

T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**ERZURUM İL MERKEZİNDEKİ
AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLARININ BİRİNCİ BASAMAKTA
ÖNCELİKLİ PROFESYONEL MESLEKİ
FAALİYETLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr.Özge TANRIASIĞI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi Mustafa BAYRAKTAR

ERZURUM-2022



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Özge TANRIASIKI	Sınav tarihi: 28 /04 / 2022
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR	
Tezin Konusu : Erzurum İl Merkezindeki Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Birinci Basamakta Öncelikli Profesyonel Mesleki Faaliyetlerinin Araştırılması	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☐ Yüz yüze katılım sağlanarak ☒ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçen tezin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak; ☒ Kabulüne
1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 5. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)
2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisinin kesilmesine)
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ				
	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr.Ü yesi Mustafa BAYRAKTAR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Ersan GÜRSOY	Aile Hekimliği	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliği.....	3
2.1.1. Aile Hekimliği Tanımları	3
2.1.2. Dünya’da Aile Hekimliği	5
2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği	7
2.2. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	9
2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	10
2.2.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri	14
2.2.3. Aşı ve Bağışıklama Hizmeti.....	16
2.2.4. Taramalar	18
2.2.5. Kronik Hasta Yönetimi ve İzlemi	21
2.2.6. Evde Sağlık Hizmeti.....	22
2.2.7. Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri.....	23
2.2.8. İstismar ve İhmal Olgularının Bildirimi	24
2.2.9. Yerinde Ölü Muayenesi, Defin Ruhsatı ve Ölüm Bildirimi.....	27
2.2.10. Afet Sağlık Yönetimi	28

2.2.11. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi	28
2.2.12. Veri Toplama ve Kayıt Tutma	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırma Tasarımı.....	32
3.2. Etik Kurul ve İzinler.....	32
3.3. Çalışma Evreni	32
3.3.1. Çalışmaya alınma kriterleri:	32
3.3.2. Çalışmadan dışlama kriterleri:	32
3.4. Çalışma Formu	33
3.5. İstatistiksel Analiz	33
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	78
Kısıtlılıklar	93
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
7. KAYNAKLAR	96
8. EKLER.....	103
EK 1.....	103
EK 2.....	105

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş) Gebe Kadınlarda Tetanoz Aşı Takvimi	17
Tablo 2. Ülkemizde Kullanılması Önerilen Bel Çevresi Değerleri	20
Tablo 3. Çalışmaya Dâhil Edilen Katılımcıların Demografik Özellikleri	35
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet ve Meslek Grubuna Göre Yaş ve Meslekte Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Güvenirlik Çalışmasına Dâhil Edilen Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Sorularının Spearman Korelasyon ve Intraclass Korelasyon Analiz Değerleri	37
Tablo 6. Güvenirlik Çalışmasına Dâhil Edilen Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Sorularının Spearman Korelasyon ve Intraclass Korelasyon Analiz Değerleri	38
Tablo 7. Mesleki Faaliyetlerin Önceliğinin Sorgulandığı Anket Cevaplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 8. Mesleki Faaliyetlerin Yeterliliğinin Sorgulandığı Anket Cevaplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 9. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Aile Hekimliğinde Görev Yapma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 10. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Aile Hekimliğinde Görev Yapma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	44

Tablo 13. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması	45
Tablo 14. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması	46
Tablo 15. Katılımcıların Mesleklerine Göre Mesleki Faaliyetlerin Önceliği Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalama Puanları.....	47
Tablo 16. Katılımcıların Mesleklerine Göre Mesleki Faaliyetlerde Yeterlilik Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalama Puanları.....	48
Tablo 17. Birinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. İkinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 19. Üçüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 20. Dördüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 21. Altıncı Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	52
Tablo 22. Yedinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	53
Tablo 23. Dokuzuncu Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 24. Onuncu Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 25. Meslek Gruplarına Göre 13.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	55
Tablo 26. Meslek Gruplarına Göre 14.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	55

Tablo 27. Meslek Gruplarına Göre 15.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	56
Tablo 28. Meslek Gruplarına Göre 16.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	57
Tablo 29. Meslek Gruplarına Göre 17.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	58
Tablo 30. Meslek Gruplarına Göre 18.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	58
Tablo 31. Meslek Gruplarına Göre 19.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	59
Tablo 32. Meslek Gruplarına Göre 20.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	60
Tablo 33. Meslek Gruplarına Göre 21.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	61
Tablo 34. Meslek Gruplarına Göre 22.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	61
Tablo 35. Meslek Gruplarına Göre 24.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	62
Tablo 36. Meslek Gruplarına Göre 25.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	63
Tablo 37. Meslek Gruplarına Göre 26.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	63
Tablo 38. Meslek Gruplarına Göre 27.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması	64
Tablo 39. Birinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 40. İkinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	66

Tablo 41. Üçüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 42. Dördüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 43. Beşinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 44. Altıncı Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 45. Yedinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 46. Sekizinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 47. Meslek Gruplarına Göre 11.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	71
Tablo 48. Meslek Gruplarına Göre 13.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 49. Meslek Gruplarına Göre 17.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 50. Meslek Gruplarına Göre 20.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 51. Meslek Gruplarına Göre 21.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	74
Tablo 52. Meslek Gruplarına Göre 22.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	75
Tablo 53. Meslek Gruplarına Göre 23.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	75
Tablo 54. Meslek Gruplarına Göre 26.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	76

Tablo 55. Meslek Gruplarına Göre 27.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması.....	77
--	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

<i>Şekil 1. Birinci Basamakta Bebek, Çocuk, Ergen İzlemlerine Genel Bakış ...</i>	12
<i>Şekil 2. Periyodik Sağlık Muayenesi için Algoritma.</i>	15
<i>Şekil 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi</i>	17
<i>Şekil 4. ASM’de Yönetici Aile Hekiminin Görevleri.....</i>	30



KISALTMALAR

AHB	:	Aile Hekimliği Birimi
AHUZEM	:	Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü
ark.	:	arkadaşları
ASÇ	:	Aile Sağlığı Çalışanı
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
bkz.	:	bakınız
DÖB	:	Doğum Öncesi Bakım
DSB	:	Doğum Sonrası Bakım
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ESH	:	Evde Sağlık Hizmeti
Hb	:	Hemoglobin
KKK	:	Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı
ort.	:	ortalama
ÖBS	:	Ölüm Bildirim Sistemi
PSM	:	Periyodik Sağlık Muayenesi
SAHU	:	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı
SMA	:	Spinal Musküler Atrofi
TAHUD	:	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TEMD	:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
vb.	:	ve benzeri
WONCA	:	Dünya Aile Hekimleri Akademileri Birliği
YÖK	:	Yüksek Öğretim Kurulu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi, birikim ve deneyimlerinibizlerle paylaşan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR’a,

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve nihai hale gelmesinde göstermiş olduğu ilgi, sabır ve hoşgörüsüyle her türlü desteği veren değerli tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR’a

Uzmanlık eğitimi süresince destelerini eksik etmeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğr. Üyeleri Doç. Dr. Kenan TAŞTAN’a, Dr. Öğr. Üyesi Dr. Suat SİNCAN’a, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa Yılmaz KARTAL’a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışması kapsamındaki anketimizin hekim arkadaşlarımıza ulaştırılmasında büyük desteği olan, asistanlık sürecimizde bize abilik yapan hali hazırda Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif NAS’a da teşekkürü bir borç bilirim.

Üç yıllık uzmanlık eğitimi hayatımda çalışmaktan mutluluk duyduğum, anılar biriktirdiğim ve çalışmamıza katkı sağlayan değerli asistan arkadaşlarıma,

Erzurum yolculuğumuzda bana en büyük desteği veren, tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen değerli eşim M. Fatih TANRIAŞIKI’na,

Öğrencilikten uzmanlığa üzerimde emeği olan kıymetli öğretmenlerime, çok sevgili aileme, tüm sorunlarıma çözüm yolu sunabilen, desteklerini asla esirgemeyen biricik anneme ve babama, eğitim-öğretim ve uzmanlıkta beraber yol aldığımız, hayat neşem biricik kardeşim Dt. Sevde DEMİRCİ’ye

Sonsuz teşekkür eder, sevgilerimi sunarım.

Dr. Özge TANRIAŞIKI

ÖZET

Erzurum İl Merkezindeki Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Birinci Basamakta Öncelikli Profesyonel Mesleki Faaliyetlerinin Araştırılması

Giriş ve Amaç:Günümüzde aile hekimliği uygulamasında aile hekimliği uzmanları, pratisyen aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanları birinci basamak hizmet sunucuları olarak görev yapmaktadır. Farklı eğitimler sonrası göreve başlayan aile hekimlerinin mesleki faaliyetleri icra ederken öncelik verdikleri uygulamaların araştırılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışmamızda, daha güçlü ve daha etkin birinci basamak hizmet sunumu hedefiyle, Erzurum il merkezinde aktif olarak görev yapan tüm aile hekimliği meslek gruplarının öncelik verdikleri ve yetersiz hissettikleri mesleki faaliyetlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem:Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışmamız, COVID-19 pandemisi nedeniyle uzaktan web tabanlı hazırlanmış anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri kaydedilmiştir. “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nde yer alan aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları tarafımızca derlenerek mesleki faaliyetler ile ilgili anket soruları oluşturulmuştur. Öncelikle küçük bir grup katılımcıdan 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmış 27 soruluk bu anket sorularını 15 gün arayla cevaplamaları istenerek, anket sorularının güvenilirliği araştırılmıştır. Spearman ve Intraclass korelasyon analizlerine göre tutarlı olmayan çalışma soruları çıkarılmış ve nihai anket soruları tüm katılımcılar tarafından cevaplanarak, elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular:Çalışmaya gönüllü katılım göstererek anket sorularını cevaplayan 145 katılımcıdan 47’si aile hekimi, 54’ü aile hekimliği asistanı, 28’i aile hekimliği uzmanı ve 16’sı SAHU’dur. Tüm katılımcıların %53,8’i kadın idi. Katılımcıların ortalama yaşı 30,0 [interquartile range (IQR)=6] yıl, ortalama meslekteki süreleri 3,0(IQR=5,0) yıl olarak tespit edildi.Çalışmamızda tüm aile hekimliği meslek gruplarının öncelikli ve yeterli hissedilen faaliyetlerde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Araştırmamızda tüm aile hekimliği meslek gruplarının en çok öncelik verdiği üç mesleki faaliyet çoktan aza doğru sırasıyla;aşı ve bağışıklama hizmeti,aile

sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek ve 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak olmuştur. Tüm katılımcıların en az öncelik verdikleri üç mesleki faaliyetler en azdan çoğa doğru sırasıyla; yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek, acil sağlık hizmeti sunmak ve kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek olarak tespit edilmiştir. Tüm grupların kendilerini en yeterli gördükleri üç mesleki faaliyet çoktan aza doğru sırasıyla; aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak, kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak ve 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak olarak belirtmişlerdir. Diğer taraftan kendilerini en yetersiz saydıkları mesleki faaliyetler azdan çoğa doğru sırasıyla; yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek, tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak ve acil sağlık hizmeti sunmak olarak saptanmıştır.

Sonuç:Aile hekimliği meslek gruplarında yetersiz hissedilen faaliyetlerin ortaya konulması ile aile hekimliği hizmet sunumunuileriye taşımaya yönelik önemli bir veri elde edilmiştir. Bu doğrultuda aile hekimliği uygulamasında görev alan tüm aile hekimliği meslek gruplarının daha nitelikli ve daha donanımlı olabilmeleri için hizmet içi eğitimler ve asistan eğitim programları ile desteklenmelerineihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, birinci basamak, mesleki yeterlilik, sağlık öncelikleri

ABSTRACT

Investigation of Primary Care Professional Activities of Family Physicians and Family Medicine Specialists in Erzurum City Center

Objective: Today, family medicine specialists, general practitioners and contracted family medicine specialists (SAHU) serve as primary care providers in family medicine practice. There is a need to investigate the practices that family physicians, who started to work after different trainings, prioritize while performing their professional activities. In this study, it was aimed to investigate the professional activities that all family medicine professional groups actively working in Erzurum city center prioritize and feel inadequate with the aim of providing stronger and more effective primary care service.

Method: Our research was designed as a cross-sectional and descriptive study. It was carried out with a remote web-based survey method due to the COVID-19 pandemic. The sociodemographic characteristics of the participants included in the study were recorded. The duties, authorities and responsibilities of the family physician in the "Family Medicine Practice Regulation" were compiled by us and survey questions related to professional activities were formed. First of all, a small group of participants was asked to answer these 27-question survey questions, prepared according to a 5-point Likert scale, twice in 15 days, and the reliability of the survey questions was investigated. According to Spearman and Intraclass correlation analyses, inconsistent study questions were removed and the final survey questions were answered by all participants, and the obtained data were statistically compared.

