,79	100	
	Toplam	Sayı	6	452	
		%	1,33	100	

Pearson Ki Kare

Katılımcıların en önemli bulduğu üç özellik yaşa göre incelendiğinde tüm yaşlarda en çok tercih edilen özellik “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” olmuştur. 24-29 yaş grubunda “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” (p=0,048) ve “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” (p=0,020) 30 yaş ve üzerine göre daha fazla tercih edilmiştir. Diğer özellikler açısından yaş grubuna göre anlamlı fark bulunamamıştır. Yaşa göre en önemli olarak seçilen özelliklere ait veriler Tablo 14’te listelenmiştir.

Tablo 14. Yaşa göre en önemli üç özellik

	Yaş	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	24-29 yaş	Sayı	37	229	0,322
		%	16,16	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	44	223	
		%	19,73	100	
	Toplam	Sayı	81	452	
		%	17,92	100	
Doktor- Hasta İlişkisi	24-29 yaş	Sayı	76	229	0,473
		%	33,19	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	67	223	
		%	30,05	100	
	Toplam	Sayı	143	452	
		%	31,64	100	
Süreklilik	24-29 yaş	Sayı	81	229	0,077
		%	35,37	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	97	223	
		%	43,50	100	
	Toplam	Sayı	178	452	
		%	39,38	100	
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	24-29 yaş	Sayı	78	229	0,048
		%	34,06	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	57	223	
		%	25,56	100	
	Toplam	Sayı	135	452	
		%	29,87	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	24-29 yaş	Sayı	16	229	0,913
		%	6,99	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	15	223	
		%	6,73	100	
	Toplam	Sayı	31	452	
		%	6,86	100	
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme	24-29 yaş	Sayı	42	229	0,081
		%	18,34	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	56	223	
		%	25,11	100	
	Toplam	Sayı	98	452	
		%	21,68	100	

Pearson Ki Kare

Tablo 14. (devam) Yaşa göre en önemli üç özellik

	Yaş	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	24-29 yaş	Sayı	42	229	0,717
		%	18,34	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	38	223	
		%	17,04	100	
	Toplam	Sayı	80	452	
		%	17,70	100	
Sağlık ve İyiliğin Tesviki	24-29 yaş	Sayı	79	229	0,153
		%	34,50	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	63	223	
		%	28,25	100	
	Toplam	Sayı	142	452	
		%	31,42	100	
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	24-29 yaş	Sayı	140	229	0,020
		%	61,14	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	112	223	
		%	50,22	100	
	Toplam	Sayı	252	452	
		%	55,75	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	24-29 yaş	Sayı	10	229	0,273
		%	4,37	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	15	223	
		%	6,73	100	
	Toplam	Sayı	25	452	
		%	5,53	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	24-29 yaş	Sayı	72	229	0,164
		%	31,44	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	84	223	
		%	37,67	100	
	Toplam	Sayı	156	452	
		%	34,51	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	24-29 yaş	Sayı	14	229	0,899
		%	6,11	100	
	30 yaş ve üzeri	Sayı	13	223	
		%	5,83	100	
	Toplam	Sayı	27	452	
		%	5,97	100	

Pearson Ki Kare

Hekimlik mesleğinde çalışma yılına göre 1-4 yıl arası ve 5 yıl ve daha uzun süreli çalışanlar olarak ayrılan katılımcıların en önemli olarak seçtikleri özellikler incelendiğinde bütün yıllarda “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” özelliği en çok seçilen özellik olmuştur. 1-4 yıldır çalışan hekimler “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” özelliğini daha fazla tercih ederken (p=0,017), 5 yıl ve daha uzun süredir çalışan hekimler “Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme” özelliğini daha fazla tercih etmiştir. Diğer özellikler açısından meslekte geçirilen yıla göre anlamlı farklılık yoktur. Katılımcıların meslekte çalışma yılına göre en önemli üç özellik tercihleri Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Meslekte Yıla göre en önemli üç özellik

	Meslekte Yıl	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	1-4 Yıl	Sayı	35	229	0,139
		%	15,28	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	46	223	
		%	20,63	100	
	Toplam	Sayı	81	452	
	%	17,92	100		
Doktor- Hasta İlişkisi	1-4 Yıl	Sayı	73	229	0,911
		%	31,88	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	70	223	
		%	31,39	100	
	Toplam	Sayı	143	452	
	%	31,64	100		
Süreklilik	1-4 Yıl	Sayı	85	229	0,318
		%	37,12	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	93	223	
		%	41,70	100	
	Toplam	Sayı	178	452	
	%	39,38	100		

Pearson Ki Kare

Tablo 15. (devam) Meslekte Yıla göre en önemli üç özellik

	Meslekte Yıl	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Toplumun Sağlıkından Sorumlu Olma	1-4 Yıl	Sayı	80	229	0,017
		%	34,93	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	55	223	
		%	24,66	100	
	Toplam	Sayı	135	452	
		%	29,87	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	1-4 Yıl	Sayı	18	229	0,393
		%	7,86	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	13	223	
		%	5,83	100	
	Toplam	Sayı	31	452	
		%	6,86	100	
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme	1-4 Yıl	Sayı	40	229	0,028
		%	17,47	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	58	223	
		%	26,01	100	
	Toplam	Sayı	98	452	
		%	21,68	100	
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	1-4 Yıl	Sayı	40	229	0,896
		%	17,47	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	40	223	
		%	17,94	100	
	Toplam	Sayı	80	452	
		%	17,70	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviki	1-4 Yıl	Sayı	76	229	0,411
		%	33,19	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	66	223	
		%	29,60	100	
	Toplam	Sayı	142	452	
		%	31,42	100	

Pearson Ki Kare

Tablo 15. (devam) Meslekte Yıla göre en önemli üç özellik

	Meslekte Yıl	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	1-4 Yıl	Sayı	136	229	0,115
		%	59,39	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	116	223	
		%	52,02	100	
	Toplam	Sayı	252	452	
		%	55,75	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	1-4 Yıl	Sayı	10	229	0,273
		%	4,37	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	15	223	
		%	6,73	100	
	Toplam	Sayı	25	452	
		%	5,53	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	1-4 Yıl	Sayı	78	229	0,838
		%	34,06	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	78	223	
		%	34,98	100	
	Toplam	Sayı	156	452	
		%	34,51	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	1-4 Yıl	Sayı	16	229	0,357
		%	6,99	100	
	5 Yıl ve üzeri	Sayı	11	223	
		%	4,93	100	
	Toplam	Sayı	27	452	
		%	5,97	100	

Pearson Ki Kare

Anket çalışmasına katılan hekimler aile hekimliği branşında çalışma yıllarına göre 1-3 yıl arası çalışanlar ve 4 yıl ve daha uzun süredir çalışanlar olarak ayrılıp seçtikleri en önemli üç özelliğe göre incelendiğinde tüm yıllarda en çok seçilen özellik “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” olmuştur. 4 yıldan daha kısa süredir aile hekimliğinde olan hekimler “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” özelliğini çok daha fazla sayıda tercih etmiştir(p=0,035). İki grup arasında diğer özelliklerin seçilme oranları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Aile Hekimliğinde çalışma yılına göre en önemli üç özellik seçimine ilişkin bilgiler Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Aile Hekimliğinde Yıla göre en önemli üç özellik

	Aile Hekimliğinde Yıl	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	1-3 Yıl	Sayı	56	324	0,575
		%	17,28	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	25	128	
		%	19,53	100	
	Toplam	Sayı	81	452	
		%	17,92	100	
Doktor- Hasta İlişkisi	1-3 Yıl	Sayı	100	324	0,574
		%	30,86	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	43	128	
		%	33,59	100	
	Toplam	Sayı	143	452	
		%	31,64	100	
Süreklilik	1-3 Yıl	Sayı	119	324	0,066
		%	36,73	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	59	128	
		%	46,09	100	
	Toplam	Sayı	178	452	
		%	39,38	100	
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	1-3 Yıl	Sayı	106	324	0,035
		%	32,72	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	29	128	
		%	22,66	100	
	Toplam	Sayı	135	452	
		%	29,87	100	
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	1-3 Yıl	Sayı	20	324	0,359
		%	6,17	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	11	128	
		%	8,59	100	
	Toplam	Sayı	31	452	
		%	6,86	100	
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	1-3 Yıl	Sayı	67	324	0,411
		%	20,68	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	31	128	
		%	24,22	100	
	Toplam	Sayı	98	452	
		%	21,68	100	

Pearson Ki-Kare

Tablo 16. (devam) Aile Hekimliğinde Yıla göre en önemli üç özellik

	Aile Hekimliğinde Yıl	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	1-3 Yıl	Sayı	60	324	0,468
		%	18,52	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	20	128	
		%	15,63	100	
	Toplam	Sayı	80	452	
		%	17,70	100	
Sağlık ve İyiliğin Teşviği	1-3 Yıl	Sayı	104	324	0,619
		%	32,10	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	38	128	
		%	29,69	100	
	Toplam	Sayı	142	452	
		%	31,42	100	
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	1-3 Yıl	Sayı	188	324	0,122
		%	58,03	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	64	128	
		%	50,00	100	
	Toplam	Sayı	252	452	
		%	55,75	100	
Koordinasyon ve Savunuculuk	1-3 Yıl	Sayı	18	324	0,971
		%	5,56	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	7	128	
		%	5,47	100	
	Toplam	Sayı	25	452	
		%	5,53	100	
Biyopsikososyal Yaklaşım	1-3 Yıl	Sayı	108	324	0,401
		%	33,33	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	48	128	
		%	37,50	100	
	Toplam	Sayı	156	452	
		%	34,51	100	
Hastayla Ortak Karar Verme	1-3 Yıl	Sayı	23	324	0,108
		%	7,10	100	
	4 Yıl ve üzeri	Sayı	4	128	
		%	3,13	100	
	Toplam	Sayı	27	452	
		%	5,97	100	

Pearson Ki-Kare

Çalışmaya katılan hekimlerin eğitim aldıkları kurumlara göre en önemli üç özellik seçimleri karşılaştırıldığında tüm kurumlarda en çok seçilen özellik “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” olmuştur. En çok önem verilen özellikler açısından kurumlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kurumlara göre en önemli üç özellik seçimleri Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Kuruma göre en önemli üç özellik

	Çalıştığımız Kurum	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Hasta ve Ortama Dayalı Olması	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	18	127	0,847
		%	14,17	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	15	84	
		%	17,86	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	14	62	
		%	22,58	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	10	51	
		%	19,61	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	9	43	
		%	20,93	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	7	44	
		%	15,91	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	8	41	
		%	19,51	100	
Toplam	Sayı	81	452		
	%	17,92	100		
Doktor- Hasta İlişkisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	53	127	0,079
		%	41,73	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	29	84	
		%	34,52	100	
	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	Sayı	17	62	
		%	27,42	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	12	51	
		%	23,53	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	12	43	
		%	27,91	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	11	44	
		%	25,00	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	9	41	
		%	21,95	100	
Toplam	Sayı	143	452		
	%	31,64	100		

Pearson Ki Kare

Tablo 17. (devam) Kuruma göre en önemli üç özellik

	Çalıştığımız Kurum	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Süreklilik	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	66	127	0,196
		%	51,97	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	33	84	
		%	39,29	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	23	62	
		%	37,10	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	12	51	
		%	23,53	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	10	43	
		%	23,26	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	18	44	
		%	40,91	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	16	41	
		%	39,02	100	
Toplam	Sayı	178	452		
	%	39,38	100		
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	30	127	0,277
		%	23,62	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	32	84	
		%	38,10	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	20	62	
		%	32,26	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	16	51	
		%	31,37	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	16	43	
		%	37,21	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	11	44	
		%	25,00	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	10	41	
		%	24,39	100	
Toplam	Sayı	135	452		
	%	29,87	100		

Pearson Ki Kare

Tablo 17. (devam) Kuruma göre en önemli üç özellik

	Çalıştığımız Kurum	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	8	127	0,507
		%	6,30	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	5	84	
		%	5,95	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	3	62	
		%	4,84	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	3	51	
		%	5,88	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	4	43	
		%	9,30	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	44	
		%	4,55	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	6	41	
		%	14,63	100	
Toplam	Sayı	31	452		
	%	6,86	100		
Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	25	127	0,305
		%	19,69	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	17	84	
		%	20,24	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	20	62	
		%	32,26	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	12	51	
		%	23,53	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	5	43	
		%	11,63	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	10	44	
		%	22,73	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	9	41	
		%	21,95	100	
Toplam	Sayı	98	452		
	%	21,68	100		