Results: Of the 145 participants who voluntarily participated in the study and answered the survey questions, 47 were family physicians, 54 were family medicine residents, 28 were family medicine specialists, and 16 were SAHU. 53.8% of all participants were women. The median age was 30,0 [interquartile range (IQR)=6] years, and their median duration in the profession was 3,0(IQR=5,0) years. In our study, significant differences were observed in the activities that were felt to be priority and sufficient in all family medicine occupational groups. In our research,

the three occupational activities that all family medicine occupational groups give the highest priority, in order from most to least, are vaccination and immunization service; to refer patients who cannot be diagnosed or treated under family health center conditions to a higher level; and to provide 15-49 years old women follow-up, maternal and child health and reproductive health services. The three professional activities that all participants give the least priority, in order from least to most, are to conduct an on-site burial examination and to issue a burial pass; provide emergency health care; and making a home visit or contact within the first six months to make an initial assessment of the registered persons. The three professional activities that all groups consider themselves most competent, in order from most to least, to provide vaccination and immunization services; to follow up and screen the registered persons according to age, gender and disease groups; and, to provide 15-49 years old women follow-up, maternal and child health and reproductive health services. On the other hand, the professional activities that they consider themselves the most inadequate, in order from least to most, are to carry out on-site examinations of the dead and to issue burial passes; monitor for medically unexplained symptoms; and providing emergency health services.

Conclusion: With the revealing of the activities that are felt to be inadequate in family medicine occupational groups, important data have been obtained to carry the family medicine service delivery forward. In this direction, all family medicine occupational groups involved in family medicine practice need to be supported with in-service training and assistant training programs so that they can be more qualified and better equipped.

Keywords:family practice, primary care, professional competence, health priorities

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık hizmetleri tedaviden ziyade, sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesini temel amaç edinmiştir. Bu doğrultuda hastalık risklerinden kaçınmada bireylere danışmanlık yapmak, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kalıcı hasar bırakmalarının önüne geçmek sağlık hizmeti sunumunda esas hedefleri oluşturmaktadır (1). Bu amaç ve hedefler doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği uygulaması karşımıza çıkmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmeti sunumunda bireylerin ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak bireylere açık ve sınırsız bir giriş imkânı sağlar; yaş, cinsiyet veya kişinin herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık problemleriyle ilgilenir. Hastalıklardan koruyucu, sağlığı geliştirici, iyileştirici, tedavi edici ve destekleyici bakım sunan aile hekimleri bu amaç ve hedefleri karşılamak için ideal bir konumdadır(2).

Aile hekimliği ülkemizde ilk olarak 2004 yılının sonunda çıkarılan yasa ile 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış ve 2010 yılının sonunda tüm Türkiye’de tam uygulamaya geçilmiştir(3). Erzurum, aile hekimliği uygulamasına geçen ilk illerden biri olarak 2008 yılından beri bu hizmeti başarı ile toplum yararına sunmaktadır.

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı “Aile Hekimliği Kanunu”nda tanımlanmıştır. Sağlık İl Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından bu görev sorumlulukların yerine getirilip getirilmedikleri, günlük veya aylık olarak, online bildiri ve takip sistemleri ile takip edilmekte ve buna göre pozitif veya negatif performans uygulamaları ile mükafat veya cezalandırma yapılmaktadır. Sağlık İl Müdürlükleri tarafından ise altı ayda bir olmak üzere, yılda iki kez yüz yüze denetimler ile bu görev ve sorumlulukların takibi ve denetimi yapılmaktadır(3). Bu işleyiş ve takip – denetim mekanizmaları ile aile hekimliği uygulaması, sistematik ve oldukça standardize bir sağlık hizmeti sunmaktadır.

Aile hekimliğinin saha uygulamasında hem pratisyenaile hekimleri hem de aile hekimliği uzmanları bulunmaktadır. Uygulamanın ilk zamanlarında yeterli aile

hekimliği uzmanı olmaması ve hizmetin aksamaması amacıyla pratisyen hekimlerin uyum eğitimleri aldıktan sonra aile hekimi olarak görev yapmaları uygun görülmüş ve halen daha bu uygulama devam ettirile gelmektedir. Aile hekimliği uzmanları, üç yıllık asistanlık sürecinde aldıkları klinik rotasyonlar, bitirme tezi ve uzmanlık sınavı sonrası tamamlanan bir uzmanlık eğitimialarak hizmet sunumuna başlamakta, ancak kısa bir uyum eğitimi alan pratisyen aile hekimleri ile benzer şart ve imkânlarda hizmet sunmak durumunda kalmaktadırlar.

Aile hekimliği uzmanlarının ve pratisyen aile hekimlerinin farklı eğitimler sonrası göreve alınmaları nedeniyle, yetkinlik ve yeterliliklerinin aynı olmayacağı, sahada sağlık hizmeti sunumunda öncelik verdiklerimeslekifaaliyetlerin farklı olabileceği ve dolayısıyla bu durumun araştırılmasına ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Diğer taraftan, sağlık politikalarının geliştirilmesinde asıl amaç sağlık hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Bu önemli bir amaç ve hedefe yönelik olarak, sağlık hizmet sunumunda görev yapan personelin yetersiz hissettikleri mesleki faaliyetlerin dearştırılması ve sonrasındaağlık hizmet sunumunda bir aksaklığa yol açmayacak şekilde uygulayıcıların eksiklerinin giderilmesi gerekmektedir. Böylece sağlık personelinin sağlık hizmet sunumunda daha istekli ve gönüllü yer almaları sağlanarak, kaliteli sağlık hizmeti sunumu hedefi gerçekleştirilmiş olacaktır.

Tüm bunlar doğrultusunda bu çalışmamızda, Erzurum'da görev yapan pratisyen aile hekimleri, aile hekimliği asistanları, aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimlerinin mesleki faaliyetlerini icra ederken öncelik verdikleri ve yetersiz hissettikleri profesyonel mesleki faaliyetlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliği Tanımları

Aile hekimliğinin tanımı, 1900'lu yılların başından itibaren Leeuwenhorst grubu, Gay, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Olesen tarafından geliştirilerek 2002 yılında Dünya Aile Hekimleri Akademileri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians: WONCA) tarafından günümüzdeki son haline ulaştırılmıştır(4).

Leeuwenhorst grubu tarafından 1974'te yapılan ilk tanım; "Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine kayıtlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp doktorudur. Onu diğer uzmanlık dallarından ayıran, bu işlevlerin sentez edilidir. Hastalarına; muayenehanesinde, evlerinde bazen de bir klinik veya hastanede bakar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurur ve bütünleştirir. Kendisine sunulan tüm sağlık sorunları hakkında genel bir değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayan veya terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli bakımını göğüsler. Hastalarıyla sıkı temas halinde olması; her hastası için tekrarlayan zamanlarda profesyonel olarak kullanabileceği bilgiler edinebilmesi ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması anlamına gelir. Diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği içinde çalışır. Hastalarının ve ailelerinin iyilik hallerini sürdürebilmeleri için koruma, tedavi ve eğitim hizmetleri arasında nasıl ve ne zaman seçim yapması gerektiğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki yükümlülüğü olduğunu kabul eder." şeklindedir(5).

İlerleyen yıllardaki sağlık meslek anlayışındaki değişimler tüm dünyada aile hekimliğinin yeniden tanımlanması ihtiyacını doğurmuş ve 1991 yılında WONCA tarafından; "Aile hekimi ya da genel pratisyen, tıbbi bakım gereksinimi olan herkese kapsamlı sağlık hizmeti sunabilen ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Aile hekimi, bakım gereksinimi olan herkesi kabul eden genel tıp hekimi olarak görev yaparken diğer sağlık hizmeti sunucuları

yaşı, cinsiyete ve tanıya göre hizmet sunumunda sınırlamalar koyarlar. Aile hekimi ırk, din, kültür ve sosyal sınıf ayrımı gözetmeksizin, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında tıbbi bakım sunar. Hastalarının sosyoekonomik, kültürel ve ruhsal durumlarını göz önünde bulundurarak bakımlarının büyük bölümünü sağlamada klinik yeterliliğe sahiptir. Ek olarak hastalarına sürekli ve kapsamlı bakım sunmada kişisel sorumluluk üstlenir. Aile hekimi tıbbi bakım hizmetini, kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet sunduğu toplumun mevcut kaynaklarına göre, doğrudan veya diğer sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” şeklinde ifade edilmiştir (6).

Olesen ise 2000 yılında aile hekimini şu şekilde tanımlamıştır; “Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık sisteminin ön safında hizmet vermek ve hastalarının olası sağlık problemlerine bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzman hekimdir. Aile hekimi, bireyde var olan hastalığın tipine ve ya diğer kişisel ve toplumsal özelliklerini gözetmeksizin, sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını hastaların yararına olacak en iyi şekilde kullanarak sağlık bakımı sunar. Aile hekimi tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini sentezleyerek tanı, tedavi, koruma, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında hastalarla ilgilenir.” (7). Olesen tanımında; aile hekimliğinin temel prensipleri çerçevesinde, bir uzmanlık dalı olduğu vurgusunu yapmıştır.

WONCA Avrupa 2002 tanımına göre “Aile hekimliği; kanıt temeli, araştırması, eğitim içeriği ve klinik uygulamasıyla kendine mahsus akademik ve bilimsel bir disiplin, birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda yetiştirilmiş uzman hekimlerdir. Temel olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım ihtiyacı olan herkese kapsamlı ve sürekli bakım hizmetinden sorumlu kişisel doktorlardır. Her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarak kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar. Aile hekimleri güvenli ve etkili bir hasta bakımı için kendi becerilerini sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek mecburiyetindedirler” (8). Revize edilen WONCA Avrupa 2005 ve 2011 yayınlarında ise aile hekimliği tanımlaması değişmemiştir.

Aile hekimliği üzerine yapılan tanımlar zaman içerisinde farklılıklar gösterse de tümünde amacının ve ilkelerinin ortak olduğunu söyleyebiliriz.

2.1.2. Dünya’da Aile Hekimliği

Aile hekimliğinin 18. yüzyılda Avrupa’dan Amerika’ya dönen ve cerrah olarak görev yapmak istemeyen hekimlerin sayısının gittikçe artması sonucu doğmuş olduğu kabul edilmektedir. Aynı yıllarda İngiltere’de de benzer olaylar yaşanmış ve “genel pratisyen” terimi ilk kez 19. yüzyılda Lancet’te kullanılmıştır. Böylelikle genel pratisyenlik 18. yüzyılda Amerika’da doğmuş ve 19. yüzyılda İngiltere’de adını almıştır(9).

Aile hekimliğine olan ihtiyaç ise ilk defa 1923 yılında dâhiliye uzmanı olan Francis Peabody tarafından *“Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği”* ifadesiyle gündeme getirilmiştir. Bu görüşün ilk yankısı olarak aile hekimliği/genel pratisyenlik uygulamaları seneler sonra İngiltere’de 1947 yılında başlamış, 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleği (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur(9, 10). Avrupa’da aile hekimliği nosyonunun ilk savunucu ve uygulayıcı ülkesi olan İngiltere’de aile hekimliğinin ilk üniversite kürsüsü ise Edinburg’da 1963 yılında kurulmuştur(11). Bu gelişme sonrasında Amerikan Tıp Birliği’nin (American Medical Association) 1966 yılında Millis ve Willard raporlarını yayınlamasını takiben 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde birincil bakım konusunda görev yapan yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) oluşturulmuştur (10).

Dünya çapında ise 1972 yılında 18 üye ülke katılımı ile Dünya Genel Pratisyen/ Aile Hekimliği Ulusal Koleğler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği olan WONCA kurulmuştur(12).

Bu gelişmeler sonrasında idari kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının; dünya genelinde kabul edilen bir tanımının yapılması gerekliliği gündeme gelmiştir. Hollanda’da 1974 yılında “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında Leeuwenhorst grubu tarafından birinci basamak hekimliğinin, diğer

kl nik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgusu yapılarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır (10).

Kazakistan’da 1978 yılında düzenlenen Alma Ata Konferansı’nda “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine has bilgi ve koşullar içermesi sebebiyle bu hizmetin uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sonrasındad nya çapında bu konudaki çalışmalar hız kazanmış; ülkeler sağlık sistem politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden ge irmışlerdir(9).

Avrupa Konseyi, 1986 yılında Avrupa Topluluğu  yesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrasında en az 2 yıl aile hekimliği eğitimi alma gerekliliğine karar kılmış ve bu uygulamanın harekete geçirilmesi için 1 Ocak 1995 tarihini hedeflemiştir. Avrupa Konseyi 2001 direktiflerinde ise bu süre 3 yıla yükseltilmiştir(9).

Kanada’da 1994 yılında WONCA ile DSÖ tarafından ortak düzenlenen konferansın sonuç bildirgesinde; “Aile hekimliğinin, modern tıp eğitiminin karşı karşıya olduğu problemleri  zebilecek ve bunun için en iyi eğitimi sağlayabilecek tıp disiplini” olduğu vurgusunu yapmıştır. Bu konferansta alınan karar ve öneriler aile hekimliğinin dünya çapında yaygınlaşması ile birlikte gelişmesinde önemli bir katkı sağlamıştır(9).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; İspanya’da 1979, İtalya ve Norveç’te 1985, Yunanistan’da 1986, Portekiz’de 1987, Fransa’da 1990 yılında başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetinde görev alacak hekimler için İngiltere’de 1979, Portekiz’de 1987, Almanya’da 1994 yılından itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir(9, 11).

Temel tıp eğitimi sonrasında uzmanlık eğitimi gerektiren aile hekimi uzmanlığı dünya genelinde bu aşamalarla gelişmiş olup günümüzde farklı siyasi sistemleri olan birçok ülkede, farklı finansman modelleriyle birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir (9).

2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği

Ülkemizde 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nin 3.maddesine göre aile hekimi;“*Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.*”(13).

Aile hekimliği kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış fakat o dönemde ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir(14). 1984 yılında ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş fakat gelişme gösterememiş ve kapatılmıştır(15). Aile hekimliği uzmanlık eğitimine ise 1985’te Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. (14). 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurulu’nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür.YÖK’ün bu kararını takiben 17 Eylül 1993’te Türkiye’de ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Trakya Üniversitesi’nde kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı adına açılan 10 asistan kadrosu ile aynı yıl uzmanlık eğitimine başlanılmıştır. Böylelikle aile hekimliği disiplininin gelişimi hız kazanmış olup aile hekimliğinde akademik gelişimin önü açılmıştır(15).

Ülkemizde 2010 yılına kadar aile hekimliği uzmanlık eğitimi sadece hastane ortamlarındaki klinik rotasyonlardan oluşan 3 yıllık bir eğitim süreci iken rotasyon süreleri 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından tekrar düzenlenmiş ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki hastane klinik rotasyonları 36 aydan 18 aya

düşürülmüştür. Halen mevcut olan bu uygulama ile aile hekimliği saha rotasyonu için bir yol açılmıştır(16).

Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 22 Haziran 1990'da kurulmuş ve derneğin adı 22 Mart 1998 tarihinde Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir. TAHUD aile hekimliği disiplininin Türkiye'deki temsilcisi olarak aile hekimliği eğitim ve uygulamaları ile ilgili çok sayıda toplantı ve çalıştay yapmıştır ve yapmaya devam etmektedir(17).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen Acil Eylem Planı'nda "Herkesin Sağlık" başlığı altında yer alan temel hedeflerin açıklanması ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir(18).

Sağlık Bakanlığı tarafından bazı illerin "pilot uygulama illeri" olarak belirlenmesiyle aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır. 2006 yılında 10 il daha pilot uygulama ili olmuştur. 2010 yılında Türkiye'nin tüm illeri aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. Böylece ülkemizde bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri aracılığıyla verilmesi sağlanmıştır(19).

Aile hekimliği uygulamasının harekete geçirilmesiyle Mart 2005'te Düzce'de pratisyen olarak görev yapan hekimlere altı gün süren birinci aşama uyum eğitimleri başlatılmıştır. Bu eğitimi tamamlayan hekimler "Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası" alarak sahada aile hekimliği yapmaya başlamıştır. Sürekli mesleki gelişim kapsamında aile hekimlerine ikinci aşama uyum eğitimleri ise Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından hazırlanan Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü (AHUZEM) aracılığıyla 2012'de verilmiştir(20). Günümüzde halen ilk defa aile hekimliği yapacak olan hekimler için birinci aşama uyum eğitimleri Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından belirli aralıklarla devam ettirilmektedir.

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Eğitimi ise Tıpta Uzmanlık Kurulunun 02-03.01.2014 tarih ve 406 sayılı kararı ile belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde, 2014 yılı İlkbahar dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavıyla başlamıştır.

Sınavda başarılı olan sözleşmeli aile hekimleri eğitim hastaneleri ve üniversitelerde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu adına ilk kez uzmanlık eğitimine alınmıştır(21). SAHU eğitimi 6 yıl sürmekte olup bu sürenin 18 ayı rotasyonlarda geçmekte kalan 54 aylık süre ise hizmet verilen Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) tamamlanmaktadır.

2.2.Aile Hekiminin Görev,Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı ResmîGazete’de yayımlanan“**Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**”nin 4.maddesinde açıklanmaktadır. Buna göre;

- Aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.
- Aile hekimi; kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.
- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapar.
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir.
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur ya da kişiler ile iletişime geçer.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.
- Periyodik sağlık muayenesi yapar.
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, ergen, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) yapar.
- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında

kişiyeye yönelik koruyucu sağıık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.

- Aile sağııkğı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağıık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar.
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir.
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağıık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağıık kayıtlarını günceller.
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.
- Entegre sağıık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar.
- Kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağıık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler.
- Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır.
- Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar(13).

2.2.1. Birinci Basamak Sağıık Hizmetleri

Birinci basamak sağıık hizmetlerinin sunulduğu ASM'ler geniş kapsamlı hizmet potansiyeli ile hastaların ilk başvuru noktalarıdır. Bu özelliğıyle hastalar daha ilk aşamada elimine edilmektedir(22). ASM'lerde görev alan aile hekimleri; birinci basamak teşhis (laboratuvar, tetkik ve veya görüntüleme hizmetleri dahil), tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile birlikte koruyucu sağıık hizmeti sunumunda görev alırlar.

Sağıık hizmet sunumu ASM'lerde yaşam boyudur. Yani bir bebeğin fetal döneminden başlayarak doğumuna ve sonrasında yeni doğan, sağlam çocuk, ergen takipleri ile erişkin ve yaşlılık süreçleri de dâhil olmak üzere yaşamın her döneminde bireylere sağıık hizmeti sunulmaktadır(23).

Sağlam bebek ve çocuk izlemleri; büyüme ve gelişiminin izlenmesi, çocukluk çağı aşılarının yapılmasıyla birlikte çocuk ve ailenin bazı davranış problemleri, olası kazalar ve beslenme konularında ailenin bilgilendirilmesini kapsamaktadır(24).Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında izlemler Şekil 1’de görüldüğü üzere;yeni doğan bebeğin ilk hafta içerisinde değerlendirilmesiyle başlar. Bunu 15. ve 41.günde, 2., 3., ve 4.aylarda, 6., 9.,ve 12.aylarda olan bebek izlemleri takip eder.Bir ve üç yaş arasında 6 ayda bir olan çocuk izlemlerine başlanarak,4 ile 9 yaş arası çocuk izlemleri sonrasında 10 ile 21 yaşarası ergen/genç izlemleri olarak devam eder(25).

Bebek, çocuk ve ergen izlemleri bir periyodik sağlık muayenesi (PSM) örneğidir. İzlemlerde gerekli tarama testleri yapılır ve aşılama durumu, görülen aşı yan etkileri, güncel diğer yakınmaları, diş çıkarma, beslenme durumu ve çevreye olan ilgisi sorgulanarak gelişim seyri değerlendirilir(26). Her kontrolde; baş çevresi, boy ve ağırlık ölçümleri yapılarak büyüme izlem grafiğine (persentil eğrileri) işaretlenir ve gerekli karşılaştırmalar yapılarak büyüme ve gelişme durumu takip edilir(27).

İŞLEM	YAŞ	Yenidoğan	İlk hafta	15. Gün	41. Gün	2. Ay	3. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay	12. Ay	18. Ay	24. Ay	30. Ay	3 yaş	4 yaş	5 yaş	6 yaş	7 - 9 yaş	10-14 yaş	15-18 yaş	19-21 yaş
Ölçümler	Baş çevresi ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Boy ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ağırlık ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Beden Kitle İndeksi												+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Duyusal taramalar	Kan basıncı değerlendirilmesi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	+	+	+	+	+	+
	İşitme değerlendirilmesi	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	*	*
Gelişimsel değerlendirme	Görme taraması	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	*	*	*	*	*	*	*
	Fiziksel gelişimin değerlendirilmesi			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Sosyal davranışsal değerlendirme				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	HEADSSS değerlendirmesi																			+	+	+
Prosedürler	Otizm spektrum bozukluğu değerlendirme											+	+		+							
	Fizik muayene	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Yenidoğan topuk kanı taraması	+	+																			
	Bağışıklama	+	*	*	+	+	*	+	+	*	+	+	+	*	*	*	*	+	*	+	*	*
	GKD taraması	*	*	*	+																	
	Hb/Htc ölçümü									+							+			+	+	+
	Hiperlipidemi risk değerlendirilmesi												+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Diğer	D vitamini desteği		+	+	+	+	+	+	+	+	+											
	Demir desteği					*		+	+	+	+											
	Diş Sağlığı						+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Danışmanlık		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+Mutlaka yapılacak

* Değerlendirme sonucunda gerekirse yapılacak

HEADSSS: Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Safety (güvenlik)

- Aile hekimleri, bebekte ilk izlem hariç diğer 8 izlemden, çocuk izlemleri ile 6-19 yaş aralığındaki izlemlerin tamamından sorumludur.
- 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir, bununla birlikte bu dönemde Hb/Htc ölçümünün belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaşlar) 1'er kez yapılması yeterlidir.

Bebek izlem zamanları ve aralıkları;

- İlk izlem (doğumun hemen sonrasında)
- Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10.gün arası)
- 15. gün izlemi (11.-29.gün arası)
- 41. gün izlemi (30.-59. gün arası)
- 2. ay izlemi (60.-89. gün arası)
- 3. ay izlemi (90.-115. gün)
- 4. ay izlemi (120.-150. gün)
- 6. ay izlemi (180.-210. gün)
- 9. ay izlemi (250.-290. gün)

Çocuk izlem zamanları ve aralıkları;

- 12. ay izlemi (365.gün-394. Gün)
- 18. ay izlemi (481.gün-570.gün)
- 24. ay izlemi (661.gün-760.gün)
- 30. ay izlemi (841.gün-930.gün)
- 36. ay izlemi (1021.gün-1110.gün)
- 48. ay izlemi (1321.gün-1530.gün)
- 60. ay izlemi (1681.gün-1890.gün)

Okul çağı çocuk/Genç izlem zamanları ve aralıkları;

- 6. yaş izlemi (67.-78. ay)
- 7. yaş izlemi (79.-90. ay)
- 8. yaş izlemi (91.-102. ay)
- 9. yaş izlemi (103.-114. ay)
- 10. yaş izlemi (115.-126. ay)
- 11. yaş izlemi (127.-138. ay)
- 12. yaş izlemi (139.-150. ay)
- 13. yaş izlemi (151.-162. ay)
- 14. yaş izlemi (163.-174. ay)
- 15. yaş izlemi (175.-186. ay)
- 16. yaş izlemi (187.-198. ay)
- 17. yaş izlemi (199.-210. ay)
- 18. yaş izlemi (211.-222. ay)
- 19. yaş izlemi (223.-234. ay)
- 20. yaş izlemi (235.-246. ay)
- 21. yaş izlemi (247.-258. ay)

Şekil 1. Birinci Basamakta Bebek, Çocuk, Ergen İzlemlerine Genel Bakış

DSÖ tarafından 1987 yılında “güvenli annelik” seferberliği başlatılmış, tüm kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ihtiyacı olan sağlık bakımını alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda gebelik, doğum ve lohusalıkta ortaya çıkabilecek komplikasyonlar sonucu annelerin ve veya bebeklerin ölüm ya da sakatlıklarının önlenmesi hedeflenerek doğum öncesi bakımın (DÖB) önemine dikkat çekilmiştir. DÖB; tüm gebelik süresince annenin ve fetüsün düzenli aralıklarla sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesi ve gerekli danışmanlık hizmetlerinin sunulmasıdır (28). Ülkemizde birinci basamakta görev alan aile hekimlerinin gebe izlemlerinde standardizasyonunu sağlamak ve daha nitelikli DÖB hizmeti sunabilmeleri için Sağlık Bakanlığı tarafından “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” oluşturulmuştur. Bu doğrultuda her gebe bağlı olduğu aile hekimi birimince ilk 14 hafta içinde, 18-24, 28-32 ve 36-38 haftalar arasında olmak üzere dört kez izleme davet edilerek şikâyetleri değerlendirilir, fizik muayenesi, kan basıncı ölçümü, gerekli tetkikleri (tam idrar tetkiki, tam kan sayımı vb.) yapılır, haftasına uygun olarak ihtiyacı olan vitamin D ve demir desteğine başlanır(29).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen bir diğer hizmet; aile hekimlerince düzenlenebilen sağlık raporlarıdır. Bu doğrultuda aile hekimlerinden talep edilebilecek raporlar; evlilik öncesi sağlık raporu, sürücü adayları ve sürücüler için sağlık raporları, akli meleke raporları, yivsiz av tüfeği raporları, askerliğe elverişlilik raporu, sporcu lisans raporları ve durum bildirir tek hekim raporları olarak sayılabilir. Aile hekimliği pratiğinde çok çeşitli, kişi ya da kurumlar tarafınca belirlenmiş durumlarla ilgili spesifik sağlık raporu talepleriyle de karşılaşmaktadır. Raporların hangi amaçla istendiği ve değerlendirme ölçütlerinin net olmaması sebebiyle gerek rapor talep eden birey gerekse hekim çeşitli hukuki risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Dolayısıyla rapor düzenleyen hekim eğer ihtiyaç duyuyorsa ilgili branştan konsültasyon talebinde çekimser olmamalıdır(30).