Pearson Ki Kare

Tablo 17. (devam) Kuruma göre en önemli üç özellik

	Çalıştığımız Kurum	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	14	127	0,073
		%	11,02	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	16	84	
		%	19,05	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	10	62	
		%	16,13	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	11	51	
		%	21,57	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	10	43	
		%	23,26	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	6	44	
		%	13,64	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	13	41	
		%	31,71	100	
Toplam	Sayı	80	452		
	%	17,70	100		
Sağlık ve İyiliğin Tesviki	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	42	127	0,051
		%	33,07	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	31	84	
		%	36,91	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	10	62	
		%	16,13	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	13	51	
		%	25,49	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	18	43	
		%	41,86	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	17	44	
		%	38,64	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	11	41	
		%	26,83	100	
Toplam	Sayı	142	452		
	%	31,42	100		
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	67	127	0,57
		%	52,76	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	44	84	
		%	52,38	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	32	62	
		%	51,61	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	29	51	
		%	56,86	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	29	43	
		%	67,44	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	28	44	
		%	63,64	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	23	41	
		%	56,10	100	
Toplam	Sayı	252	452		
	%	55,75	100		

Pearson Ki Kare

Tablo 17. (devam) Kuruma göre en önemli üç özellik

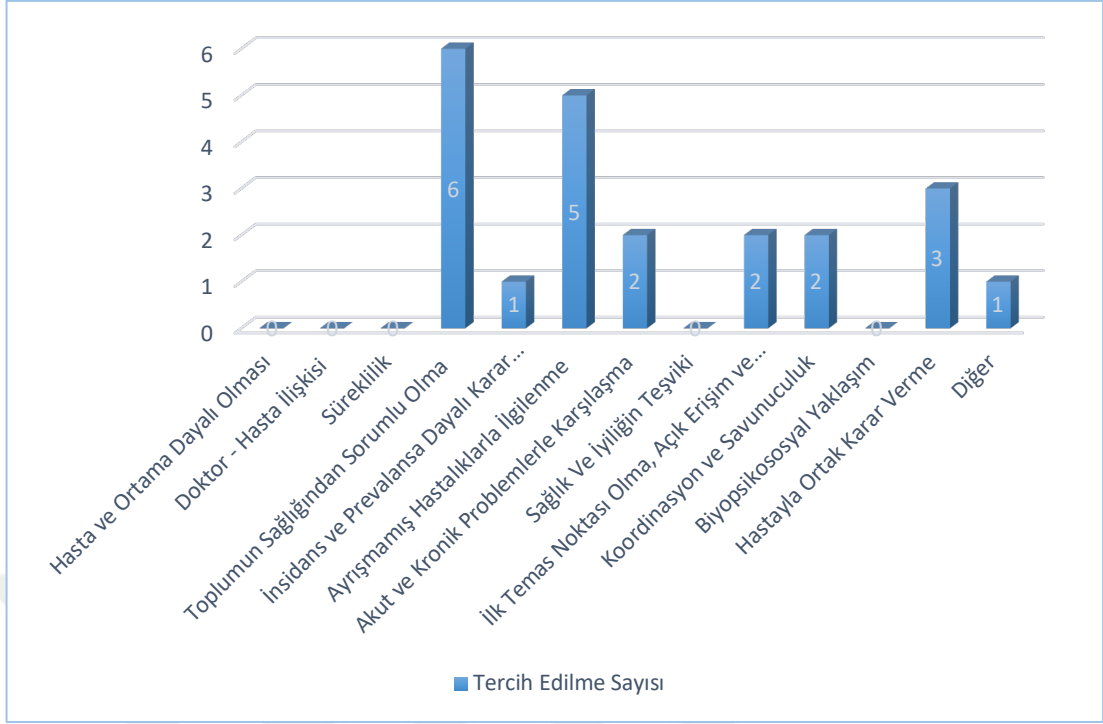
	Çalıştığımız Kurum	Sayı / %	Seçilme Oranı	Toplam	p
Koordinasyon ve Savunuculuk	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	10	127	0,322
		%	7,87	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	5	84	
		%	5,95	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	4	62	
		%	6,45	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	4	51	
		%	7,84	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	0	43	
		%	0,00	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	2	44	
		%	4,55	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	0	41	
		%	0,00	100	
Toplam	Sayı	25	452		
	%	5,53	100		
Biyopsikososyal Yaklaşım	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	42	127	0,054
		%	33,07	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	23	84	
		%	27,38	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	19	62	
		%	30,65	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	27	51	
		%	52,94	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	12	43	
		%	27,91	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	19	44	
		%	43,18	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	14	41	
		%	34,15	100	
Toplam	Sayı	156	452		
	%	34,51	100		
Hastayla Ortak Karar Verme	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Sayı	5	127	0,29
		%	3,94	100	
	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	3	84	
		%	3,57	100	
	Ankara Etilik Şehir Hastanesi	Sayı	5	62	
		%	8,07	100	
	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	Sayı	4	51	
		%	7,84	100	
	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sayı	4	43	
		%	9,30	100	
	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	1	44	
		%	2,27	100	
	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	Sayı	5	41	
		%	12,20	100	
Toplam	Sayı	27	452		
	%	5,97	100		

Pearson Ki Kare

4.4. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNDEN ÇIKARILMASI İSTENEN ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılan hekimlere aile hekimliğinin on iki özelliği arasından çıkarılması gereken özellik veya özellikler olup olmadığı sorulduğunda %5,75 (n=26)'i evet cevabını vermiştir. Evet cevabı verenlerin 7'si erkek 19'u kadın; 9'u SAHU asistanı 17'si tam zamanlı asistandı.12'si 30 yaş altında 14'ü 30 yaş ve üzeriydi. Evet cevabı verenlerin 16'sı hekimlik mesleğinde 5 yıldan daha az 10'u 5 yıl veya daha fazla çalışmış; 20'si aile hekimliğinde 4 yıldan daha az 6'sı 4 yıl veya daha fazla çalışmıştı.10 tanesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,7 tanesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi,1 tanesi Etlik Şehir Hastanesi,3 tanesi Hacettepe Üniversitesi ,3 tanesi Ankara Üniversitesi, 1 tanesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, 1 tanesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde eğitim görmekteydi. Evet cevabı veren hekimlerin yaş, cinsiyet, asistanlık tipi, mesleki tecrübe ve buldukları kurum açısından anlamlı bir farklılığı yoktur.

Evet cevabı veren katılımcılardan 5 tanesi çıkarılması gereken özelliklerin hangi özellikler olduğunu belirtmezken 6 kez "Toplum Sağlığından Sorumlu Olma", 5 kez "Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme", 3 kez "Hastayla Ortak Karar Verme", 2 kez "İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme", 2 kez "Koordinasyon ve Savunuculuk", 2 kez "Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma", 1 kez de "İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme" cevabı verilmiştir. 1 kişi ise aile hekimliği özellikleri arasında bulunmayan "misafir hasta kavramı" nın çıkarılması gerektiğini savunmuştur. "Hasta ve Ortama Dayalı Olması", "Doktor- Hasta İlişkisi ", "Süreklilik", "Sağlık ve İyiliğin Teşviki", "Biyopsikososyal Yaklaşım" hiçbir katılımcı tarafından çıkarılması gereken özellikler arasında sayılmamıştır. Katılımcıların aile hekimliği özelliklerinden çıkarılması gerektiğini düşündüğü özelliklere ait veriler Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Aile Hekimliği Özelliklerinden çıkarılması gerektiği düşünölen özellikler

“Toplum Sağlığından Sorumlu Olma” cevabı veren bir katılımcı nedenini “Toplum Sağlığı Merkezleri ile aile hekimliği ilişkilerinde eksiklikler olduğunu, Toplum Sağlığı Merkezlerinin pasifleştirildiğini bunun da toplum sağlığına olumsuz yansıdığını düşünüyorum.” şeklinde açıklamış, başka bir katılımcı ise bu soruya “Toplum Sağlığı sadece aile hekimliğinin sorumluluğunda değildir.” Yanıtını vermiştir. Diğer bir katılımcı tercih sebebini “Toplum sağlığından sorumlu olmak aile hekimliği sistemine uygun değil, sadece kayıtlı nüfus üzerinde etkili olabilir.” şeklinde sebep belirtmiştir.

“Ayrıışmamış Hastalıklarla İlgilenme” cevabını veren hekimler “Multidisipliner bir yaklaşım gerekiyor biz 2. Basamak hekimleriyle koordinasyon içerisinde olamıyoruz.” ve “tetkik yetersizliği nedeniyle” şeklinde seçimlerinin gerekçesini açıklamıştır.

Seçiminin sebebi sorulduğunda “Hastayla Ortak Karar Verme” özelliğini yazan bir katılımcı “hekimin kendi uygun gördüğü çözüm yolunu izlemesi nedeniyle” yanıtını vermiştir.

“İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” özelliğini seçen bir katılımcı ise sebebini “Bu başlık aile hekiminin sorumluluk alanını oldukça fazla genişletmektedir. Ancak tabii ki gerekli durumlarda hastanın ilgili branşlara sevkini yapmak da bir seçenektir.” şeklinde açıklamıştır.

Misafir Hasta Kavramı aile hekimliği özellikleri arasında olmamasına karşın bir katılımcı soruya dair fikrini şu şekilde ifade etmiştir: “Misafir hasta kavramı ve bakma zorunluluğu varken hepsi anlamını yitirebiliyor.”

4.5. AİLE HEKİMLİĞİ ÖZELLİKLERİNE EKLENMESİ İSTENEN ÖZELLİKLER

Aile Hekimliği Özelliklerine eklenmesini düşündüğünüz özellik var mı sorusuna 17 kişi evet cevabını vermiştir. Bu katılımcıların 10’u kadın 7’si erkek; 9’u yarı zamanlı 8’i tam zamanlı asistandı. 10’u 30 yaş altında 7’si 30 yaş ve üzeriydi. Evet cevabı verenlerin 9’u hekimlik mesleğinde 5 yıldan daha az 8’i 5 yıl veya daha fazla çalışmış; 12’si aile hekimliğinde 4 yıldan daha az 5’i 4 yıl veya daha fazla çalışmıştı. 1 tanesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, 6 tanesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, 3 tanesi Etilik Şehir Hastanesi, 1 tanesi Hacettepe Üniversitesi, 4 tanesi Ankara Üniversitesi, 1 tanesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, 1 tanesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi’nde eğitim görmekteydi. Evet cevabı veren hekimlerin yaş, cinsiyet, asistanlık tipi, mesleki tecrübe ve eğitim aldıkları kurum açısından anlamlı bir farklılığı yoktur.