Raporların bireylere yönelik esas amacı ise sağlıkları ile ilgili olası riskleri tespit ederek önlemektir. Bunu sağlayabilmek için özenli bir fizik muayene ile birlikte gerekli tetkik veya testler titizlikle yapılmalıdır. Düzenlenen raporun yer aldığı ilgili mevzuatta tam olarak nelere dikkat edilmesi gerektiği hususları da göz önünde bulundurularak usulüne uygun bir şekilde rapor düzenlenmelidir. Gerekliği

gibi hazırlanan raporlar; bireyi olası risklere karşı koruduğu gibi raporu düzenleyen hekimi de yasalar karşısında güvence altına alır (30).

2.2.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri

Değişen dünya ve gelişen sağlık hizmet sunumu, insanların sağlıkla ilgili görüşlerinde farkındalığa yol açmıştır. Giderek daha fazla kişi hem kendileri hem de çocukları için sağlıklı yaşam biçimlerine yönelerek periyodik sağlık kontrollerini yaptırmaya ilgi duymaya başlamıştır. Aile hekimliği uygulaması ise bireylerin ilk tıbbi temas noktası olması nedeniyle bu istemi karşılamak için ideal bir konumdadır (31).

Periyodik sağlık muayenesi (PSM), henüz herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı bireylerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. Bu izlem programı ile birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması ve gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç kapsamında bireylere; cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, bulunduğu toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini, bağışıklamayı içeren bir hizmet sunumunu içermektedir (32).

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care) ise PSM'yi bireyin hastalık gelişme riskini saptamak ya da asemptomatik hastalığa yönelik erken tanı koymak için tasarlanmış hem birincil hem de ikincil korumayı içeren bir grup etkinlik olarak tanımlamaktadır (33).

PSM ayrıntılı öykü alınması ile başlar. Öykü; hastanın olası sağlık risklerini belirleyebilmek için kendisinin ve ailesinin (kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar vb. yönüyle) hastalık ve sağlık durumlarını, yaşam biçimini ve alışkanlıklarını (alkol-sigara-madde kullanımı, bedensel etkinlik derecesi, beslenme alışkanlıkları, uyku düzeni) ve iş yaşantısı memnuniyetini içermelidir. Fizik muayene ikinci adımdır.

Yaşamsal bulgular değerlendirilerek hangi yaşta olursa olsun kan basıncı mutlaka ölçülmelidir. PSM'nin daha sonraki adımları; kişinin yaş ve cinsiyetine göre bedensel değerlendirilmesi, kanıta dayalı tarama testlerinin yapılması, riskli davranışlar ve koruyucu önlemlere dair danışmanlık hizmetinin verilmesi, gerekli aşıların yapılması, sağlık eğitimi ve gerekiyorsa kemoproflaksi ile devam eder. PSM'ye ilişkin örnek bir algoritma Şekil 2'de gösterilmiştir (33):



Şekil 2. Periyodik Sağlık Muayenesi için Algoritma.

Her ülke, kendi toplumunun risk gruplarına göre sağlık izlemlerinde öncelikler belirleyerek kendine özel periyodik sağlık muayenesi kılavuzlarını geliştirmelidir. Bu süreçte kullanılacak tarama testlerinin güvenilirliğinin yanı sıra ülke ekonomisine uygunluğu da göz önünde bulundurulmalıdır(32). Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi Çalışması ile ilgili ilk çalıştay 2011 yılında ilgili uzmanlık dernekleri temsilcileri ve aile hekimliği akademisyenlerinin katılımıyla gerçekleştirilmiş olup diğer ülkelerin çalışmaları ve kılavuzları incelenerek bir periyodik muayene rehberi oluşturulmuştur. Bu rehber ilgili bölüm uzmanlarınca da değerlendirilmiş ve 2015 yılında revize edilerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından “Aile Hekimliği Uygulamasında

Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” olarak yayımlanmıştır. Rehber bebeklik ve çocukluk dönemi, erişkinlik dönemi ve geriatric dönem olmak üzere 3 başlıktan oluşmaktadır (34).

2.2.3.Aşı ve Bağışıklama Hizmeti

Bağışıklama hizmetlerinin aile hekimleri tarafından yürütüldüğü “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nin 7.maddesinde belirtilerek,Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve/veya Bakanlık ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen kampanyalar kapsamında ihtiyaç duyulan aşılarda bölgedeki Toplum Sağlığı Merkezi(TSM) tarafından aile hekimlerine ulaştırıldığı ifade edilir. Aynı maddede aile hekimlerinin ASM’de soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alması gerektiği,birden çok aile hekiminin görev yaptığı ASM’lerde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılarda için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı çalışanını (ASÇ) soğuk zincir sorumlusu olarak belirlediği,ASM’de yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluğun bu birimdeki aile hekimi ile ASÇ’ye ait olduğu belirtilir (13).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından aşılamaya takvimleri oluşturulmuştur. Bu kapsamda bebek ve çocuklara uygulanan aşı takvimi (Şekil 3), doğurganlık çağı kadınlarda/gebeliktetetanosa karşı aşı takvimi (Tablo 1) geliştirilmiştir. Erişkin ve risk gruplarına ise tetanos-difteri, boğmaca (bir dozu aselüler), influenza (grip), pnömokok, hepatit B, hepatit A, zoster, suçiçeği, kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), meningokok, *Haemophilus influenzae* tip b ve human papilloma virüs aşılarda önerilmiştir (35, 36). Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği’nin en son 2019 yılında güncellediği “Erişkin Bağışıklama Rehberi”nde erişkinlere uygulanan her bir aşının içeriği, endikasyonları ve kontrendikasyonları, doz ve uygulama şekli, yan etkileri detaylı olarak açıklanmış ve hekimlerin yararına sunulmuştur (37).

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG (Verem)			I								
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R			
KPA*			I	II			R				
KKK						ID**	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hepatit A								I	II		
Suçiçeği							I				

*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.
**25.09.2019 tarihli BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.
***11 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere, 48. ayına girmiş olan tüm Çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KPA: Konjüge Pnömonokok Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme) ID: İlave Doz

Şekil 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşı takvimlerinde yer alan, erişkin ve risk gruplarına uygulanan (pnömokok aşıları reçete edilmesi halinde, grip aşıları yılda bir defaya mahsus olmak üzere) aşılar ve COVID-19 pandemi sürecinde koruyucu sağlık hizmetine dâhil olan COVID-19 aşıları ülkemiz birinci basamak sağlık kuruluşlarında temel sağlık hizmeti kapsamında ücretsiz olarak uygulanmaktadır.

Tablo 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş) Gebe Kadınlarda Tetanoz Aşı Takvimi

Aşı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında- İlk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

DSÖ “2019 yılında Küresel Sağlığa Yönelik 10 Tehdit” başlığıyla bir liste yayımlamış ve tehditlerden biri olarak “Aşı Tereddüdü” ne yer vermiştir (38). Bu durum, aşı karşıtı görüşlerin yaygınlığını net olarak ifade etmektedir. Ülkemizde 2010 yılı öncesinde çocuğuna aşı yaptırmak istemeyen aile sayısı oldukça az iken aynı yıl itibariyle aşı karşıtı görüşlerin yaygınlaşması sonucu bu sayı hızla artarak önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. DSÖ aşı tereddüdünü “kompleks” olarak nitelendirmekte ve tereddüdün altında yatan temel nedenin aşılarla erişimde güçlük ve güven eksikliği olduğunu belirterek aşı tereddüdü raporunda; zamana, yere ve aşıya göre değişkenlik gösterebilen bir olgu olduğunu ifade etmektedir (39).

Literatürlere bakıldığında, hekim tavsiyelerinin aşı tereddüdünü azaltmada ve aşı güvenini artırmada en önemli faktörlerden biri olduğu ve böylece aşılama oranlarında iyileşmeler görüldüğü belirtilir (40). Bu noktada bağışıklamada kritik rol üstlenen aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Etkin bir bağışıklama hedefi içine aile hekimleri, aşı uygulamaları ve olası yan etkileri konusunda hizmet içi eğitimlerle desteklenerek yeterli ve güncel bilgiye sahip olabilmelidir. Aile hekimleri ebeveynlerin, yetişkin ve ergen hastaların aşıların yararları ve riskleri hakkındaki sorularını güçlü bilimsel kanıtlara dayanarak net, şeffaf ve anlaşılır şekilde, duyarlı bir dil kullanarak, eğitim düzeylerine uygun olarak yanıtlayabilmeli, hastalarına eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlayabilmelidir (41, 42).

2.2.4. Taramalar

Birinci basamak sağlık kurumlarında sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler kapsamında sunulan bir diğer hizmet tarama testleridir. Tarama testleri; her toplumda farklılık göstermekle birlikte, belirli yaş gruplarında görülme riski fazla olan hastalıklar açısından asemptomatik bireylere uygulanan testlerdir (24).

Ülkemizde aile hekimleri tarafından yapılan sağlam çocuk izlemleri sırasında birtakım taramalar yapılmaktadır. Yeni doğan tarama programı çerçevesinde yer alanlar; yaşamın 3 ila 5. gününde alınan topuk kanında fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biotinaz eksikliği ve kistik fibrozis taramaları, doğum sonrası 3. ve 4. haftada bebeğin gelişimsel kalça displazisi açısından risk değerlendirmesinin yapılması ve riskli vakaların ortopedi kliniklerine yönlendirilmesidir (bkz. Şekil

1).Doğum sonrası ilk izlemiden itibaren görme durumu (nistagmus, şaşılık, ışık refleksleri, kırmızı refle) değerlendirilir, 32 hafta ve/veya 1500 gr altında doğan tüm bebekler ise 4.haftada premature retinopatisi açısından göz hastalıkları kliniğine yönlendirilir.Yenidoğan işitme taramaları primer olarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılsa da aktif olarak kontrol mekanizması aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Yine PSM ve tarama kapsamında 6 ay- 1 yaş arası yapılan izlemlerde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılmaktadır(25).

Demir eksikliği anemisi taraması için aile hekimleri bebeğin 9.ay izleminde hemoglobin (Hb) değeri bakmakta (bkz. Şekil 1) ve 12- 24 ay grubundaki çocuklarda ise palmar solukluk muayenesi yaparak gerekli hallerde demir eksikliğine yönelik tedavi başlamaktadır. 5 yaş ve erken, orta, geç adölesan dönemde ise birer kez Hb kontrolü yapılmaktadır(34).

Aile hekimi tarafından yapılan 36-42 aylık çocukların görme muayenesinde;ışık reaksiyonları değerlendirilir, kırmızı refle testi ve 3 metre mesafeden “Lea Eşeli” ile görme keskinliği testi uygulanır. Lea Sembol testinde her iki göz ayrı ayrı 5/10 görmüyorsa, iki göz arasında okuma eşelinde 2 sıra fark varsa ve diğer fizik muayene bulguları (pitoz, nistagmus, kapak ya da göz anomalileri vb.) risk oluşturuyorsa çocuk göz hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı Eylül 2018 itibarıyla okul çağı çocuklarda da (ilköğretim 1.sınıf) görme taraması programını başlatmış olup aile hekimleri mevcut tarama testlerini (Lea Sembol testi ve Snellen Eşeli) kullanarak görme taramalarını yapmaktadır (25).

Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için aile hekimine herhangi bir sebeple uğrayan 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmaktadır (bkz. Şekil 1). Obezite taraması kapsamında ise 6-18 yaş arasında yılda bir kez ağırlık, boy ölçümüyle beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmakta, fazla kilolu ya da obez olarak belirlenen olgularda aileye ve/veya bireye sağlıklı beslenme önerileri verilerek bir üst merkeze yönlendirilmektedir(34).