Katılımcıların Aile Hekimliği Özellikleri ’ne eklenmesini önerdiği özellikler aşağıda listelenmiştir:

Koruyucu hekimlik

Bireye yönelik sağlık eğitimi

Tüm topluma ulaşabilmesi açısından bilimsel çalışmalara katılma

Önleyici hekimlik

Telemedicine (tele tıp)

Sağlık lojistiğinin ilk kontrol noktası olması

Bölümler arasında koordinasyona ivme kazandırma

İstekli ve Verimli Çalışma Koşullarına Destek

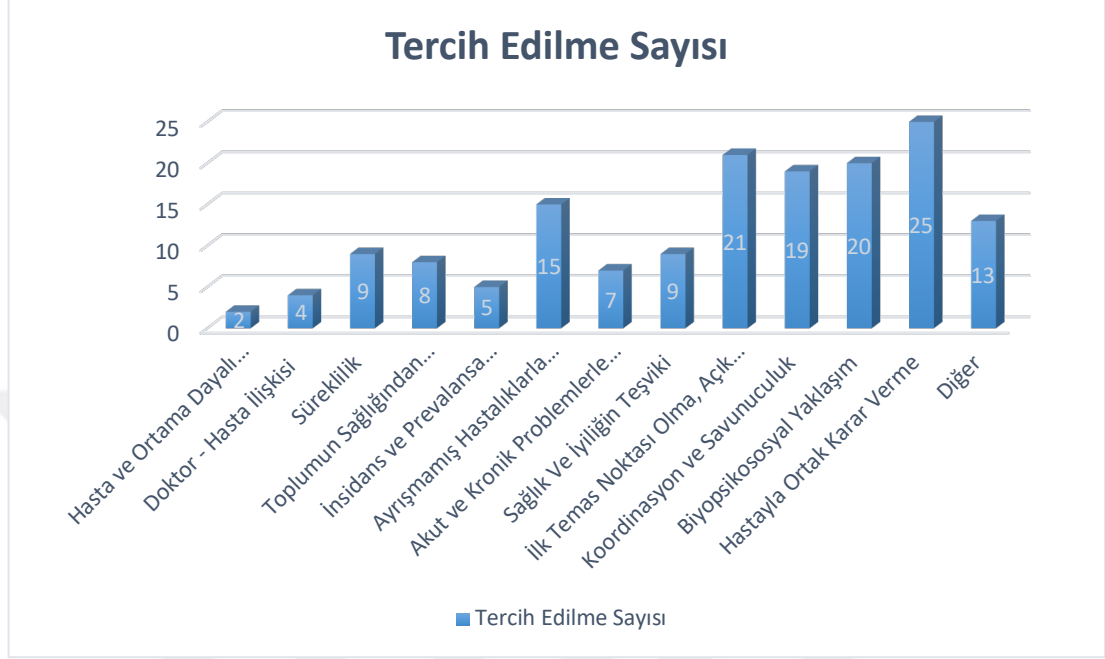
Hastalık oluşmadan önlemek
İletişim becerisi
Güvenlikli bir ortam
Saha ile ilgili çalışmalar
Sağlıklı yaşam öğretmeni olmak
Kişiyi, aileyi ve toplumu sağlık açısından bilinçlendirme
Sevk zinciri
Yöneticilik koşullarını seçme değiştirme ve düzeltme becerisi
Sınırlı sayıda poliklinik ve hasta sayısı

4.6. AİLE HEKİMLİĞİNE UYGUN OLUP TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİR OLMAYAN ÖZELLİKLER

Katılımcılara aile hekimlerine uygun olmasına rağmen mevcut çalışma şartlarında uygulanabilir olmadığını düşündükleri özelliklerin varlığı sorulduğunda 131 kişi evet cevabını vermiştir. Bu kişilerin 86'sı kadın 45'i erkek; 90'ı tam zamanlı 41'i sözleşmeli aile hekimliği asistanıydı. Evet cevabı veren bu katılımcıların 66'sı 30 yaşından küçük 65'i 30 yaş ve üzeriydi. 66'sı hekimlik mesleğinde 5 yıldan daha az 65'i 5 yıl veya daha fazla çalışmış; 90'ı aile hekimliğinde 4 yıldan daha az 41'i 4 yıl veya daha fazla çalışmıştı. 39 tanesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, 24 tanesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, 18 tanesi Etlik Şehir Hastanesi, 16 tanesi Hacettepe Üniversitesi, 15 tanesi Ankara Üniversitesi, 14 tanesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, 5 tanesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde eğitim görmekteydi. Evet cevabı veren hekimlerin yaş, cinsiyet, asistanlık tipi, mesleki tecrübe ve eğitim aldıkları kurum açısından anlamlı bir farklılığı yoktur.

131 kişinin 3'ü herhangi bir açıklama yapmazken 25 kez "Hastayla Ortak Karar Verme", 21 kez "İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları İle İlgilenme", 20 kez "Biyopsikososyal Yaklaşım", 19 kez "Koordinasyon ve Savunuculuk", 15 kez "Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme", 9 kez "Süreklilik", 9 kez "Sağlık ve İyiliğin Teşviki", 8 kez "Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma", 7 kez "Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma", 5 kez "İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme", 4 kez "Doktor-Hasta İlişkisi", 2 kez "Hasta ve Ortama Dayalı Olması" cevabı verilmiştir. 13 kişi ise var olan herhangi bir özelliği belirtmezken Türkiye'de

aile hekimliği sisteminin olumsuz yönleriyle ilgili çeşitli yorumlarda bulunmuştur. Aile hekimliğine uygun olmakla birlikte Türkiye’de uygulanabilir bulunmayan özelliklerle ilgili sayısal veriler Şekil 5’te verilmiştir.



Şekil 5. Türkiye’de uygulanabilir olmadığı düşünölen özellikler

“Hastayla Ortak Karar Verme” özelliğini seçenler hastalarla iletişim kurmanın zorluğunu, bazı durumlarda hastaların fikirlerinin tedavi ve teşhiste yeri olmamasına rağmen güvenlik kaygısı nedeniyle hastaların tercihlerinin uygulanmak zorunda kalındığını, hasta sayısının çokluğunun iletişimi engellediğini, hastaların bazen yanlış tutumları konusunda ısrarcı olabildiğini, hastalarla ortak paydada buluşmanın zorluğunu ve birçok zaman tartışma ortamından kaçınmak için hastanın kararına uymak durumunda kalındığını, sağlık okuryazarlığının düşöklüğünün ortak karar almaya engel olduğunu, fikirleri ve istekleri dikkate alındığında hastaların bu durumu suiistimal edip usulsüz isteklerde bulunabildiğini belirtmişlerdir.

“İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” özelliğini yazanların neredeyse hepsi ölkemizde basamak ve sevk sisteminin olmamasından ve hastaların ilk aşamada her bransa ulaşabildiğinden dolayı aile hekimliğinin ilk temas noktası olamadığından, hasta sayısının çokluğu nedeniyle tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmenin zorluğundan bahsetmiştir. Bazı hekimler kolay ulaşılabilirlik nedeniyle aile hekimliğinin değersizleşebileceği kaygısını paylaşmıştır.

“Biyopsikososyal Yaklaşım” özelliğini çalışma şartlarına göre uygulanabilir bulmayan katılımcılar hasta sayılarının fazla olması, aile sağlığı merkezlerindeki gereksiz iş yükü ve hastaya ayrılan sürenin kısa olması nedeniyle hastalara bütüncül yaklaşmanın zor olduğunu ifade etmiştir.

“Koordinasyon ve Savunuculuk” ilkesini seçen hekimler hasta yoğunluğundan, oturmuş bir sevk sistemi olmayışından, koordinasyon için mevcut şartların yetersiz oluşundan, basamaklar arası iletişim kopukluğu oluşundan ve hastaların yönlendirilen branşlara randevu alamadığından bahsetmiştir.

“Ayrılmamış Hastalıklarla İlgilenme” özelliğini uygulanabilir bulmayanların neredeyse hepsi hasta yoğunluğu, gereksiz iş yükü, aile sağlığı merkezi şartlarının yetersizliğini ve tetkik imkanlarının kısıtlılığını sebep olarak öne sürmüştür.

“Süreklilik” ilkesini seçen bazı hekimler hastaların aile hekimlerini sık değiştirmesinden dolayı sürekliliğin sekteye uğradığını belirtmiş, 3. Basamak kuruluşta çalışan hekimlerse her ay çalışma yerinin ve hasta popülasyonunun değişmesini sebep olarak öne sürmüştür.

“Sağlık ve İyiliğin Teşviki” ni seçen hekimler yoğun çalışma şartları, zaman kısıtlılığı, aile sağlığı merkezlerindeki gereksiz iş yükü ve hastaların isteksizliği nedeniyle bu ilkeyi uygulanabilir bulmadıklarını belirtmiştir.

“Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ilkesini uygulanabilir bulmayan katılımcıların çoğu yeterli vaktin olmamasını sebep göstermiştir. Bazı katılımcılar toplum sağlığından sadece aile hekiminin sorumlu olmaması gerektiğini vurgulamıştır.

“Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma” ilkesini seçen hekimler bazı akut durumlara müdahale için ASM şartlarının yetersizliğinden ve bazı akut müdahale gerektiren hastalıkların ilk olarak ASM’ye başvurusunun tedaviyi geciktirdiğinden bahsetmiştir. Bir katılımcı vekaleten hasta ve misafir hasta bakarken kapsamlı yaklaşımda bulunmanın zorluğunu dile getirmiştir.

“Doktor-Hasta İlişkisi” ve “Hasta ve Ortama Dayalı Olması” yazan hekimler hasta sayısının fazla, zamanın kısıtlı olması nedeniyle bu ilkenin aksadığını belirtirken hastaların da iletişime katkıda bulunması gerektiğini söylemişlerdir.

Herhangi bir özellik belirtmeden mevcut sistemde aile hekimliği özelliklerini uygulamanın mümkün olmadığını söyleyen hekimler ASM şartlarının yetersizliğinden, zaman kısıtlılığın, sağlık okuryazarlığının düşük olmasından, hastaların tedavi sürecinde sorumluluk almadığından ve gelir düşüklüğünden yakınmışlardır.

Hekimler tarafından verilen bazı cevaplar şöyledir:

“Bakılan hasta sayısı ne kadar artarsa hastaya verilebilecek süre de o kadar azalır ve sadece mevcut sorunu halletme odaklı çalışma şekline dönülmesi kaçınılmazdır. Halbuki aile hekimliği hastaya **bütüncül** olarak yaklaşmalıdır ve **sağlığın teşviki** için önerilerde bulunmalıdır.”

“**Toplum Yönelimli olma** özelliği mevcut aile hekimliği sisteminde uygulanması zor bir durum. Yeterli vaktin olmaması, sistemin yapısal olarak uygun olmaması aile hekimlerinin toplum bazlı eylem yapabilmesini önünde engel teşkil etmektedir.”

“**Doktor hasta ilişkisi-zaman yönetimi**, bir tarafın iletişime özen göstermemesi, sistemin zaman zaman getirdiği zorluklar nedeniyle bu özellik askıda kalabiliyor.”

“**Sağlık ve iyiliğin teşviki**. Çünkü yoğun poliklinik şartlarında hastalarımı gerektiği kadar koruyucu hekimlik sunamıyorum, sırada çok bekleyen varsa ve içerde hastanın işlemi uzun sürdüyse artık şuradaki hastaya geçmek zorunda hissettiğim için eksik olduğunu gördüğüm kanser taramalarını anlatamıyorum ya da yeniden detaylı bir diyabet eğitimi veremiyorum. Her seferinde 1 şeyini halletmeye çalışıyorum.”

“**Sağlık ve iyiliğin teşviki**, uygun şekilde yapılabilmesi için büyük ölçekte ve zaman ayırılarak yapılması gerekir, birinci basamakta her hasta/danışana hizmet verilmesi güncel sistemde mümkün değildir.”

“**Hastayla ortak karar verme**. Çoğu hasta ile ortak bir paydada buluşamadığı zaman, bazen başımızdan savmak için bazen de hasta ile sözlü veya fiziksel bir tartışmadan kaçınmak için istemesek de karar veren hasta tarafı olabiliyor.”

“Hasta tedavisinde daha fazla sorumluluk almalı. Bu husus daha kapsamlı ve yaptırımli olmalı.”

“**Biyopsikosozyal yaklaşım** aile hekimliği açısından kritik öneme sahip fakat yoğunluk sebebiyle tam anlamıyla uygulanamıyor.”

“**Hastayla ortak karar verme** yeteneği ülkemizdeki aile hekimliğinin taşrada yapılanma şeklinden dolayı uygulanamamakta. Nüfus miktarı ile ödeme arasında korelasyon olduğundan ötürü hasta hekim yerine karar verip uygulamaması halinde kaydını "uygulayan" bir aile hekimi üzerine aldırıyor.”

“**Koordinasyon ve savunuculuk**, sevk sisteminin düzgün çalışmaması, yönlendirdiğimiz branşlardan randevu alınamaması ve devamlılığın sağlanamaması nedeni ile”

“**Hastayla ortak karar verme**; teoride güzel bir özellik olsa da pratikte hastaların bu durumu suistimal ederek usulsüz raporlar istemeleri, şikayetler ile uyumsuz ilaçların yazdırılmaya çalışılması gibi uygun olmayan davranışlara sebep olabilir. Doktor hasta ilişkisi iyi yönetilirse durumun üstesinden gelinebilir.”