Birinci basamakta 0-6 yaş döneminde yapılan bir diğer tarama ise gelişimsel taramalardır. Bu kapsamda; otizm taraması 18-36 aylar arasında bir kez,

dikkateksikliği ve hiperaktivite taraması ile özgül öğrenme güçlüğü taraması 48-60 aylar arasında iki kez yapılmaktadır(34).

Erişkinlik döneminde aile hekimliği polikliniklerinde uygulanan taramalar “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” nde bahsedilmiştir. Gerek Sağlık Bakanlığı’nın gerekse Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED)’nin rehberleri doğrultusunda diabetes mellitus taraması için açlık plazma glikozu veya HbA1c, dislipidemi taraması için total kolesterol, TG, HDL, LDL ve tiroid fonksiyon anomalileri için TSH ölçümleri yaş grupları, cinsiyet, risk faktörleri değerlendirilerek yapılmaktadır. Obezite taraması için 18-65 yaş grubunda ağırlık, boy, bel çevresi ölçümü ve BKİ hesaplanmaktadır. TEMED “Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu”nda kilo fazlalığı ve obezite tanısı için ülkemizde kullanılması önerilen bel çevresi değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir(43). Hipertansiyon taraması kapsamında 18 yaşından büyük her bireyin aile hekimine başvuru ziyaretinden bağımsız olarak yılda en az 1 kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmaktadır. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi; bireyin cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu, sistolik kan basıncı ve total kolesterol ölçüm değeri doğrultusunda SCORE Türkiye ölçeği kullanılarak hesaplanmaktadır.

Tablo 2. Ülkemizde Kullanılması Önerilen Bel Çevresi Değerleri

Bel Çevresi	Fazla Kilolu	Obez
Kadın	>80 cm	>90 cm
Erkek	>90 cm	>100 cm

Talep edilmesi durumunda 18 yaşından büyük ve cinsel aktif kişilerin hepatit B, hepatit C, AIDS’e yönelik kan tetkikleri yapılmakla birlikte aile hekimleri evlilik öncesi sağlık raporu düzenlerken birtakım tetkiklerle cinsel yolla geçen bulaşıcı hastalıkları (hepatit B, hepatit C, AIDS, sifilis), Rh uyumsuzluğu, talasemi ve orak hücre anemisini taramaktadır (34, 44).

Ülkemizde spinal musküler atrofi (SMA) hastalığının taşıyıcılık oranlarının yüksek olması sebebiyle SMA Taşıyıcı Tarama Programı 2021 yılında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 81 ilde uygulanmaya başlamıştır. Evlilik öncesi

dönemde sağlık raporu almak için kayıtlı oldukları aile hekimliği birimlerine başvuranlara ve halen evli olup bebek sahibi olmayı düşünen çiftlerden talep edenleretarama testi uygulanır. Tarama için öncelikle erkek eş ya da eş adayından kan örneği alınır. Erkek eşin ya da eş adayının tetkik sonuçlarında şüpheli pozitif bir sonuç yoksa takipten çıkarılır. Eğer erkek eş adayında şüpheli sonuç saptanırsa mutlaka kadın eş ya da eş adayına da tarama testi uygulanmalıdır. Kadın eş adayında da taşıyıcılık saptanması durumunda aile hekimlerince çiftlere gerekli danışmanlık hizmeti verilerek gebelik ve hasta çocuk doğumunun takibi yapılır(45).

Kanser taramaları ise ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı "Aile Sağlığı Merkezlerinde Kanser Tarama Kılavuzu" doğrultusunda yapılmaktadır. Bu kapsamda meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taramaları bireyin bağlı olduğu aile hekimliği birimince yürütülmektedir(46).

2.2.5. Kronik Hasta Yönetimi ve İzlemi

Nüfustaki yaşlanmayla birlikte diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların görülme sıklığının artışı, ülkemizde birinci basamak hizmet sunumunda etkili bir kronik hastalık bakım modelinin geliştirilmesine ihtiyaç doğurmuştur. Bu doğrultuda sağlık hizmet kalitesini arttırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Hastalık Yönetimi Platformu (HYP) uygulaması geliştirilmiş ve 01.01.2021 tarihinden itibaren 81 ildeki aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır. Bu uygulama ile kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon, diyabet ve obezite hastalıklarının periyodik izlemlerleerken teşhisi, uygun tedavi hizmetinin sağlanması, semptom ve bulgularının kontrol altına alınması, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi hedeflenmiştir(47).

HYP web tabanlı bir uygulama olup aile hekimleri dışındaki sağlık profesyonellerinin de kişinin kronik hastalıklarının tarama ve izlem sonuçlarıyla birlikte tedavi planlarına ulaşabilmeleri için tüm hekimlere yetki imkânı sunulmuştur (47). Bu uygulamanın henüz yeni olması sebebiyle pratikte uygulayıcılar ve kullanıcılar açısından kolaylıkları ya da zorlukları ile sağlık hizmet sunumuna katkıları ise süreç içerisinde takip edilmesi gereken bir husustur.

2.2.6. Evde Sağlık Hizmeti

Ortalama yaşam süresinin artışına paralel olarak çeşitli kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle hastane sonrası bakım hizmetlerine talebin yükselmesi ve bununla birlikte sağlık kuruluşlarına ulaşımındaki güçlükler ev ortamında nitelikli, uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğini doğurmuştur(48). Bu doğrultuda ülkemizde ilk olarak evde sağlık hizmetleri (ESH) 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile hayata geçirilmiştir (49). ESH 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı özel sağlık kuruluşları aracılığıyla verilirken 01.02.2010 tarihli “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Bakanlık’a bağlı Aile Hekimliği Birimleri (AHB) de dâhil olmak üzere tüm sağlık kurum ve kuruluşları hizmet sunum kapsamına alınmıştır(49, 50).

Güncel haliyle ESH tanımı 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafında Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” te; çeşitli hastalıkları nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan kişilere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri olarak ifade edilmiştir. Yönetmelikte belirtildiği üzere ESH; Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri ve TSM bünyesinde kurulan birimler ve AHB vasıtasıyla sunulmaktadır.ESH kapsamında AHB’nin görev yetki ve sorumlulukları Madde 16’da şu şekilde belirtilmiştir:

- Kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği ESH’ ye ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirmek,
- Birimler tarafından ESH sunumu tamamlanan ve koordinasyon merkezi tarafından kendisine bildirim yapılan kayıtlı kişiyi, bildirimini takip eden beş iş günü içerisinde evinde ziyaret etmek,
- ESH birimi kurulmayan ilçelerle belde ve köylerdeki evde sağlık hastalarına, koordinasyon merkezinin yönlendirmesiyle 25.1.2013 tarihli ve 28539 sayılı

Resmî Gazete’ de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği ESH’ yi sunmaktır. Bu hizmetin sunumunda, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyine göre kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık evi ebesinden/ebelerinden de yararlanır(51).

ESH’ye başvurular ise hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3833 (444 EVDE) numaralı telefon hattı aranarak ya da “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak veya AHB/TSM aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılmaktadır (52).

Bireyin kendini rahat hissettiği ev ortamında sağlık hizmetinin sağlanmasıyla iyileşme süreci hızlanmakta, yaşam kalitesi yükselmekte, hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Bu sayede hastanelerin yükü azaltılarak yatak kapasitelerinin daha verimli kullanılmasına dolayısıyla sağlık harcamalarında düşüşe katkı sağlanmaktadır(53).

Aile hekimleri ESH’yi vermekle birlikte gezici ya da yerinde sağlık hizmeti sunumunda da görev almaktadırlar.Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre gezici sağlık hizmeti; aile hekimi ya da ASÇ’nin, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim yerlerine, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde verdiği sağlık hizmetidir. Yerinde sağlık hizmeti ise; aile hekimi ya da ASÇ’nin, müdürlükçe tespit edilen huzurevi, cezaevi, çocuk ıslahevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde verdiği sağlık hizmetidir(13).

2.2.7. Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık kurumlarının; hastalıklardan koruyucu, sağlığı geliştirici ve iyileştirici hizmet sunumu kapsamında her yaş grubuna yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır.

Aile hekimleri gebe izlemlerinde anne adayına; sigara-alkol-madde kullanımı, gebelikte cinsel yaşam, ilaç kullanımı, gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, suyunun gelmesi, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, fetüs hareketlerinin

hissedilmemesi vb.), postpartum aile planlaması, hızlı kilo alımı gibi birçok konuda sağlık danışmanlık ve eğitim hizmeti vermektedir(29).

Doğum sonrası anneye verilen danışmanlık hizmetleri; emzirme, göbek bakımı, doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (iyi emmeme, ateş, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil vb.), kazalardan korunma yolları, uyku problemleri, beslenme, aşılanmanın önemi ve hastalıklardan korunma, bebek bakımı, bebekle/çocukla sağlıklı iletişim, diş sağlığı ve tuvalet eğitimi şeklinde sayılabilir (25).

Ergen/genç (10-21 yaş arası) izlemlerinde; sigara-alkol-madde kullanımı, fiziksel-cinsel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişme, fiziksel aktivite, beslenme, kişisel hijyen, üreme sağlığı, kaza ve yaralanma, şiddet davranışları vb. konularda danışmanlık hizmeti verilmektedir(25).

Bütün yaş gruplarında kemik sağlığının korunması hakkında bilgilendirme yapılarak özellikle 65 yaş ve üzerinde düşme ve çarpmalardan korunma yollarıyla ilgili danışmanlık sağlanmaktadır(34).

Evlilik raporu için aile hekimlerine başvuran çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti verilmekle birlikte aile danışmanlığı ile ilgili eğitim alan aile hekimleri ise bireylere, çiftlere ya da ailelere sorunlarının çözümüne yönelik aile danışmanlığı hizmeti sunabilmektedir(54).

2.2.8. İstismar ve İhmal Olgularının Bildirimi

İstismar, yaş ve cinsiyete bakılmaksızın kişinin iyi niyetini kötüye kullanma, o kişiyi sömürme anlamına gelmektedir. İstismar tek bir eylem şeklinde olabildiği gibi tekrarlanabilmektedir. İstismar ve ihmal olguları özellikle kendini ifade edebilme kabiliyeti zayıf olansavunmasız yaşlı ve çocuk grubunda görülmektedir (55). İstismar ve ihmalin rapor edilmesi doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, yaşlı veya çocuk bakım çalışanı için hem bir zorunluluk hem de sorumlulukları kapsamındadır (56). Aile hekimleri ise kişisel ve sürekli hizmet sunumları ile kendisine bağlı olan nüfusunun tekrarlayan başvuruları sırasında istismar ve ihmal olgularını saptayabilmede ön saflarda yer almaktadır.

İstismar; fiziksel, psikolojik ya da duygusal, cinsel ve ekonomik istismar şeklinde olabildiği gibi yaşlı ya da çocuk ihmali şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir.

Fiziksel istismar; bireyin bakımından sorumlu (aile üyeleri, özel bakıcılar, sosyal kurum çalışanları) ya da bireyin güvendiği kişi(ler) tarafından bireye bilinçli olarak ağrı, acı veren, vücut bütünlüğü bozan her türlü fiziksel eylemlerdir. Zorla beslemek, bağlamak, fazla ya da yanlış ilaç vermek, vurmak, yakmak fiziksel istismar kapsamındadır. Fiziksel istismarı düşündüren başlıca belirti ve bulgular ise; boyun bölgesinde ve el, ayak bileklerinde ekimozlar, tekrarlanan ve/veya açıklanamayan yaralar, sigara izleri, çoklu travmalar, yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlardır. Çocuklarda fiziksel istismar en çok 4-8 yaşlarında görülmekte olup yaş ilerledikçe azalmaktadır(57, 58).

Psikolojik istismar; sözel veya sözel olmayan yolla kasıtlı olarak bireye ruhsal açıdan acı veren ya da bireyi strese sokan eylemlerdir. Aşağılamak, hakaret etmek, bağırarak, korkutmak, suçlamak, cezalandırmak ve tehdit etmek psikolojik istismar örnekleridir. Psikolojik istismar belirtileri ise; iletişim kurmama, sorulara cevap vermeme, şüpheli ve mantıksız korku yaşama, kronik fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri şeklinde sıralanabilir (56).

Cinsel istismar, bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanması ya da bir yetişkinin psiko-sosyal gelişimini henüz tamamlamamış küçük yaştaki bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır. Zorla soyulması, isteği olmadan dokunulması, tecavüz ve açık bir şekilde cinsel içerikli fotoğraf çekilmesi gibi örnekler cinsel istismarı içerir. Başlıca cinsel istismar belirtileri olarak; cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonlar, açıklanamayan anal ve vajinal kanamalar, yırtılmış ve kanlı giysiler, göğüslerdeki ekimozlar sıralanabilir (57, 58).