5. TARTIŞMA

Bilim mevcut koşullara, gelişmelere göre değişip yenilenerek gelişir. Aile hekimliği de bilimsel temellere oturan bir tıp disiplini dir. WONCA tarafından aile hekimliği disiplininin özelliklerini, kapsamını, görev ve sorumluluklarını özetleyen çekirdek yeterlilikler tanımlanmıştır. Bu çekirdek yeterlilikler ve barındırdığı özellikler aile hekimliği eğitiminde asistan hekimlere öğretilmektedir. Aile hekimliği özellikleri günümüz koşullarına, birinci basamak çalışma şartlarına uygunluğu da şüphesiz en iyi aile hekimleri tarafından değerlendirilebilirdi. Bu amaçla Ankara ilinde tam zamanlı veya sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlere aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliliği altındaki on iki özellik ile ilgili fikirleri sorulmuş, verilen cevaplar yaş, cinsiyet, asistanlık tipi, mesleki tecrübeye göre kıyaslanmıştır. Anketin sonunda ise aile hekimliğine eklenmesi gereken, aile hekimliği özelliklerinden çıkarılması gereken, Türkiye’de uygulanabilir olmadığı düşünülen özellikler ve nedenleri açık uçlu sorularla sorulmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %61,94’ü kadın, %38,05’i erkek; %67,70’i tam zamanlı, %32,30’u sözleşmeli aile hekimliği asistanıydı. Katılımcıların yaş ortalaması $31,97 \pm 7,04$; meslekte geçirilen yıl ortalaması $7,08 \pm 6,79$; aile hekimliğinde geçirilen yıl ortalaması $3,88 \pm 3,71$ olarak hesaplanmıştır. 2023 yılında Ankara ilinde eğitim alan 256 aile hekimliği asistanına B12 vitamin bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmada yaş ortalaması $30,30 \pm 5,50$ ve meslekte geçirilen yıl ortalaması $5,03 \pm 4,94$ bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %60,9’u kadın, %39,1’i erkek; %76,2’si AHU, %23,8’i SAHU’dur. Benzer yıllarda aynı evrenin kullanıldığı iki çalışmanın sosyodemografik veriler açısından oldukça benzerdir (46).

Katılımcılar Aile Hekimliği özelliklerini 5 en önemli olacak şekilde 1-5 arası puanlandığında en yüksek puan alan özellik: “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” olmuştur. Bunu sırasıyla “Sağlık ve İyiliğin Teşviki” “Doktor- Hasta İlişkisi”, “Hasta ve Ortama Dayalı Olması”, “Süreklilik”, “Biyopsikososyal Yaklaşım” ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” takip etmiştir. Aile hekimleri ulaşım kolaylığı, ek maliyet olmaması, tüm yaş gruplarının her türlü sağlık sorunuyla ilgilenmesi gibi birçok sebep nedeniyle ilk başvuru merkezi

olması açısından oldukça önemlidir ve aile hekimleri mesleki tecrübelerinde bunu çok net deneyimlemektedir. Aile hekimlerine koruyucu sağlık hizmetleri konusunda diğer hekim gruplarından çok daha fazla pay düşmektedir. Kişiyi sadece hasta olduğunda tedavi edici hizmetler sunmakla kalmaz yaşamı süresince sağlık ve iyilik halini devam etmesi için sağlık hizmetleri sunar ve gerekli önerilerde bulunur. Aile hekimliği eğitimi boyunca ‘hastalık yoktur hasta vardır’ kavramı birçok kez anlatılmıştır, kişiyi yönelik tedavi yöntemleri üzerinde durulmuştur. Kişilerin kendi özelinde tüm özellikleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği bunu için de en temel öğenin iyi bir öykü alma ve iyi bir iletişim olduğu vurgulanır. Doktor-hasta ilişkisi bu anlamda önem verilmesi gereken bir noktadadır. Eva Arvidsson ve arkadaşlarının 31 ayrı ülkede çekirdek yeterliliklerle ilgili yaptığı çalışmada 13 ülkeden katılımcılar aile hekimliği için en sık önerdiği temel değerler: hasta merkezli bakım ve kapsamlı ve bütünsel bakım olmuştur. Önerilen değerler çalışmamızda en yüksek puanlanan özelliklerle oldukça benzeşmektedir (47). Beaulieu ve arkadaşlarının Fransa, Belçika ve Kanada'dan toplan 57 aile hekimliği asistanı ile yaptığı röportajlarda “Doktor-Hasta İlişkisi” tüm katılımcılar tarafından önemli bulunduğu sonucuna varılmıştır (48).

Aile hekimliği özellikleri puanlaması katılımcılar kadın-erkek cinsiyet olarak gruplandırılıp kıyaslandığında önem sırası değişmemesine karşın kadın hekimlerin “Süreklilik”, “Sağlık ve İyiliğin Teşviki” ve “Koordinasyon ve Savunuculuk” özelliklerine verdiği puanlar çok daha yüksektir. İki cinsiyet arasında kadınların en öne çıktığı yer “Koordinasyon ve Savunuculuk” ilkesi puanlamasındadır. Pavlo Kolesnyk ve arkadaşlarının Ukrayna'daki aile hekimlerine çekirdek yeterliliklerle ilgili yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde "bakım koordinasyonunu" kadın hekimler erkek hekimlere göre daha önemli olarak değerlendirmiştir (49).

Özelliklerin puanlaması tam zamanlı ve yarı zamanlı asistanlar arasında karşılaştırıldığında ise neredeyse tüm özelliklere tam zamanlı asistanların daha yüksek puanlar verdiği görülmüştür. “Süreklilik” ilkesi her iki grupta benzer puanlanırken “Hasta ve Ortama Dayalı Olması”, “Doktor- Hasta İlişkisi”, “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ve “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme” en yüksek farklılıkların olduğu ilkelerdir. “Süreklilik” tam zamanlı asistanların verildiği puanlara göre yapılan sıralama da 6. sözleşmeli aile hekimliği asistanlarının verdiği puanlara göre yapılan sıralamada 3. sıradadır. On bir özelliğin her birine tam zamanlı

asistanların daha yüksek puan vermesi asistanların saha tecrübesi kısıtlı olduğundan özelliklerin uygulanabilirliği, geri dönüşleriyle ilgili kısmi bilgi sahibi oldukları için idealist bir bakış açısına sahip olmalarına bağlanabilir. Sahada çalışan hekimlerinse pratikte özellikleri uygulama konusunda zorluk ve engelleri yaşadığından yüksek puanlar vermekte nispeten çekimser kaldığı düşünülebilir. Özellikle “Hasta ve Ortama Dayalı Olması”, “Doktor- Hasta İlişkisi” özelliklerinde farkın fazla olduğuna bakılırsa hastalarla ilgili olumsuz tecrübelerin puanlamayı etkilediği düşünülebilir.

Aile hekimliği özelliklerine verilen puanlar yaşa meslekte geçirilen yıl ve aile hekimliğinde geçirilen yıla göre kıyaslandığında 30 yaşından küçük, hekim olarak 5 yıldan az, aile hekimi olarak 4 yıldan daha az süre çalışanlar “Doktor- Hasta İlişkisi” ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ilkesine daha yüksek puanlar vermiştir. Zamanla bu özelliklere verilen puanların azalmasının sebebini çalışma şartlarındaki zorluklar sebebi ile zamanla gelişen yılgınlık olarak düşünebiliriz. Zira daha önce de belirttiğimiz gibi artmış günlük hasta yükü hasta-hekim ilişkisinde sıkıntılara sebep olmakta ve toplum sağlığından sorumlu olma özelliğini uygulamayı zorlaştırmaktadır.

Tengilimoğlu ve arkadaşlarının Ankara’daki sözleşmeli aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada da mesleki kıdemi fazla olan katılımcıların Etkin Hizmet ve Kalite Geliştirme ve Aile Hekimliği uygulamasına ilişkin görüşleri, daha az mesleki kıdeme sahip katılımcılara göre daha olumsuzdur (50).

Katılımcılardan en önemli üç aile hekimliği özelliği seçilmesi istendiğinde ise “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” en fazla sayıda seçilerek yine ilk sırada yer almıştır. Bunu sırasıyla “Süreklilik (Kişi Merkezli Bakım)”, “Biyopsikososyal Yaklaşım”, “Doktor- Hasta İlişkisi (Kişi Merkezli Bakım)”, “Sağlık ve İyiliğin Teşviki (Kapsamlı Yaklaşım)” ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” takip etmiştir. Pavlo Kolesnyk ve arkadaşlarının 2021 yayınladığı çalışmada Ukrayna’daki aile hekimlerine çekirdek yeterliliklerle ilgili fikirleri sorulmuştur. Çalışmanın ilk aşamasında çekirdek yeterliliklere hâkim 20 hekim tarafından en çok önem verilen 6 çekirdek yeterlilik belirlenmiş, sonrasında rastgele seçilen 2000 aile hekiminin bu özellikleri sıralaması istenmiştir. İlk aşamada seçilen 6 özellik ‘kişi ve aile merkezli bakım’, ‘bütüncül(biyopsikososyal) yaklaşım’, ‘süreklilik’, ‘ilk başvuru merkezi olma’, ‘koordinasyon’, ‘kapsamlı yaklaşım’ olurken

ikinci aşamada sıralamanın en başında ‘kapsamlı yaklaşım’ yer alırken bunu ‘ilk başvuru merkezi olma’ ve ‘koordinasyon’ takip etmiştir. ‘Koordinasyon’ dışında ilk aşamada seçilen 6 özellik bizim çalışmamızda da en önemli özellikler arasında sayılan özelliklerdir. İkinci aşamada çalışmamızda ilk sırada yer alan ‘ilk başvuru merkezi olma’ en önemli özellikler arasında ikinci sırada yer almış, çalışmamızdan farklı olarak da ilk sırada ‘kapsamlı yaklaşım’ yer almıştır (49).

Katılımcıların her iki soruya verdiği cevaplar birlikte değerlendirildiğinde “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme”, “Süreklilik”, “Biyopsikososyal Yaklaşım”, “Doktor- Hasta İlişkisi”, “Sağlık ve İyiğin Teşviki” ve “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” özelliklerinin en önem verilen özellikler olarak öne çıktığı görülmektedir. “Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme”, “Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma”, “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme”, “Hastayla Ortak Karar Verme”, “Koordinasyon ve Savunuculuk” ise hem aile hekimliği özellikleri verilen puanlar sıralandığında hem de en önemli üç özellik arasında seçilme sayısına göre sıralandığında en sonda kalan özelliklerdir.

Ankara’da 2024 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan 247 katılımcıya aile hekimlerinin çekirdek yeterliliklerle ilgili bilgi ve tutumlarını ölçmek için çeşitli soru ve önermeler yöneltilmiş, ‘1’ ‘kesinlikle katılmıyorum’, ‘5’ ‘Kesinlikle Katılıyorum’ olacak şekilde puanlamaları istenmiştir. “Aile hekimi bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirmelidir.” Önermesine %63,2(n=156) oranında ‘Kesinlikle Katılıyorum’ cevabı verilmiş, bu yüzde toplam on önermeden en yüksek puanı alanlar arasında ikinci sıradadır. Aynı çalışmada biyopsikososyal yaklaşımı ifade eden “Aile hekimi sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almalıdır.” ifadesi ise %61,1(n=151) oranında ‘Kesinlikle Katılıyorum’ cevabı almıştır. “Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma” ilkesini ifade eden “Birinci basamakta hastaların akut ve kronik sağlık sorunları aynı anda yönetilmelidir.” önermesi %51,8 (n=128) ve “İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme” ilkesini ifade eden “Aile hekimliğinde rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci olmalıdır.” önermesi ise % 53,4 (n=132) oranında ‘Kesinlikle Katılıyorum’ cevabı verilerek on

önerme arasında en az puan alan üç önerme içerisinde yer almıştır. Bu yönüyle çalışmamıza benzerlik göstermektedir (51).

En önemli üç özellik seçimleri yaşa meslekte geçirilen yıl ve aile hekimliğinde geçirilen yıla göre kıyaslandığında bir önceki soruya benzer şekilde 30 yaşından küçük, hekim olarak 5 yıldan az aile hekimi olarak 4 yıldan daha az süre çalışanların bir önceki soru ile benzer şekilde “Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma” ilkesine daha yüksek puanlar verdiği görülmüştür.

Katılımcılara aile hekimliği özellikleri arasından çıkarılması gereken özellik olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların yalnızca %5,75’i evet cevabını vermiştir. Evet cevabı veren katılımcıların en fazla söylediği özellikler şöyledi: 6 kez “Toplum Sağlığından Sorumlu Olma”, 5 kez “Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme”, 3 kez “Hastayla Ortak Karar Verme”.

Hangi özellik olduğu sorulduğunda ise 6 kez “Toplum Sağlığından Sorumlu Olma” cevabı verilmiştir. Aile hekimleri içinde bulunduğu toplumun imkanlarını dengeli ve akılcı bir şekilde kullanarak toplum sağlığının gelişmesi için gerekli uygulamaları yapmak ve toplum sağlığının korunması için gerekli önlemleri almak durumundadır. Ancak toplum sağlığının tüm sorumluluğunu üstlenmek aynı zamanda tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunan aile hekimleri için mümkün görünmemektedir. Toplum sağlığı merkezleri de bu anlamda büyük pay sahibi olmalı, diğer branş hekimleri ise aile hekimleri ile koordineli bir şekilde toplum sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunmalıdır. Aile Hekimliği özellikleri arasından çıkarılması gereken özellik için “Toplum Sağlığından Sorumlu Olma” yazan hekimler toplum sağlığının sadece aile hekiminin sorumluluğunda olmadığını, diğer branş hekimlerinin de bu konuda sorumluluk sahibi olması gerektiğini, toplum sağlığı merkezlerinin daha aktif ve aile hekimleri ile daha iyi bir iletişim içinde olması gerektiğini savunmuştur. Tüm bunlarla birlikte toplum sağlığından öncelikle toplumdaki bireylerin kendisi sorumludur. Her birey kendisi ve içinde bulunduğu toplum için sağlığın korunması adına önlem almalı, bu konuda sağlık otoriteleri tarafından alınan kararları uygulamada istekli olmalıdır. Sağlığın iyileştirilmesi adına kendi üzerine düşeni yapacak kadar sorumluluk sahibi olmalıdır. Bireylerin bu konuda eğitilmesi ve

sağlığın korunması iyileştirilmesi ile ilgili uygulamalara katılma konusunda cesaretlendirilmesi son derece önemlidir.

Aile hekimliği özelliklerinden çıkarılması gereken özelliğe 5 kez “Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme” cevabı verilmiştir. Birinci basamak hekimleri genellikle hastayı semptomlarının gelişmesini takiben ilk gören hekimlerdir. Çoğu kez yeni gelişen semptomlar hastanın var olan hastalığına mı dair, yeni bir hastalığın habercisi mi, organik bir sebebe mi bağlı fonksiyonel bir bozukluk mu gibi birçok soru işaretine sebep olmaktadır. Aile hekimleri içinde yaşadığı toplumda hastalıkların görülme oranlarına, semptomlarına, mevsimsel salgınlara hâkim olduğundan ve sabit bir nüfusa hizmet vermeleri gereği hastayla ilgili tecrübe sahibi olduğundan ayrışmamış hastalıklara etkin bir şekilde müdahale edebilir. Gereği halinde hastaya tanı koyup tedavi eder, gereği halinde ilgili branşlara yönlendirir. Ancak bunu yapabilmek için hastaya ayırabilecek yeterli zamana, hastanın hekime güven ve iş birliğine, aile sağlığı merkezinde uygulanabilecek tetkik ve tanı araçlarına ihtiyaç vardır. Aynı zamanda diğer basamaklarla koordinasyon içinde çalışabilmek gerekmektedir. Bazı akut müdahale edilmesi gereken durumlarda tetkiklerin geç sonuçlanması, gerekli ekipmanın olmaması, hekimin kendini yetkin ve güvende hissetmemesi gibi sebeplerle hekimler çekimser kalmaktadır. Birinci basamakta ayrışmamış hastalıklara etkin şekilde müdahale edilebilmesi için aile hekimliği merkezlerinin teknik koşulları iyileştirilmeli, hasta sayıları her hastaya yeterli vakit ayırabilecek şekilde düzenlenmeli ve diğer basamaklarla iletişimi güçlendirilmelidir.

Aile hekimliği özellikleri arasında olmamasına rağmen bir katılımcı aile hekimliği özellikleri arasından çıkarılması gereken özelliğe “misafir hasta kavramı” cevabını vermiştir. Aile hekimleri sabit bir nüfusa hizmet verdiği için kişileri içinde buldukları toplum, sahip oldukları kültürel değerler ve ruhsal durumu ile bir bütün halinde görür ve değerlendirir. Bu yönüyle misafir hasta kavramı aile hekimliği doğasına biraz terstir. Yoğun iş yükü ve hasta sayılarının fazlalığı da düşünüldüğünde misafir hasta kavramına aile hekimleri tarafından pek sıcak bakılmaması anlaşılabilir.

Aile hekimliğinden çıkarılması gereken özellikler sorulduğunda “Hasta ve Ortama Dayalı Olması”, “Doktor- Hasta İlişkisi”, “Süreklilik”, “Sağlık ve İyiliğin Teşviki”, “Biyopsikososyal Yaklaşım” hiçbir katılımcı tarafından söylenmemiştir. Bu

özelliklerin bir kez bile söylenmemesi tüm aile hekimliği asistanları tarafından benimsendiğini ve aile hekimliği için olmazsa olmaz kabul edildiğinin göstergesidir.

Çalışmaya katılan hekimlere aile hekimleri özelliklerine eklenmesi gereken özellik olup olmadığı sorulduğunda ise %3,76 oranında evet cevabı alınmıştır.

Bu kişilerden 3'ü 'koruyucu hekimlik', 'önleyici hekimlik', 'hastalık oluşmadan önlemek' cevabını vererek koruyucu hekimliğe vurgu yapmıştır. Aile hekimliği özellikleri arasında koruyucu hekimlik adında bir başlık bulunmamasına rağmen aile hekimliğinin kanser taramaları, aşılama, bireyin ve toplumun eğitimi gibi toplum sağlığına yönelik çalışmaları koruyucu hekimlik faaliyetlerini kapsamaktadır.

'Kişiyi, aileyi ve toplumu sağlık açısından bilinçlendirme', 'Tüm topluma ulaşabilmesi açısından bilimsel çalışmalara katılma', 'Sağlıklı yaşam öğretmeni olmak' ve 'Bireye yönelik sağlık eğitimi' yine koruyucu sağlık hizmetleri altında değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığının düşük, bilgi kirliliğinin çok fazla olduğu günümüz toplumunda sağlık profesyonelleri tarafından toplumun bilgilendirilmesi ve eğitilmesine yönelik faaliyetlerin artırılması uygun olacaktır. Tabii ki bunun için öncelikle eğitimcilerin eğitilmesi, kaynak ve zaman ayrılması gerekmektedir. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2020 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %57,9'unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespiti konunun önemini gözler önüne sermektedir (52).

Bir katılımcı 'İletişim becerisi' özelliği eklenmesini önermiştir. Aslında iletişim becerileri doktor-hasta ilişkisi özelliği kapsamında değerlendirilebilir ancak bu konudaki eksiklikler hasta yönetiminde ciddi problemlere yol açtığından katılımcı tarafından vurgulanmak istenmiş olabilir. Aile hekiminin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine doğrudan etkisi vardır. Edirne'de 49 farklı ASM ye başvuran 1937 kişinin katıldığı aile hekimi iletişim becerilerinin hasta memnuniyetine etkisini araştıran bir çalışmada iletişim becerileri daha yüksek olan hekimlerin hasta ve yakınlarıyla daha az olumsuz iletişim yaşadıkları sonucuna varılmıştır (53). Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimleri sonrası hekimlerin iletişim becerilerinin incelendiği 745 kişinin dahil olduğu bir diğer çalışmada ise hekimlerin "İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği" puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen, %94,1'inin hastalarla iletişim sorunu yaşadıkları ifade edilmiş; hekimlere insan

kaynakları, insan psikolojisi, beden dili, iletişim güçlükleri ve etkili ve sağlıklı iletişim tekniklerine yönelik eğitimler verilmesi önerilmiştir (54).

‘Sevk zinciri’ ve ‘bölümler arasında koordinasyona ivme kazandırma’ şeklinde yanıtlar da verilmiştir. Aslında bunlar koordinasyon ve savunuculuk ilkesine dahil olmakla birlikte şu anda Türkiye’de sevk zincirinin uygulanamaması ve diğer branşlarla koordinasyonun zayıf olması nedeniyle katılımcılar tarafından önerilmiş olabilir.

Bir kişi tele tıp cevabını vermiştir. Mevcut teknolojik gelişmeler ve yakın zamanda atlatılan pandeminin de etkisiyle hasta ile yüz yüze gelmeden iletişim kurarak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili çalışmalar artmıştır. Aile hekimliği de teletıp uygulamaları için öne çıkabilecek branşlardan biridir, özellik olarak eklenmesi bile aile hekimliğinde teletıp uygulamalarının kullanılması akılcı, kullanışlı ve maliyet etkin olacaktır. Cheng ve arkadaşlarının yayınladığı makalede sağlık hizmetlerinin kolaylığı, kalitesi, güvenliği ve maliyet etkinliği açısından aile hekimliğinde teletıbbın kullanılmasının faydalı olacağı sonucuna varılmıştır (55).

Bazı katılımcılarsa ‘İstekli ve Verimli Çalışma Koşullarına Destek’, ‘Güvenlikli bir ortam’, ‘Sınırlı sayıda poliklinik ve hasta sayısı’ yanıtlarını vererek aile hekimliğinin daha etkin ve verimli kullanılması adına yapılabileceklerden bahsetmiştir. Günümüzde aile hekimleri yoğun çalışma şartları, giderek artan şiddet olaylarının yol açtığı güvenlik endişesi gibi birçok sebeple tükenmişlik içerisinde. Sakarya ilinde aile Hekimlerinin tükenmişlik durumu ile ilgili yapılan bir çalışma sonucunda hekimleri tükenmişlikten korumak adına poliklinikte günlük bakılan ortalama hasta sayısı azaltılması, şiddet maruziyetini önlemek için güvenlik önlemlerinin alınması aile hekimliği sistemiyle ilgili iyileştirmeler yapılması ve ödemelerin artırılması önerilmiştir (56).

Aile hekimliğine eklenmesi için önerilen özelliklere bakıldığında aslında birçoğu var olan özelliklere dahil edilebilir ama geliştirilmesi gereken özelliklerdir. Bu açıdan Wonca tarafından tanımlanan özelliklerin aile hekimliğini gerçekten kapsamlı ve doğru bir biçimde ifade ettiği düşünülebilir. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde birinci basamağın dolayısıyla tüm sağlık sisteminin gelişimi adına neler yapılabileceğine dair önemli ipuçları verecektir.

Çalışmaya katılan hekimlere ‘Aile hekimliği için uygun olup mevcut çalışma şartlarınız için uygun olmayan özellik var mıdır?’ sorusu yöneltildiğinde %28,98(n=131) oranında evet cevabı verilmiştir. Aile hekimliğinden çıkarılması gereken özellik var mıdır sorusuna evet cevabı verenlerin oranı (%5,75) ile kıyaslandığında arada bu kadar büyük bir fark olması dikkat çekicidir. Bu veriler ışığında Ankara’daki aile hekimliği asistanlarının büyük bir çoğunluğu tanımlanan aile hekimliği özelliklerinden memnunken hekimlerin önemli bir oranda bu özelliklerin Türkiye’de uygulanabilir olmadığını düşündüğü söylenebilir. Tengilimoğlu ve arkadaşlarının Ankara’daki sözleşmeli aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada ise Aile hekimliği modelinin Türkiye için uygun olduğunu düşünenlerin oranı %85’tir (50).

Bu soruya ‘evet’ cevabı veren katılımcıların en fazla sayıda söylediği özellikler sırasıyla “Hastayla Ortak Karar Verme”, “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme”, “Biyopsikososyal Yaklaşım” ve “Koordinasyon ve Savunuculuk” olmuştur. Eva Arvidsson ve arkadaşlarının yaptığı uluslararası çalışmada ise hekimlerin günümüz koşullarında uygulamanın zor olduğunu belirttiği özellikler: süreklilik, hasta merkezli bakım/doktor-hasta ilişkisi ve kapsamlı ve bütünsel bakım olmuştur (47). Her iki çalışmada da aile hekimleri kendi çalışma şartlarında kişi merkezli yaklaşım ve bütüncül modellemeye ait özellikleri uygulanamaz bulmuştur.