Ekonomik istismar; zihinsel yetersizliği sağlık raporu ile belgelendirilmemiş bireylerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilerek izni olmaksızın mal varlıklarının kullanılması, kendi evinden çıkartılması ve veya hile yolu ile vekâletname alınmasıdır (59).

Yaşlı istismarı; Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu ve DSÖ Toronto Deklarasyonu'nda "Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya yaşlıyı strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması" şeklinde tanımlanmıştır (60).

Yaşlı ihmali ise yaşlı bireye bakmakla yükümlü kişilerin yaşının yiyecek, giyecek, ısınma gibi günlük temel gereksinimlerini karşılamamasıdır. İhmali düşündürülen belirtiler; kişisel hijyenin kötü olması, kilo kaybı, aşırı zayıflama, yatak yaraları, ilacını almama, tedavi edilemeyen mental veya fiziksel hastalıklardır. Kendi kendini ihmal ise; yaşlı bireyin sağlık ya da güvenliğini tehdit edecek şekilde tek başına yaşama davranışıdır. İhmal yaşının fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçlarını karşılamada bilinçli veya bilinçsiz yetersizlik olarak özetlenebilir (56, 57).

Yaşlı istismarı, yaşlı erişkinlerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (61). İstismara uğradığından şüphelenilen yaşlı hastaların tıbbi ve psikiyatrik durumları istismarı taklit edebileceğinden bu kişilerde ayrıntılı tıbbi değerlendirme gerekmektedir (62). Aile hekimleri, yaşlı istismar ve ihmali tespit etme konusunda iyi bir konuma sahip olsalar da gerçek istismarı bildirme oranları düşüktür (61). Bu sebeple özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin konuyla ilgili farkındalıkları arttırılmalı, yaşlı istismar ve ihmali önleme, tespit ve tedavi etme hususunda değerlendirme ve tanılama becerileri geliştirilmelidir (56).

DSÖ çocuk istismarını "çocuğa karşı kötü muamele" olarak ele almış ve 18 yaşından küçük çocukların maruz kaldığı istismar ve ihmal olarak tanımlamıştır. Bahsi geçen kötü muamele ise; çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna sorumluluk, güven ya da güven ilişkisi bağlamında fiili veya potansiyel zararlar sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismarı, ihmali ve ticari sömürüyü kapsamaktadır(63). İstismar çocuğun ergenlik dönemini; psikolojik, fiziksel ve davranışsal olarak etkilemektedir. İstismar veya ihmale uğramış çocuklarda fiziksel yakınma örnekleri inatçı baş ağrıları, gastrointestinal yakınmalar iken; evden kaçma, yalnız uyumaktan korkma, uyurgezerlik, yeme problemleri, parmak emme gibi regresyon bulguları ise davranış değişikliklerine örnektir(58).

Çocuk istismarı ve ihmali “toplumsal acil” olarak nitelendirilmiştir. Çocuk istismarına bağlı ölümlerin ise büyük kısmının önlenibilirolması nedeniyle, aile hekimleri çocuk istismarı ya da ihmali hususunda uyanık olmalı, şüphelendiği olgularda öncelikle çocuktan öykü alabilmelidir. Üç yaşından büyük çocuklar güvenilir öykü verebilmekle birlikte yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin öykü alma ve raporlama prosedürleri ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğusaptanmıştır. Bu durum göz önüne alındığında aile hekimleri yasal sorumlulukları hakkında etkili hizmet içi eğitimlerle desteklenerek bilgi ve farkındalıkları arttırılmalıdır(58, 64).

2.2.9. Yerinde Ölü Muayenesi, Defin Ruhsatı ve Ölüm Bildirimi

Ülkemizde 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”na göre bir ölüm olayı meydana geldiğinde defin ruhsatı olmadan defnedilemez. Yine bu kanuna göre defin ruhsatını vermekle yetkili kişinin belediye tabibi, toplum sağlığı merkezi tabibi ile aile hekimi veya olmadığı hallerde hükümet tabibi olduğu açıkça belirtilmiştir. Bu görev yerine getirilirken ölünün muayene edilmesi gerektiği, hekim bulunmayan yerlerde ise defin ruhsatının bu konuda eğitim almış sağlık görevlileri tarafından verilebileceği aynı kanunda ifade edilmiştir (65).

Aile hekimleri“Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” nin 10.maddesinin 5.bendinde belirtilen gerekli hallerde, defin ruhsatı verebilmek için yerinde ölü muayenesi yaparak ölüm nedenini belirlemek durumundadırlar(13). Bu sebeple aile hekimlerinin bu konuda üstlendikleri sorumluluğun bilincinde olmaları gerekmektedir. Hekimlere verilen hizmet içi eğitimlerde, ölü muayenesinde ayrıntılı fizik muayene bilgisi kazandırılarak şüpheli ya da doğal bir ölüm olup olmadığı hususunda hekimlerin rahatlıkla kanaat getirebilmesi sağlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki olası adli süreç, ölüm tanısını koyan hekimin şüphelenmesi ile başlayacaktır (66).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 26.12.2012 tarihli genelgesi ile tüm ölüm olgularında defin ruhsatları, Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) adı verilen internet aracılı bir yazılım üzerinden düzenlenmektedir. Ölüm bir sağlık kurumunda gerçekleşmişse o kurumda görevli ilgili hekim tarafından, ölüm bir sağlık kurumu dışında gerçekleşmişse ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler belediye hekimi tarafından düzenlenir. Eğer bu görev belediye tarafından karşılanamıyorsa mesai saatleri

içerisinde öncelikle Toplum Sağlığı Merkezi hekimi, yoksa aile hekimi tarafından yapılır. Mesai saatleri dışında ise Halk Sağlığı Başkanlığınca hazırlanan nöbet listelerine göre görevli olan hekimler tarafından ölüm belgesi düzenlenir. Düzenlenen ölüm belgesi Halk Sağlığı Başkanlığınca onaylandıktan sonra ÖBS aracılığıyla Türkiye İstatistik Kurumu ve Merkezi Nüfus İdare Sistemi'ne gönderilir (67).

2.2.10. Afet Sağlık Yönetimi

Aile hekimleri hem doğal hem de insan kaynaklı afetlerde tıbbi ihtiyaçların karşılanmasında sahip olduğu kritik rol ile gerekli müdahalelerin ön saflarında yer alarak; afet sırasında ve sonrasında olayın ilk tespiti, kritik bilgilerin toplanması ve dağıtılması, triyaj ile etkin müdahaleler, sevk zinciri ve rehabilitasyon faaliyetleri gibi birçok görevde sorumluluk üstlenirler. Bu sebeple aile hekimlerinin ve asistanlarının daha önce karşılaşmamış olsalar bile, olası afetler için yeterli eğitime ve donanımına ihtiyaçları vardır. Afet etiğinin bir gereği olarak aile hekimlerinin, ilgili birimlerle koordinasyon halinde olması ve afet planı yaparak olası afetlere hazırlıklı olması beklenir (68, 69). Aile hekimleri ve ASÇ'nin deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabileceği "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nin 10.maddesinin 3.bendinde de belirtilmiştir (13).

Ülkemiz COVID-19 pandemi mücadelesinde aile hekimleri hizmet sunumlarına ara vermeksizin gerek telefon ile iletişim yoluyla gerekse yüz yüze hastalarının tanı, tedavi, takip ve izlemelerine devam ederek, filyasyon ekiplerine destek olarak ve COVID-19 aşılama sürecinin hızlandırılmasına büyük katkı sağlayarak toplum sağlığındaki yeri ve önemini bir kez daha kanıtlamıştır.

2.2.11. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi

Aile hekimi kendisine bağlı olan nüfusun sağlık gereksinimlerinden doğan sorumluluk ile öncelikle donanımlı bilgi ve beceriye sahip olabilmeli, 2.ve/veya 3.basamaklar arasında işbirliği ve koordinasyon kurabilmeli, birimi içerisinde ekip olarak çalışabilmeli ve en önemlisi mevcut kaynakları etkin idare edebilecek yönetim bilgisine sahip olabilmelidir(70).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ASM'ler, aile hekimleri tarafından kurulan birer küçük işletme olarak tasarlanmış olup ASM'de yönetici olarak çalışabilmek için kişinin iktisat ve işletme, yönetim ve organizasyon bilgisine de ihtiyacı vardır. Bazı ülkelerde aile hekimi ekibi, sağlık finansman alanında uzman sağlık yöneticileri ile ortak çalışırken bazı ülkelerde ise birim hekimi ASM'nin yönetimini kendisi yapar. Her iki durumda da yönetici birinci basamak sağlık hizmetlerini daha nitelikli sunmayı hedefleyen amaçlar edinmeli bu amaçlara ulaşabilmek için stratejiler kurmalıdır. Bu kapsamda ASM yöneticisi görev tanımı ve dağılımını yapabilmeli, öncelikleri belirleyebilmeli, kaynak ve finansman bulabilmelidir(18, 70).

Genel hatları ile ASM yöneticisinde aranan özellikler; ekip çalışmasına yatkın, iletişimi güçlü, tutarlı, sabırlı, hakkaniyetli, tarafsız, güvenilir, öngörü sahibi, eğitime açık ve alanındaki gelişmeleri takip edebilen, görev ve yetki devri yapabilen kişilerdir(70).

ASM'lerde yönetilmesi gereken konular ise; hasta yönetimi başta olmak üzere ASM'de görevli aile hekimleri, ASÇ'ler, sekreterler, temizlik görevlileri olmak üzere tüm personelin yönetimi ve hizmet içi eğitimlerinin planlanması, soğuk zincir sorumluluğu, ASM'nin düzenli işleyişini sağlayacak bilgisayar, yazıcı, internet vb. gerekli tüm donanımların temini, hizmetlerin planlanması, muhasebe işlemleri, hasta ve çalışan güvenliği, diğer ASM, TSM, sağlık müdürlüğü ile işbirliği, sevk edilen hastaların takip ve koordinasyonu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında verilmesidir. ASM'de yönetici hekimin görevleri Şekil4'te özetlenmiştir(20, 70):



Şekil 4.ASM'de Yönetici Aile Hekiminin Görevleri

2.2.12. Veri Toplama ve Kayıt Tutma

Aile hekimleri hastalarının tüm sağlık kayıtlarını, vermiş oldukları koruyucu ve tedavi edici hizmetlere ait verileri aile hekimliği bilgi sistemlerine kaydeder ve internet aracılığıyla Sağlık Bakanlığı Karar Destek Sistemi ile e-Nabız Uygulamasına gönderirler. Hastalarını üst merkeze sevk etmeleri gerektiğinde, onların en doğru yere en doğru bilgilerle ulaşmalarını sağlarlar. Böylelikle ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmalar önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir ve zaman kaybına yol açabilecek birçok incelemeye gerek duymadan hastalarının sorunlarını çözüme ulaştırabilirler(10, 20). Aynı zamanda alınan hasta kayıtları sağlık araştırmaları ve toplum sağlığının değerlendirilmesinde gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği çok değerli bir veri kaynağını oluştururlar(10).

Kayıtların tutulmasına ilişkin “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nde “Tutulacak Kayıtlar, Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası, Kayıtların Devri” başlıkları altında üzerinde durulması gereken önemli hususlara değinilmiştir (13).

Sağlık kayıtları sağlık hizmetlerinin sunulduğu her basamakta biz hekimler için ise olası yasal süreçlerde bir bakıma kalkan işlevi görmektedir. Bu sebeple yapılan her müdahale (telefon veya herhangi bir iletişim aracıyla verilen bilgi ve

danışmanlıklar da dâhil), müdahale sırasında ya da sonrasında oluşan yan etkiler, muayene bulguları kayıt edilmeli, hasta veya ebeveyn tarafından reddedilen izlem, aşı, tedavi müdahaleleri için gerekiyorsa tutanak tutulmalıdır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Etik Kurul ve İzinler

Araştırmamız öncesinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.06.2021 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/435 sayılı karar ile etik onaylanmıştır (bkz. Ek 1).

3.3. Çalışma Evreni

Araştırmamızın evrenini Erzurum il merkezinde görev yapan tüm pratisyen aile hekimleri, aile hekimliği asistanları, aile hekimliği uzmanları ve SAHU eğitimiasistanları oluşturmuştur. Erzurum il genelinde 2019 yılında toplam 67 ASM'de Aile Hekimliği birim sayısı 274 olup, il merkezinde Aziziye, Palandöken ve Yakutiye ilçelerinde 24 ASM'de görev yapan toplam hekim sayısı 147'dir (bkz. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2019 Yıllığı). Çalışmamız kapsamında il merkezinde görev yapan tüm aile hekimlerineulaşılması hedeflenmiştir.Fakat bir kişiye ulaşılammış,bir kişi ise çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya toplam 145 kişi dâhil edilmiştir.