Bu soruya en fazla verilen cevap “Hastayla Ortak Karar Verme” olup 25 kez söylenmiştir. Bu özelliğin en önemli özellikler sorulduğunda ve özelliklerin puanlanması istendiğinde de son sıralarda yer alması dikkat çekicidir. 2019’da Willemijn LA Schäfer ve arkadaşları tarafından yayınlanan makalede 34 farklı ülkedeki 7000 birinci basamak hekimi ve 70 000 hasta üzerine yapılan QUALICOPC çalışması incelenmiş, hastalara yapılan ankete göre ülkeler özelliklerin uygulanabilirliğine göre düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Türkiye ‘tedaviyle ilgili karar alma sürecine hastanın katılımı’ hususunda düşük kategorisinde; ‘Topluluk yönelimli olma’ konusunda yüksek kategorisinde yer almıştır. Çalışmamıza benzer şekilde bu çalışmada da Türkiye’deki aile hekimlerinin hasta ile ortak karar verme ilkesini uygulanabilir bulmadığı gözlenmiştir (57).

Herhangi bir sağlık probleminde hastanın bilgi birikimi yaşam tarzı ve sosyokültürel özelliklerinin bir sonucu olan fikirlerinin hekim bilgi ve tecrübesi ile birleştirilerek karara varılması hem hasta-hekim ilişkisinin kuvvetlenmesi hem tedavi ve önerilerin uygula bilirliliğinin artması hem de hasta takibinin devamlılığı açısından oldukça önemlidir. Ancak bu soruya verilen cevaplar göstermektedir ki mevcut sistemde aile hekimleri hastalar ile iş birliği yaparak ortak bir karar verme konusunda çok fazla zorluk yaşamaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri iletişim problemleridir. Bazen hastaya yeterli zamanı ayıramamaktan bazen hastaların sağlık okuryazarlığının düşük olmasından bazen de sosyokültürel farklılıklardan kaynaklı iletişim problemleri yaşanmaktadır. Günümüz toplumundaki en büyük problemlerden biri ise otoritelerin iyi niyetinin suiistimal edilmesidir. Birçok hekim hastaların fikirleri alınıp, istekleri değerlendirildiğinde usulsüz isteklerde bulduklarından yakınmıştır. Aktaş E ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da 6 ilden 104 aile hekimine aile hekimliği uygulamalarında en çok sıkıntı çektikleri konuların neler olduğu sorulduğunda en fazla belirtilen ikinci özellik 24 kişi ile “Hasta- hekim ilişkileri ile ilgili sıkıntılar” olmuştur (58).

Bu soru altında hekimlerin bazı durumlarda hastaların ısrarlarıyla baş edemeyip güvenlik endişelerinin de olması nedeni ile tartışma ortamından kaçınmak için doğru seçenek olmadığını düşünmelerine rağmen hastaların isteklerini yerine getirdiklerini dile getirdiğini görmek ölkemiz sağlık sistemi adına üzüntü ve utanç vericidir.

Türkiye’de uygulanabilir olmayan özellik sorusuna 21 kez “İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme” cevabı verilmiştir. Bu özellik diğer sorularda en önemli özellik seçilip en yüksek puanlar verilirken bu kadar çok kişi tarafından Türkiye’de uygulanabilir bulunmaması düşündürücüdür. Bunun en önemli sebeplerinden biri ölkemizde basamak ve sevk sisteminin olması gerektiği gibi işlememesidir. Aile hekimliği birçok ölkede kişilerin sağlık problemleri yaşadığında ilk ulaştığı sağlık merkezi olup ‘gatekeeper’ rolündedir. Hastalar aile hekimleri gerek gördüğu durumlarda ileri basamaklara erişebilmektedir. Ölkemizde ise kişiler sağlık sistemine istediği basamaktan dahil olabilmektedir. Bu durum branş hekimleri önünde gereksiz kalabalıklar oluşturup ihtiyacı olan hastanın ihtiyacı olan zamanda ilgili hekime ulaşmasını engellemektedir. Eva Arvidsson ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada da bazı katılımcıların pratisyen hekimlerin kapı bekçisi olarak rolünün değiştiğini ve hastaların bir pratisyen hekimden yönlendirme veya bilgi almadan herhangi bir uzmana gidebileceklerinden yakınmış bu durumun süreklilik ve doktor-hasta ilişkisine de engel olduğunu belirtmişlerdir (47). Ancak birinci basamak hekimlerinin gate keeper rolünü üstelenebilmesi için birtakım şartlara ihtiyaç vardır. Yusuf Üstü ve arkadaşları yayınladıkları makalede 2005-2006 yıllarında sevk zinciri uygulaması denemesinin yoğun iş yükü sebebiyle başarısız olduğunu hatırlatarak aile hekimi sayısının yetersiz olması nedeniyle tanı/tedavi/koruyucu sağlık hizmetleri verilemez hale geleceğinden sevk zincirinin islemesinin mümkün olmadığını belirtmiştir (59). Ülkede aile hekimliği sayısı, aile hekimlerinin birinci basamaktaki yetkinliği, aile sağlığı merkezlerinin koşulları optimal seviyeye ulaştığında ve ilgili branş hekimleri ile yeterli koordinasyon sağlandığında sevk sistemine geçilmesi sağlık sistemi adına önemli bir adım olacaktır. Ne yazık ki mevcut aile hekimliği uygulaması bu şartlardan çok uzaktadır. P. Aktaş ta Türkiye’de aile hekimliği modelinin sorunları çözülmeye kadar kapı tutuculuğun ve sevk zincirinin uygulamaya geçirilmesinin zor olacağı kanaatine varmıştır (60).

Bu soru altındaki bir diğer neden ise hasta sayılarının fazlalığı nedeniyle tüm sağlık sorunları ile ilgilenmenin zorluğudur. Bazı durumlarda kişilere ayrılacak zamanın kısıtlı olması o an için en önemli olan semptom veya hastalığı tedavi edip diğer şikayetleri, önleyici sağlık hizmetlerini, hastaya verilecek bilgilendirmeleri ertelemeye sebep olabiliyor. Maalesef ki bu durum aile hekimliği temel değer ve amaçları ile çelişmektedir.

Bu soruya 20 kez “Biyopsikososyal Yaklaşım” cevabı verilmiştir. Biyopsikososyal yaklaşım hekimliğin ve aile hekimliğinin en temel değerlerinden biridir. Kişiyi içinde bulunduğu toplum, sosyal hayatı, yaşam tarzı, kültürel değerleri, inancından bağımsız olarak ele almak eksik bir yaklaşım olacaktır. Ancak mevcut çalışma şartlarında hastayı tüm yönleriyle ele almak bazen çok da mümkün olmayabiliyor. Aile sağlığı merkezlerindeki gereksiz iş yükü ve yoğun hasta yükü nedeniyle hastaya ayrılan süre kısalıyor ve hastalara bütüncül yaklaşım imkânsız hale geliyor, kişinin sadece anlık istek ve şikâyeti ile ilgilenilebiliyor. Böyle durumlarda yalnızca semptomatik tedavi düzenleniyor; kişi biyolojik, psikolojik ve

sosyal yönüyle değerlendirilip şikayetlerinin altta yatan sebebi araştırılmadığından biyopsikososyal model uygulanamamış oluyor.

19 kez de “Koordinasyon ve Savunuculuk” ilkesi Türkiye’deki aile hekimliği sisteminde uygulanamaz olarak seçilmiştir. Aile hekimleri kendisine başvuran hastaların diğer sağlık çalışanları ve diğer branş hekimleri ile ortak çalışarak uygun sağlık hizmetini almasını sağlamaktadır. Ancak bunun için aile sağlığı merkezinin yeterli imkanlara sahip olması ve diğer branş hekimleri ile gerekli düzeyde iletişim halinde olunabilmesi gerekmektedir. Türkiye’ de oturmuş bir sevk sisteminin olmaması, basamaklar arası iletişim problemlerinin olması, ileri basamağa yönlendirilen hastaların ilgili hekime ulaşmada yaşadığı zorluklar bu özelliğin seçilmesine sebep olarak gösterilebilir.

Bu soruya 15 kez “Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme” cevabı verilmiştir. Aile hekimleri birinci basamak hekimi olarak yeni ortaya çıkan semptom ve ayrışmamış hastalıklarla en sık karşılaşan hekimlerden biridir. Ülkemizde aile sağlığı merkezlerindeki gereksiz iş yükü, hasta yoğunluğu, aile sağlığı merkezlerinin şartlarının yetersizliği ve tetkik imkanlarının kısıtlılığı gibi nedenlerle bu tarz hastalıkların yönetiminde zorluklar yaşanmaktadır.

Mevcut sağlık sisteminde uygulanması zor olarak 9 kez de “Süreklilik” özelliği yazılmıştır. Beaulieu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da Avrupalı aile hekimliği asistanları bakımın erişilebilirliği ve sürekliliği beklentilerinin, mevcut genel pratisyenlik bağlamında gerçekçi olmadığını ifade etmişlerdir (16). Bakımda süreklilik hem hastanın hem hekimin memnuniyet düzeyini artırır, verilen bakımın kalitesi artırır ve bakım maliyetlerini azaltır. Süreklilik ilkesi etkin bir şekilde uygulandığında hastaneye başvuru ve yatış sıklığı azalır, kişilerin yaşam kalitesi artar. Mevcut çalışma şartlarında sürekliliğin uygulanabilir olmadığını belirten bazı hekimlerin görüşüne göre kişilerin aile hekimlerini sık sık değiştirmesi süreklilik ilkesini engelleyebilmektedir. Bununla birlikte tam zamanlı eğitim alan asistan hekimler üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalıştığı için aile sağlığı merkezlerini sadece eğitim aile sağlığı merkezleri, semt poliklinikleri ve SEAB (Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İş Birliği) Protokolü dahilinde gözlemleyebilmektedir. Üçüncü basamak kuruluşlarda kayıtlı nüfus kavramının

olmaması ve eğitim sürecinde birçok farklı rotasyonun da yer alması nedeniyle asistan hekimler çoğu zaman aynı hastayı tekrar göremediğinden süreklilik kavramını uygulanmaz bulmuşlardır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan tam zamanlı asistanlar 3. Basamak sağlık kurumlarında çalıştığından süreklilik, ilk başvuru merkezi olma, koruyucu hekimlik faaliyetleri gibi aile hekimliği kapsamındaki birçok özellik konusunda yeterli tecrübe kazanamamaktadır. Türkiye 'de aile hekimliğinin gelişmesine yönelik çalışmalarda bulunan TAHUD halk sağlığı kurumuna vermek üzere hazırladığı raporda eğitim asm'lerin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunmuştur (61).

Emin DEMİRSOY tarafından 2022 yılında Edirne'deki 48 aile hekimi üzerinde süreklilik ilkesinin önemiyle ilgili yapılan çalışmada Edirne'deki aile hekimlerinin sürekliliğe önem verdiği fakat sürekliliği yeterince uygulamadıkları sonucuna varılmıştır. Sürekliliğin önemini vurgulayan eğitimler düzenleyerek, aile hekimlerinin kayıtlı nüfusları ve iş yükleri azaltılarak bakımda sürekliliği daha iyi yerine getirmeleri sağlanabileceği savunulmuştur (62).

Bu soruya 9 kez de "Sağlık ve İyiliğin Teşviki" cevabı verilmiştir. Aile hekimliği özellikleri puanlamasında en yüksek puanlardan birini alan bu özellik hekimler tarafından yoğun çalışma şartları, zaman kısıtlılığı, aile sağlığı merkezlerindeki gereksiz iş yükü ve hastaların isteksizliği nedeniyle uygulanabilir bulunmamıştır.

"Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma" ve "Doktor-Hasta İlişkisi" özelliğini seçen hekimler de yine hasta sayısının fazla, zamanın kısıtlı olmasını sebep olarak sunmuştur.

Herhangi bir özellik belirtmeden mevcut sistemde aile hekimliği özelliklerini uygulamanın mümkün olmadığını söyleyen hekimler de aile sağlığı merkezlerindeki şartlarının yetersizliğinden, zaman kısıtlılığından, sağlık okuryazarlığının düşük olmasından, hastaların tedavi sürecinde sorumluluk almadığından ve gelir düşüklüğünden yakınmışlardır. 2021 yılında yayınlanan Erkut Etçioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Sakarya'daki 40 aile hekimi ile görüşme yapılmış katılımcılara mevcut çalışma koşulları ve iyileştirilmesini istedikleri koşullar sorulmuştur. Çalışma şartlarındaki en önemli problemler: Kayıtlı nüfus sayısı fazlalığı,

Çalışma ortamının fiziksel yetersizlikleri, maddi problemler, görev tanımının belirsizliği ve güvenlik problemi olarak sıralanmıştır (63). Bu problemler çalışmamızda aile hekimliğinin zelliklerinin Türkiye’de uygulanamaz olmasının nedeni olan belirtilen problemler ile oldukça benzemektedir.