3.3.1. Çalışmaya alınma kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Erzurum ilinde aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği asistanı, SAHU eğitimi asistanı olmak veya aile hekimi olarak aktif görev yapıyor yapmak.

3.3.2. Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Aktif olarak görev yapmıyor olmak.

3.4. Çalışma Formu

Çalışmamız, COVID-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze olarak değil, uzaktan online hazırlanmış anket formu ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara anket formunun ilk kısmında çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış, sonrasında gönüllü katılım göstermek isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya katılmak istemediğini işaretleyen kişiler için anket sonlanmış, çalışmaya katılmayı kabul edenler için anket soruları görünür ve cevaplanabilir olmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların öncelikle sosyodemografik özellikleri kaydedilmiş olup sonrasında mesleki faaliyetler ile ilgili anket soruları sorulmuştur.

Çalışma soruları “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” nde yer alan görev, yetki ve sorumlulukları içeren konulardan derlenerek tarafımızca oluşturulmuştur. Araştırmada 5’li Likert ölçeği kullanılarak katılımcılardan ilgili mesleki faaliyetler hakkındaki önceliklerini “en az öncelikli=1 puan, en çok öncelikli=5 puan” olacak şekilde 1’den 5’e kadar puanlandırmaları istenmiş sonrasında bu faaliyetlerdeki yeterlilik durumlarını “en yetersiz=1 puan, en yeterli=5 puan” arasında değerlendirmeleri talep edilmiştir. Çalışma anket formu ekte sunulmuştur (Ek 2).

3.5. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 (IBM, NY, ABD) programı kullanılmıştır. Soru formunun iç tutarlılığının belirlenebilmesi için öncelikle rastgele belirlenen ve gönüllü katılım gösteren 28 kişiden oluşan küçük bir grupta çalışma sorularının güvenirlik analizi yapılmıştır. Bu kapsamda anket soruları test-retest yöntemi ile en az 15 gün arayla aynı kişilere iki kez sorulup cevapları kaydedilmiş, Spearman korelasyon analizi ve Intraclass (sınıf içi) korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Spearman korelasyon katsayıları 0,30’dan düşük olan ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan ($p>0,05$) ve Intraclass korelasyon katsayısı 0,50’den düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan ($p>0,05$) sorular çalışmadan çıkarılmış ve nihai hale ulaşan anket soruları tüm katılımcılara sorularak çalışmaya geçilmiştir.

Kategorik veriler frekans ve yüzde ile, nümerik veriler ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro–Wilk testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren iki bağımsız grubun cevaplarının analizinde bağımsız gruplarda Student t–testi, üç veya daha fazla grupta ise One–way ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üçten fazla grupta Kruskal Wallis testi bakılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Ki–kare testi yapılmıştır. Tüm çalışmada p değeri $<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmamıza Erzurum merkezde görev yapan aile hekimi (n=47), aile hekimliği asistanı (n=54), aile hekimliği uzmanı (n=28)ve SAHU’lardan (n=16)toplam 145 kişidâhil edilmiştir. Katılımcıların %53,8’inin (n=78) kadınlardan oluştuğu, tüm katılımcıların ortalama yaşı 30,0[interquartile range (IQR)=6] yıl ve ortalama meslekteki süreleri 3,0(IQR=5,0) yıl olduğu tespit edilmiştir. Demografik özellikler Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışmaya Dâhil Edilen Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	67	46,2
	Kadın	78	53,8
Medeni Durum	Bekar	49	33,8
	Evli	96	66,2
Meslek	Aile Hekimi	47	32,4
	Aile Hekimliği Asistanı	54	37,2
	Aile Hekimliği Uzmanı	28	19,3
	SAHU	16	11,0
Yaş	Ortanca	30,0	
	Minimum	24	
	Maksimum	57	
	Interquartile Range (IQR)	6	
Aile Hekimliğindeki Görev Süresi	Ortanca	3,0	
	Minimum	1,0	
	Maksimum	14,0	
	Interquartile Range (IQR)	5,0	

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcıların cinsiyetve meslek grubuna göre; yaş ve meslekte çalışma süreleri Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet ve Meslek Grubuna Göre Yaş ve Meslekte Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

		Cinsiyet		Meslek			
		Erkek	Kadın	Aile Hekimi	SAHU	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı
Yaş	Ortanca	33	29	35	32,5	28	31,5
	Minimum	24	24	24	27	24	27
	Maksimum	54	57	57	53	42	51
	IQR	9	4	13	7	3	4
Aile Hekimliğindeki Görev Süresi	Ortanca	4	2	7	5,5	1	3
	Minimum	1	1	1	2	1	1
	Maksimum	13	14	14	13	10	11
	IQR	8	3,3	9	5,3	1	3

Çalışma kapsamında; katılımcılar arasından rastgele belirlenen 28 kişiden, 15 gün arayla anket sorularını ikinci kez cevaplamaları istenerek soruların güvenirlik analizi yapılmış, Spearman korelasyonu ve Intraclass korelasyon analizleri yapılarak verilen cevapların tutarlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Böylece, istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0,05$), Spearman korelasyon katsayısı düşük ($r<.30$) ve Intraclass korelasyon katsayısı düşük ($r<.50$) olan çalışma soruları çalışmadan çıkarılmıştır. Bu bağlamda, katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki önceliğinin değerlendirildiği anket sorularından, 5, 8, 11, 12 ve 23. sorular; katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki yeterliliklerini sorgulayan anket sorularından 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 24 ve 25. soruların her iki korelasyon katsayıları düşük saptanmaları nedeniyle çalışmadan çıkarılarak, değerlendirme alınmamıştır. Böylece mesleki öncelik sorularından beş soru, mesleki yeterlilik sorularından 10 soru çalışma dışı kalmıştır (Tablo 5 ve Tablo 6).

Tablo 5. Güvenirlilik Çalışmasına Dâhil Edilen Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Sorularının Spearman Korelasyon ve Intraclass Korelasyon Analiz Değerleri

Mesleki Öncelik Soruları	İlk Cevap Ortalaması	İkinci Cevap Ortalaması	Spearman korelasyon		Intraclass Korelasyon			
			r	p	r	95% Güven Aralığı		p
Soru 1	2,86	3,11	,682	,000	,823	,622	,917	,000
Soru 2	4,14	4,25	,507	,006	,771	,504	,894	,000
Soru 3	4,18	4,11	,487	,009	,704	,355	,863	,001
Soru 4	3,04	2,89	,683	,000	,810	,591	,912	,000
Soru 5	3,54	3,14	,292	,131	,436	-,172	,734	,065
Soru 6	3,46	3,32	,811	,000	,877	,736	,943	,000
Soru 7	3,29	3,00	,621	,000	,741	,449	,879	,000
Soru 8	4,43	4,75	,341	,076	,235	-,538	,633	,231
Soru 9	4,68	4,71	,411	,030	,590	,102	,811	,013
Soru 10	3,54	4,00	,425	,024	,482	-,057	,754	,036
Soru 11	4,25	4,50	,334	,082	,409	-,241	,723	,084
Soru 12	4,39	4,54	,181	,356	,331	-,456	,692	,154
Soru 13	1,86	1,93	,435	,021	,793	,550	,904	,000
Soru 14	2,82	2,93	,574	,001	,737	,427	,878	,001
Soru 15	4,00	3,89	,469	,012	,705	,359	,864	,001
Soru 16	4,11	4,04	,670	,000	,815	,600	,915	,000
Soru 17	3,32	3,46	,434	,021	,616	,165	,823	,009
Soru 18	3,57	4,11	,497	,007	,501	-,017	,763	,028
Soru 19	3,61	3,79	,421	,026	,641	,224	,834	,005
Soru 20	2,07	2,11	,529	,004	,660	,254	,844	,004
Soru 21	2,79	2,93	,661	,000	,801	,569	,908	,000
Soru 22	2,86	3,46	,446	,017	,592	,145	,809	,005
Soru 23	2,54	3,04	,105	,594	,192	-,648	,615	,282
Soru 24	4,29	4,39	,532	,004	,796	,559	,905	,000
Soru 25	3,00	3,11	,726	,000	,839	,652	,926	,000
Soru 26	4,11	4,32	,528	,004	,735	,438	,876	,000
Soru 27	4,75	4,71	,447	,017	,640	,213	,834	,006

Tablo 6. Güvenirlilik Çalışmasına Dâhil Edilen Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Sorularının Spearman Korelasyon ve Intraclass Korelasyon Analiz Değerleri

Mesleki Yeterlilik Soruları	İlk Cevap Ortalaması	İkinci Cevap Ortalaması	Spearman korelasyon		Intraclass Korelasyon			
			r	p	r	95% Güven Aralığı		p
Soru 1	2,89	2,68	,636	,000	,768	,501	,892	,000
Soru 2	4,07	3,79	,544	,003	,652	,265	,837	,003
Soru 3	4,04	3,89	,631	,000	,773	,513	,894	,000
Soru 4	2,82	2,68	,604	,001	,771	,504	,894	,000
Soru 5	3,29	3,29	,410	,030	,570	,054	,803	,018
Soru 6	3,25	3,04	,669	,000	,810	,593	,911	,000
Soru 7	3,61	3,36	,376	,048	,579	,100	,804	,014
Soru 8	4,32	4,36	,670	,000	,848	,670	,930	,000
Soru 9	4,50	4,61	,202	,303	,353	-,414	,702	,136
Soru 10	3,57	3,68	,107	,589	,232	-,707	,649	,255
Soru 11	4,11	4,11	,365	,056	,626	,178	,828	,008
Soru 12	3,68	3,86	,166	,398	,239	-,667	,650	,245
Soru 13	2,29	2,43	,623	,000	,784	,534	,900	,000
Soru 14	2,82	2,68	,256	,188	,410	-,298	,729	,093
Soru 15	3,64	3,21	,319	,098	,405	-,239	,720	,085
Soru 16	3,61	3,21	,266	,172	,413	-,232	,725	,082
Soru 17	3,32	2,93	,421	,026	,554	,063	,791	,018
Soru 18	3,57	3,79	,365	,056	,353	-,410	,702	,135
Soru 19	3,32	3,39	,041	,835	,023	-1,199	,556	,477
Soru 20	2,50	2,64	,706	,000	,821	,615	,917	,000
Soru 21	3,00	2,96	,471	,011	,663	,262	,845	,004
Soru 22	2,89	3,04	,523	,004	,702	,353	,862	,001
Soru 23	2,61	3,18	,418	,027	,548	,073	,786	,014
Soru 24	4,00	4,11	,158	,421	,372	-,382	,712	,122
Soru 25	3,64	3,96	,323	,094	,428	-,215	,733	,074
Soru 26	4,04	4,11	,362	,059	,594	,112	,813	,013
Soru 27	4,64	4,57	,250	,199	,524	-,041	,781	,032

Katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki önceliğinin değerlendirildiği anket sorularına verdikleri puanlamaların cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Buna göre sadece üç soruda anlamlı farklılık görülmüştür. Soru 16, 18 ve 25’te kadınların erkeklere göre bu mesleki faaliyetlere daha çok öncelik verdikleri saptanmıştır (sırasıyla $p=0,019$, $p=0,047$ ve $p=0,001$).