Aile hekimliği zelliklerinin Türkiye’de uygulanabilir olmayışının sebepleri ayrı ayrı incelenmiş olmakla birlikte tüm sebeplere genel bir bakış açısıyla bakıldığında en çok dile getirilen sebeplerin yoğun çalışma şartları ve hasta sayısının fazlalığı, aile sağlığı merkezlerinin imkanlarının kısıtlılığı, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, hastaların tedaviye katılımının yetersizliği, ideal sevk sisteminin olmayışı ve basamaklar arası koordinasyonun zayıflığı olduğu dikkati çekmektedir. Yusuf st ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da Aile hekimlerinin iş yükünün fazlalığı ve sayısal olarak yetersizliğinin koruyucu sağlık hizmetlerini engellediği ve bu problemin ivedilikle çözülmesi gerektiği vurgulanmıştır (59).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız WONCA tarafından tanımlanan aile hekimliği özelliklerinin Ankara'da uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarınca büyük oranda benimsendiğini göstermektedir. Daha fazla önem verilen özellikler yaş, cinsiyet, uzmanlık tipi, meslekteki kıdeme göre farklılık gösterse de özelliklerin tümü katılımcılardan yüksek puanlar almıştır. Bununla birlikte aile hekimliği kapsamına dahil edilmesi arzu edilen özellikler de olmuştur. Yaşam koşullarının değişimi, yeni bilimsel ve teknolojik gelişmeler, toplumun sağlık ihtiyaçlarındaki değişimler sonucu aile hekimliği de gelişip yeni ilkeler edinebilir.

Aile hekimliği özelliklerinin Türkiye'de uygulanabilir olmayışının sebepleri incelendiğinde ise en çok dile getirilen sebeplerin gereksiz iş yükü ve hasta sayısının fazlalığına bağlı yoğun çalışma şartları, aile sağlığı merkezlerinin imkanlarının kısıtlılığı, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, hastaların tedaviye katılımının yetersizliği, ideal sevk sisteminin olmayışı ve basamaklar arası koordinasyonun zayıflığı olduğu dikkati çekmektedir. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri aile hekimliği uzmanlarının sahip olması gereken niteliklerdir ve ideal aile hekimliği uygulaması için bu özellikler çerçevesinde sağlık hizmeti sunulmalıdır. Aile hekimleri birimlerine düşen nüfusun azaltılması, aile sağlığı merkezlerinin imkanlarının çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesi, çalışanlara ve topluma gerekli eğitimlerin verilmesi, sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi, yeterli sayı ve kaliteye erişildiğinde basamaklar arası koordinasyonu da düzenleyerek sevk zincirinin devreye sokulması ülkemizde aile hekimliğinin gelişimi adına atılabilecek önemli adımlardır.

Bir toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli faktörlerden biri sağlık sisteminin gelişmişliği; sağlık sisteminin gelişmişliğini gösteren en önemli faktörlerden biri ise birinci basamak sağlık sisteminin durumudur. Türkiye'de ve birçok ülkede aile hekimliği birinci basamak sağlık sisteminin en temel ögesidir. Aile hekimliği sistemi en ideal seviyeye taşımak için bu aksaklıkların ivedilikle giderilmesi gerekmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri sunumunun kalitesi artacak, toplumun tüm fertlerinin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşacak, toplum sağlığı gelişecek ve imkanların yerinde, zamanında ve etkin kullanımı ile sağlık maliyetleri azalacaktır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeler birinci basamak sağlık hizmetlerini optimize ederek sağlık sistemlerini geliştirmeye çalışırken ülkemizde halen bu durumun önemi kavranamamış, birinci basamak göz ardı edilmiş ve daha üst basamaklara yoğunlaşmıştır. Sağlık hizmetlerinde nicelik değil niteliğin önemli olduğu kavranması birinci basamağı geliştirmeye yönelik atılacak en önemli adım olacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. World Organization of Family Doctors (WONCA). The European Definition Of General Practice / Family Medicine. 2023 Erişim Adresi: <https://www.woncaeuropa.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>
2. McWhinney IR, Freeman T, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL. Mc Whinney'in Aile Hekimliği. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2016. 520 s.
3. Unluoglu I. Dünyada Ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi. 02 Mayıs 2004;9:5-9.
4. Burak E, Karataş İ. Dünyada ve Türkiye de Aile Hekimliğinin Gelişim Süreci. Bozok Tıp Dergisi. 01 Eylül 2011;1(3):1-5.
5. şahin H, Özan S, Gürpınar E. Abraham Flexner'i Doğru Anlamak. TED. 01 Nisan 2011;30(30):60-71.
6. BÜTÜNCÜL TIP Birinci Basamakta ve Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. C. Cilt 1. ANKARA: Nobel Tıp Kitabevi; 2020. 1180 s.
7. Robert E. Rakel MD,David p. Rakel MD ProfDES. Aile Hekimliği. 9. Baskı. C. 1. ANKARA: Güneş Tıp Kitabevi; 2019.
8. Peabody Fw. The Care Of The Patient. Journal of the American Medical Association. 19 Mart 1927;88(12):877-82.
9. History of the AAFP Erişim adresi: <https://www.aafp.org/about/who-is-the-aafp/history-aafp.html>
10. Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Aktürk YrdDoçDrND. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları. C. 1. İSTANBUL: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları; 2004.
11. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Cubukcu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Concepts, task in family medicine and history of the discipline: Medical education. 01 Haziran 2007; 27:412-8.
12. Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA). Erişim adresi: <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>
13. The General Practitioner In Europe: A statement by the work- ing party appointed by the European Conference on the Teach- ing of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974

14. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. Kasım 1978;32(11):428-30.
15. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, vd. The Role Of The General Practitioner/Family Physician In Health Care Systems: A Statement From Wonca, 199.
16. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice--time for a new definition. BMJ. 05 Şubat 2000;320(7231):354-7.
17. Öner C. Evolution of family medicine specialty in legislations. taht. 22 Aralık 2015;19(4):165-9.
18. Yayın E, Alper Y. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme. CT. 25 Ocak 2023;1(76):121-58.
19. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. The Development of Family Medicine as a Discipline in Turkey. GeroFam-A peer reviewed, evidence-based gerontology-oriented family practice journal. 01 Ocak 2011;29-40.
20. Prof Dr Erdem Aydın. Dünya ve Türk Tıp Tarihi [İnternet]. 2006 [a.yer 07 Mayıs 2024]. Erişim adresi: <https://www.guneskitabevi.com/urun/dunya-ve-turk-tip-tarihi>
21. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri: Health Services In The Foundation Period Of Turkish Republic. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2002;183-92.
22. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Erişim adresi: <https://silo.tips/download/ale-doktorlari-n-kurs-notlari>
23. Başer DA, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Med J. 02 Mayıs 2015;15(1).
24. Yardımcı Y, Akbiyik D, Aypak C, Yikilkan H, Gorpelioglu S. Primary Care Practise in Turkey and Training of Contracted Family Physicians. TJFMPC. 2016;1.
25. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi [İnternet]. [a.yer 07 Mayıs 2024]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/334647470_AILE_SAGLIGI_MERKEZI_YONETIMI
26. Erdem Ö, Yosunkaya A, Erdem A. Türkiye’de Otuzuncu Yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalları Ve Akademik Kadroların Nicel İncelenmesi. TJFMPC. 20 Eylül 2023;17(3):436-43.

27. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim adresi:
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
28. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Hukuki Dayanağı . Erişim adresi:
https://www.researchgate.net/publication/313360583_Turkiye'de_Aile_Hekimligi_Uygulaması_ve_Hukuki_Dayanagi
29. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Erişim adresi:
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
30. Tukmosailehekimligimufredatv24pdf. Erişim adresi:
<https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>
31. 2021-2022 Wonca Annualreport.Erişim:
<https://www.globalfamilydoctor.com/aboutwonca/annualreport.aspx>
32. About WONCA Europe | WONCA Europe Erişim adresi:
<https://www.woncaeurope.org/page/about-wonca-europe>
33. WONCA Europe- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Erişim adresi:
<https://www.tahud.org.tr/page/wonca-europe>
34. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruo E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyumlamakta mıdır? 2012;
35. Ventres WB, Stone LA, Joslin TA, Saultz JW, Aldulaimi S, Gordon PR, vd. Storylines of family medicine III: core principles-primary care, systems and family. *Fam Med Community Health*. 12 Nisan 2024;12(Suppl 3):e002790.
36. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28 Şubat 2007;297(8):831-41.
37. Öğrü g. Uzmanlık Eğitimi Alan Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin ‘İdeal Aile Hekimi Olma’ ile ilgili Bilişsel Temsillerinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Adana,2020.
38. Álvarez Montero S. [Core values in family medicine revisited]. *Aten Primaria*. Nisan 2017;49(4):248-52.
39. CanMEDS- Family Medicine 2017. Erişim Adresi: <https://www.cfpc.ca/en/resources/medical-education/canmeds-family-medicine-2017>

40. Ventres WB, Stone LA, Akhtar R, Ring JM, Candib LM, Messias E, vd. Storylines of family medicine IV: perspectives on practice-lenses of appreciation. *Fam Med Community Health*. 12 Nisan 2024;12(Suppl 3):e002791.
41. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. Eylül 2003;1(3):134-43.
42. Smith J. Primary care: balancing health needs, services and technology. *Int J Integr Care*. 01 Eylül 2001;1:e36.
43. Schor A, Bergovoy-Yellin L, Landsberger D, Kolobov T, Baron-Epel O. Multidisciplinary work promotes preventive medicine and health education in primary care: a cross-sectional survey. *Isr J Health Policy Res*. 06 Haziran 2019;8(1):50.
44. Michels NRM, Maagaard R, Švab I, Scherpier N. Teaching and Learning Core Values in General Practice/Family Medicine: A Narrative Review. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8:647223.
45. Ventres WB, Stone LA, Shah R, Carter T, Gusoff GM, Liaw W, vd. Storylines of family medicine II: foundational building blocks-context, community and health. *Fam Med Community Health*. 12 Nisan 2024;12(Suppl 3): e002789.
46. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin B12 Vitamini Bozuklukları Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Dr. İhsan Ağar,2023
47. Arvidsson E, Švab I, Klemenc-Ketiš Z. Core Values of Family Medicine in Europe: Current State and Challenges. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8:646353.
48. Beaulieu MD, Dory V, Pestiaux D, Pouchain D, Rioux M, Rocher G, vd. What does it mean to be a family physician?: Exploratory study with family medicine residents from 3 countries. *Can Fam Physician*. Ağustos 2009;55(8): e14-20.
49. Kolesnyk P, Bayen S, Shushman I, Kolesnyk A, Kuodza G, Klemenc-Ketiš Z, vd. Identification and Ranking of Core Values in Family Medicine: A Mixed Methods Study From Ukraine. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8:646276.
50. Tengilimoğlu D, Dinçer WMM, Kisa A, Younis MZ. Evaluation of the Family Medicine Practice in Ankara Province by Family Physicians. *J Health Hum Serv Adm*. 2016;39(2):186-216.
51. Ankara İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapmakta Olan Aile Hekimlerinin Wonca (Dünya Aile Hekimliği Birliği) Avrupa Tanımında Yer Alan Çekirdek Yeterlilikler Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Dr. Mehmet Fatih Fişenk,2024

52. Özdemir S, Akça H. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 13 Eylül 2021;28(3):535-6.
53. Aile hekimlerinin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi (Edirne İl merkezi örneği)- Trakya Üniversitesi Akademik Veri Yönetim Sistemi [İnternet]. [a.yer 07 Mayıs 2024]. Erişim adresi: https://unis.trakya.edu.tr/proje-detay/2_CJSuCO_56/aile-hekimlerinin-iletisim-becerilerinin-hasta-memnuniyeti-uzerine-etkisi-edirne-il-merkezi-ornegi
54. Aynaoglu Hakverdi Ö. Aile Hekimlerinin İletişim Becerileriyle Hastaya Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Turk Aile Hek Derg. 2022;26(1):17-24.
55. Cheng A, Guzman CEV, Duffield TC, Hofkamp H. Advancing Telemedicine Within Family Medicine’s Core Values. Telemed J E Health. Şubat 2021;27(2):121-3.
56. Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, İnci BM, Bedir N, vd. Burnout Levels and Related Factors of Family Doctors Who Work At Family Health Centers in Sakarya Province. Sakarya Med J. 2016;6(2):76-82.
57. Schäfer WLA, Boerma GW, van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, vd. Are people’s health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. Prim Health Care Res Dev. 01 Temmuz 2019;20: e104.
58. Ö AE, G Ç. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. ETD. 01 Mart 2012;51(1):21-9.
59. Üstü Y, Uğurlu M, Keskin A. Aile Hekimliği Uygulamasında Geliştirilmesi Gereken Noktalar. Ankara Med J [İnternet]. 04 Mart 2016 [a.yer 07 Mayıs 2024];16(1). Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.17098/amj.04900>
60. Aktaş P. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularının Kapıtutuculuk İşlevi Ve Bu İşlevin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri. Hsid. 26 Aralık 2019;22(4):879-92.
61. THSK.pdf [İnternet]. [a.yer 07 Mayıs 2024]. Erişim adresi: <https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK>
62. Aile Hekimliğinde Süreklilik Aile Hekimleri İçin Ne Kadar Önemli: Edirne Örneği Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Dr. Emin Demirsoy. Edirne,2022.
63. Etçioğlu E, Aydın A, Ekerbiçer H, Özen F, Aydın MR, Köse E, vd. Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Sakarya Tıp Dergisi. 27 Aralık 2021;11(4):757-64.

8. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Saliha ÇAYIR
Akademik unvan/pozisyon	Asistan Doktor
Görev yeri	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Yabancı Dil	İngilizce

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum
2012-2018	Tıp Fakültesi	Süleyman Demirel Üniversitesi

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2020-Devam	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği	Asistan Doktor
2018-2019	Konya Beyşehir Devlet Hastanesi Acil Servis	Pratisyen Doktor

9. EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-23-3517

3517-no’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılması planlanan “Ankara’daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplininin Özelliklerine Bakışı” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

26/04/2023

Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplininin Özelliklerine Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/3517/2023	Tarih: 26.04.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplininin Özelliklerine Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Defne KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Berrak GÜMÜŞKAYA ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Alp ŞENER	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplininin Özelliklerine Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara
TELEFON	0312 552 66 00
FAKS	0312 552 99 82
E-POSTA	ankarash.etikkurul@sağlık.gov.tr

BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail Kasım			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışma (Dr. Saliha Çayır'ın tezi olan)				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanını
Unvanı/Adı/Soyadı F
İmza:

EK-2. AKADEMİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarihi ve Sayısı: 10.05.2023 / 244068



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--244068
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

16.05.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 11.05.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.zhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 81 (seksen bir) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSAKDDBM3E* Pin Kodu : 21362

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:<http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Radyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSAKDDBM3E* Pin Kodu : 21362

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Etilik/Keçiören/ANKARA

Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90

Web: <http://sbu.edu.tr>

Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIRIM

Unvanı: Uzman



20.	Dr. Cansu KOZ	Ankara SUAM	Şehir	Robotik Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomilerde Düşük Akım ve Normal Akım Anestezi Yönetiminin Karşılaştırılması üzerine etkisi	Kabul Edildi.
21.	Dr. Diğdem KURUKAFA	Ankara SUAM	Şehir	Mide Adenokarsinomlarında masspin immün ekspresyonunun histomorfolojik bulgular ve prognostik parametreler ile ilişkisi	Kabul Edildi.
22.	Dr. Semih TAPSIZ	Ankara SUAM	Şehir	Gece Yeme Davranışlarının Uyku Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyi ile ilişkisi	Kabul Edildi.
23.	Dr. Mert Ali KAYA	Ankara SUAM	Şehir	Akut üst gastrointestinal kanamalı hastalarda kanama bölgesinin prognoz üzerine etkisi	Kabul Edildi.
24.	Dr. Yılmaz DOĞAN	GTF Hek.AD.Bşk.lığı	Aile	Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) Düzenlenen Rutin Sağlık Raporları Hakkında Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
25.	Dr. Büşra AVCI	GTF Hek.AD.Bşk.lığı	Aile	Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Astım veya KOAH Tanılı Hastalarda İnhaler İlaç Tedavisi Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi	Kabul Edildi.
26.	Dr. Merve ÇATALTEPE	Ankara SUAM	Sağlık	Fakoemülsifikasyon cerrahisinin gözyaşı parametreleri ve meibomian bez morfolojilerine etkileri	Kabul Edildi.
27.	Dr. Büşra GÜLEÇER	GTF Hek. AD. Bşk. lığı	Uzay	Kabin memurlarının depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi	Kabul Edildi.
28.	Dr. Zeynep İNCE KESKİN	Ankara SUAM	Şehir	Multiple skleroz hastalarında akupunktur tedavisi etkinliğinin konvansiyonel rehabilitasyon yöntemleri ile karşılaştırılması	Kabul Edildi.
29.	Dr. Volkan DEMİRCİ	GTF SUAM	Üroloji	Peyronie hastalığı ve konjenital penil kurvatur nedeni ile takip edilen hastaların biyokimyasal ve klinik analiz sonuçlarının normal popülasyon ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
30.	Dr. Sefa Kaya NAYCI	Ankara SUAM	Şehir	Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde Renovasküler Malformasyonların Sıklığı ve Önemi	Kabul Edildi.
31.	Dr. Elif Nur TORLAK	Ankara SUAM	Şehir	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde Enfeksiyon Tanısı Alıp Ampirik Antibiyotik Tedavisi Başlanan Hastalarda Bakılan Delta Nötrofil İndeksi'nin (DNI); C-reaktif Protein (CRP), Beyaz Küre ve Nötrofil Sayımı ile Karşılaştırılması	Kabul Edildi.
32.	Dr. Nevin KILINÇ	GTF Ergen Sağlık Hastalıkları AD. Bşk. lığı	Çocuk ve Ruh ve	Ergenlerde kendine zarar verici davranışların psikolojik dayanıklılık depresyon aleksitimiyle ilişkisi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması	Kabul Edildi.
33.	Dr. Hazal Selin SOYUGÜR	GTF Ergen Sağlık Hastalıkları AD. Bşk. lığı	Çocuk ve Ruh ve	Majör defresif bozukluk tanısı olup intihar girişimi olan ve olmayan ergenlerde erken dönem uyum bozucu şemaların ve ebeysine-akranlara bağlanma ilişkilerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması	Kabul Edildi.
34.	Dr. Cevriye Cansu DEMİR	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Dr.	Nöroendokrin özellik gösteren meme neoplazmalarının yeniden sınıflandırılması ve INSM1 ekspresyonunun araştırılması	Kabul Edildi.
35.	Dr. Aslı SALTABAŞ	Ankara SUAM	Şehir	Endokrinoloji Kliniğine Oligomenore ile Başvuran Hastaların Etiyolojik Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
36.	Dr. Saliha ÇAYIR	Ankara SUAM	Şehir	Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplininin Özelliklerine Bakışı	Kabul Edildi.
37.	Dr. Kübra KARAKUŞ	Ankara SUAM	Şehir	18-65 yaş arasındaki erişkin hastaların vücut kitle indeksi ve uyku kalitesi arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
38.	Dr. Merve Duygu YURTBAY	Ankara SUAM	Şehir	Yeni tanı 65 yaş üstü metastatik kolorektal kanser tanılı hastalarda kapsamlı geriatrik muayene (katz günlük yaşam aktivite ölçeği (ADL), lavton&brody	Kabul Edildi.

EK-3. ANKET FORMU

ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN ÖZELLİKLERİNE BAKIŞI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen 'Ankara ilindeki aile hekimliği asistanlarının aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerine bakışı' konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada katılımcılara herhangi bir maddi ödeme yapılmayacak olup herhangi bir maddi gelir de beklenmeyecektir. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Anket çalışmamızın amacı Ankara'daki Aile Hekimliği asistanlarının çekirdek yeterliliklere bakışı hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz.

Çalışmamız WONCA Europe tarafından tanımlanan aile hekiminin özelliklerini açıklayan bir özet bilgiyle başlamaktadır. Devamında kişisel bilgilerinizi içeren 6 soru ve çekirdek yeterliliklerle ilgili düşüncelerinizi içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 5 dakikadır. Katılımcılara ait özel bilgiler, hiçbir şekilde araştırma dışında kullanılmayacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi katılımcı kimlikleri gizli kalacaktır.

Anketimize katılmak ister misiniz?

(...) Evet (Hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.)

(...) Hayır (Lütfen nedenini belirtiniz:.....)

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırıp anketimi doldurduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

Ayrıntılı bilgi ve sorularınız için: Dr.Saliha Çayır

ANKET FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Yaşınız: (.....)

3. Çalıştığınız Kurum:

4. Asistanlık şekliniz:

Tam zamanlı aile hekimliği asistanı (...)

Sözleşmeli aile hekimliği asistanı (...)

5. Hekimlik mesleğinde kaçınıcı yılınız? (.....)

6. Aile Hekimliği'nde kaçınıcı yılınız? (.....)

7. Aşağıdaki çekirdek yeterliliklerin aile hekimliğine uygunluğunu puanlayınız (5 tamamen uygun 1 kesinlikle uygun değil şeklinde)

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri / Ait Olduğu Çekirdek Yeterlilik	1	2	3	4	5
Hasta ve Ortama Dayalı Olması (Kişi Merkezli Bakım)					
Doktor- Hasta İlişkisi (Kişi Merkezli Bakım)					
Süreklilik (Kişi Merkezli Bakım)					
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma (Toplum Yönelimli Olma)					
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme (Özgün Problem Çözme Becerisi)					
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme (Özgün Problem Çözme Becerisi)					
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma (Kapsamlı Yaklaşım)					
Sağlık ve İyiliğin Teşviki (Kapsamlı Yaklaşım)					
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme (Birinci Basamak Yönetimi)					
Koordinasyon ve Savunuculuk (Birinci Basamak Yönetimi)					
Biyopsikososyal Yaklaşım (Bütüncül Yaklaşım)					
Hastayla Ortak Karar Verme (Kişi Merkezli Bakım)					

8. On iki çekirdek yeterliliği size göre önem sırasına göre sıralayınız (1 en önemli olacak şekilde her özellik için sadece bir değer işaretlenecek)

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri / Ait Olduğu Çekirdek Yeterlilik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hasta ve Ortama Dayalı Olması (Kişi Merkezli Bakım)												
Doktor- Hasta İlişkisi (Kişi Merkezli Bakım)												
Süreklilik (Kişi Merkezli Bakım)												
Toplumun Sağlığından Sorumlu Olma (Toplum Yönelimli Olma)												
İnsidans ve Prevalansa Dayalı Karar Verme (Özgün Problem Çözme Becerisi)												
Ayrışmamış Hastalıklarla İlgilenme (Özgün Problem Çözme Becerisi)												
Akut ve Kronik Problemlerle Karşılaşma (Kapsamlı Yaklaşım)												
Sağlık ve İyiliğin Teşviki (Kapsamlı Yaklaşım)												
İlk Temas Noktası Olma, Açık Erişim ve Tüm Sağlık Sorunları ile İlgilenme (Birinci Basamak Yönetimi)												
Koordinasyon ve Savunuculuk (Birinci Basamak Yönetimi)												
Biyopsikososyal Yaklaşım (Bütüncül Yaklaşım)												
Hastayla Ortak Karar Verme (Kişi Merkezli Bakım)												

9. On iki özellik arasından aile hekimliği branşına uygun olmadığını düşündüğünüz var mı?

Evet

Hayır

10. Uygun olmadığını düşündüğünüz özellik hangisidir, neden? (9 soruya hayır yanıtını verdiyseniz geçiniz)

.....
.....
.....
.....

11. On iki özellik dışında aile hekimliğine uygun olduğunu düşündüğünüz eklenmesi gereken çekirdek yeterlilik var mı?

Evet

Hayır

12. Eklenmesini istediğiniz özellik nedir, neden? (11. soruya hayır yanıtını verdiyseniz bu soruyu geçiniz)

.....
.....
.....
.....

13. On iki özellik arasından aile hekimliği için uygun olduğunu düşünüp çalışma şartlarınız açısından uygun olmadığını düşündüğünüz var mı?

Evet

Hayır

14. Aile hekimliği için uygun olduğunu düşünüp çalışma şartlarınız açısından uygun olmadığını düşündüğünüz özellik hangisidir, neden? (13. soruya hayır yanıtını verdiyseniz bu soruyu geçiniz.)

.....
.....
.....
.....