Tablo 7. Mesleki Faaliyetlerin Önceliğinin Sorgulandığı Anket Cevaplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Toplam*	Erkek*	Kadın*	p‡
Soru 1	2,4 ± 1,36	2,21 ± 1,29	2,56 ± 1,4	0,455
Soru 2	3,95 ± 1,09	3,82 ± 1,14	4,06 ± 1,04	0,747
Soru 3	3,94 ± 1,09	3,78 ± 1,17	4,08 ± 1,02	0,175
Soru 4	2,81 ± 1,41	2,81 ± 1,54	2,82 ± 1,31	0,168
Soru 6	3,57 ± 1,42	3,75 ± 1,46	3,42 ± 1,37	0,091
Soru 7	3,54 ± 1,36	3,64 ± 1,43	3,46 ± 1,31	0,351
Soru 9	4,59 ± 0,81	4,52 ± 0,96	4,64 ± 0,66	0,153
Soru 10	3,45 ± 1,3	3,21 ± 1,37	3,65 ± 1,21	0,187
Soru 13	2,12 ± 1,35	2,27 ± 1,5	2 ± 1,2	0,175
Soru 14	3,01 ± 1,42	3,04 ± 1,58	2,97 ± 1,28	0,067
Soru 15	4,06 ± 1,08	4 ± 1	4,12 ± 1,14	0,318
Soru 16	3,79 ± 1,29	3,46 ± 1,37	4,06 ± 1,15	0,019
Soru 17	3,14 ± 1,22	3,13 ± 1,28	3,15 ± 1,17	0,483
Soru 18	3,63 ± 1,27	3,4 ± 1,3	3,83 ± 1,22	0,047
Soru 19	3,58 ± 1,18	3,37 ± 1,17	3,76 ± 1,18	0,248
Soru 20	2,27 ± 1,44	2,48 ± 1,59	2,09 ± 1,29	0,184
Soru 21	2,75 ± 1,45	2,64 ± 1,51	2,85 ± 1,4	0,358
Soru 22	2,82 ± 1,27	2,85 ± 1,25	2,79 ± 1,29	0,987
Soru 24	4,08 ± 1,18	4,16 ± 1,16	4 ± 1,2	0,857
Soru 25	3,12 ± 1,46	2,91 ± 1,64	3,29 ± 1,26	0,001
Soru 26	4,17 ± 1,07	4,1 ± 1,21	4,22 ± 0,95	0,424
Soru 27	4,74 ± 0,69	4,73 ± 0,79	4,74 ± 0,59	0,068

* Ortalama ± standart sapma

‡ Ki-kare testi

Katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki yeterliliklerini sorgulayan anket sorularına verdikleri puanlamaların cinsiyete göre farklılıkları Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre; 6,13 ve 20.sorularda erkekler kadınlara göre kendilerini daha yeterli olarak değerlendirmişlerdir ($p<0,05$).

Tablo 8. Mesleki Faaliyetlerin Yeterliliğinin Sorgulandığı Anket Cevaplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Toplam*	Erkek*	Kadın*	p‡
Soru 1	2,62 ± 1,4	2,46 ± 1,41	2,76 ± 1,39	0,681
Soru 2	3,88 ± 1,07	3,82 ± 1,09	3,92 ± 1,07	0,492
Soru 3	3,86 ± 1,06	3,73 ± 1,01	3,96 ± 1,1	0,081
Soru 4	2,66 ± 1,39	2,7 ± 1,49	2,63 ± 1,31	0,434
Soru 5	3,29 ± 1,29	3,33 ± 1,31	3,26 ± 1,27	0,397
Soru 6	3,39 ± 1,44	3,63 ± 1,53	3,18 ± 1,35	0,018
Soru 7	3,69 ± 1,21	3,91 ± 1,11	3,5 ± 1,27	0,129
Soru 8	4,32 ± 1,01	4,42 ± 0,99	4,24 ± 1,03	0,677
Soru 11	3,99 ± 1,09	3,87 ± 1,15	4,09 ± 1,03	0,635
Soru 13	2,46 ± 1,41	2,87 ± 1,52	2,12 ± 1,23	0,008
Soru 17	3,1 ± 1,24	3,13 ± 1,28	3,06 ± 1,21	0,463
Soru 20	2,57 ± 1,44	2,91 ± 1,48	2,28 ± 1,35	0,024
Soru 21	3,01 ± 1,43	3,18 ± 1,48	2,86 ± 1,38	0,488
Soru 22	2,87 ± 1,3	2,9 ± 1,33	2,85 ± 1,28	0,088
Soru 23	2,56 ± 1,18	2,72 ± 1,22	2,42 ± 1,13	0,295
Soru 26	4,18 ± 1,05	4,12 ± 1,11	4,23 ± 0,99	0,957
Soru 27	4,64 ± 0,78	4,67 ± 0,82	4,62 ± 0,74	0,154

* Ortalama ± standart sapma

‡ Ki-kare testi

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre, mesleki faaliyetler hakkındaki önceliklerini sorgulayan ankete verdiklerin cevapların karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre meslekte çalışma süresi daha az olan kişiler 16.soruda yer alan mesleki faaliyetin daha çok öncelikli olduğunu belirtirken, meslekte çalışma

süresi orta (4-8 yıl) olanlar birinci soruda yer alan mesleki faaliyetin daha az öncelikli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 9. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Aile Hekimliğinde Görev Yapma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Öncelikleri	p*
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,044
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,756
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,105
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,095
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	0,842
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,124
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek	0,759
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak	0,055
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,609
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)	0,905
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb)	0,432
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak	0,034
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,095
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek	0,327
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak	0,467
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,059
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,121
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	0,815
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (Örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)	0,737
25. Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)	0,476
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,940
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,968

* Kruskal-Wallis test

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre, mesleki faaliyetler hakkındaki yeterliliklerini sorgulayan anketin 20.sorusunda ise meslekte çalışma süresi daha fazla olan kişiler bu soruda yer alan mesleki faaliyette kendilerini daha yeterli gördüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Aile Hekimliğinde Görev Yapma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterlilikleri	p*
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,014
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,465
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemlerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,306
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,342
5. Gerekğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak	0,768
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	0,933
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,111
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)	0,194
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)	0,738
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,542
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,157
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,031
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,635
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	0,722
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (Örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)	0,250
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,150
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,939

* Kruskal-Wallis test

Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların yaşlarına göre karşılaştırmaları Tablo 11 ve Tablo 12’de verilmiştir. Buna göre verilen cevaplarda

katılımcıların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Öncelikleri	p*
1. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,274
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,572
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,870
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,737
6. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	0,365
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,627
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek	0,804
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak	0,766
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,777
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)	0,349
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb)	0,533
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak	0,293
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,347
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek	0,097
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak	0,121
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,340
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,369
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)-22	0,835
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (Örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)	0,417
25. Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)	0,414
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,726
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,422

* Kruskal-Wallis test

Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterlilikleri	p*
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,510
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,341
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,500
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,252
5. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak	0,478
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	0,202
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,671
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)	0,667
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)	0,719
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,424
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,262
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,066
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,474
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	0,728
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (Örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)	0,407
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,829
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,702

* Kruskal-Wallis test

Katılımcıların anket sorularına verdikleri puanlamaların medeni durumlarına (evli veya bekâr) göre karşılaştırmaları Tablo 13'te sunulmuştur. Buna göre, bekârlar evlilere göre 10, 13 ve 15.sorulardaki mesleki faaliyetlerin daha çok öncelikli olduğunu ifade ederken ($p<0,05$) 24.soruda ise, evliler bekârlar göre bu mesleki faaliyetin daha çok öncelikli olduğunu ifade etmişlerdir ($p=0,030$).

Tablo 13. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Önceliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Öncelikleri	p*
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,056
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,476
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,849
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,264
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalımsızın çalışmak	0,406
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,933
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek	0,441
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak	0,005
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,037
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)	0,139
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb)	0,018
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak	0,101
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,102
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek	0,453
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak	0,269
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,963
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,071
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)-22	0,801
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (Örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)	0,030
25. Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)	0,344
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,159
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,355

* Ki-kare testi

Katılımcıların medeni durumlarına göre mesleki faaliyetler hakkındaki yeterliliklerini sorgulayan ankette ise birinci soru hariç anlamlı farklılık

saptanmamış($p>0,05$)olup Tablo 14’te sunulmuştur. Birinci soruda ise evliler bekârlara göre kendilerini daha yetersiz olarak tanımlamışlardır ($p=0,027$).

Tablo 14. Katılımcıların Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterliliklerini Sorgulayan Anket Cevaplarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması

Mesleki Faaliyetler Hakkındaki Yeterlilikleri	p*
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	0,027
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	0,222
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemlerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	0,919
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	0,827
5. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak	0,309
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	0,298
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	0,393
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)	0,739
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)	0,414
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	0,220
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	0,962
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	0,746
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	0,137
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	0,723
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (Örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)	0,500
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	0,127
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	0,390

* Ki-kare testi

Çalışmamıza dâhil edilen aile hekimi, aile hekimliği asistanı, aile hekimliği uzmanı ve SAHU'ların anket sorularından mesleki faaliyetlerin önceliği hakkında verdikleri 1 ile 5 arasındaki puanların ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırması Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15.Katılımcıların Mesleklerine Göre Mesleki Faaliyetlerin Önceliği Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalama Puanları

Mesleki Faaliyetlilerin Önceliği	Tüm Gruplar*	Aile Hekimi*	Aile Hekimliği Asistanı*	Aile Hekimliği Uzmanı*	SAHU*	p‡
Soru 1	2,4 ± 1,36	2,32 ± 1,42	3 ± 1,35	1,79 ± 0,88	1,69 ± 1,08	<0,001
Soru 2	3,95 ± 1,09	3,87 ± 1,1	4,06 ± 1,02	3,89 ± 1,26	3,94 ± 1,06	0,869
Soru 3	3,94 ± 1,09	3,89 ± 1,11	3,93 ± 1,06	3,93 ± 1,25	4,12 ± 0,96	0,914
Soru 4	2,81 ± 1,41	2,53 ± 1,52	3,3 ± 1,21	2,79 ± 1,4	2,06 ± 1,34	0,004
Soru 6	3,57 ± 1,42	3,89 ± 1,39	3,52 ± 1,27	3,25 ± 1,51	3,37 ± 1,75	0,206
Soru 7	3,54 ± 1,36	3,94 ± 1,34	3,09 ± 1,26	3,61 ± 1,42	3,81 ± 1,33	0,006
Soru 9	4,59 ± 0,81	4,72 ± 0,58	4,65 ± 0,59	4,46 ± 1,14	4,19 ± 1,22	0,311
Soru 10	3,45 ± 1,3	3,4 ± 1,41	3,65 ± 1,15	3,29 ± 1,36	3,19 ± 1,38	0,580
Soru 13	2,12 ± 1,35	2,04 ± 1,43	2,33 ± 1,3	1,89 ± 1,29	2,06 ± 1,39	0,273
Soru 14	3,01 ± 1,42	3,34 ± 1,49	2,93 ± 1,39	2,43 ± 1,2	3,31 ± 1,45	0,046
Soru 15	4,06 ± 1,08	3,98 ± 1,07	4,15 ± 1	3,86 ± 1,27	4,38 ± 0,96	0,412
Soru 16	3,79 ± 1,29	3,36 ± 1,37	4,31 ± 0,95	3,61 ± 1,37	3,56 ± 1,41	0,002
Soru 17	3,14 ± 1,22	3,04 ± 1,32	3,28 ± 1,17	3,36 ± 1,19	2,63 ± 1,03	0,175
Soru 18	3,63 ± 1,27	3,79 ± 1,28	3,61 ± 1,19	3,32 ± 1,36	3,81 ± 1,38	0,387
Soru 19	3,58 ± 1,18	3,51 ± 1,23	3,83 ± 1,08	3,39 ± 1,2	3,25 ± 1,29	0,219
Soru 20	2,27 ± 1,44	2,81 ± 1,69	1,94 ± 1,22	1,93 ± 1,18	2,37 ± 1,41	0,054
Soru 21	2,75 ± 1,45	2,47 ± 1,49	3,28 ± 1,45	2,54 ± 1,23	2,19 ± 1,28	0,008
Soru 22	2,82 ± 1,27	2,74 ± 1,33	3,15 ± 1,25	2,68 ± 1,19	2,19 ± 1,05	0,052
Soru 24	4,08 ± 1,18	3,89 ± 1,27	4,02 ± 1,14	4,39 ± 1,03	4,25 ± 1,24	0,225
Soru 25	3,12 ± 1,46	3,19 ± 1,6	3,26 ± 1,32	2,75 ± 1,43	3,06 ± 1,53	0,500
Soru 26	4,17 ± 1,07	4,45 ± 0,9	4,15 ± 0,94	3,96 ± 1,26	3,75 ± 1,44	0,105
Soru 27	4,74 ± 0,69	4,85 ± 0,36	4,67 ± 0,73	4,61 ± 1,07	4,88 ± 0,34	0,551

* Ortalama ± standart sapma

‡ Kruskal–Wallis testi

Aile hekimi, aile hekimliği asistanı, aile hekimliği uzmanı ve SAHU'ların anket sorularından mesleki faaliyetlerde yeterlilikleri hakkında verdikleri 1 ile 5 arasındaki puanların ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırması ise Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Mesleklerine Göre Mesleki Faaliyetlerde Yeterlilik Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalama Puanları

Mesleki Faaliyetlerde Yeterlilik	Tüm Gruplar*	Aile Hekimi*	Aile Hekimliği Asistanı*	Aile Hekimliği Uzmanı*	SAHU*	p‡
Soru 1	2,62 ± 1,4	2,4 ± 1,41	3,15 ± 1,25	2,07 ± 1,33	2,44 ± 1,5	0,002
Soru 2	3,88 ± 1,07	3,96 ± 1,04	3,78 ± 0,97	3,96 ± 1,37	3,81 ± 0,98	0,395
Soru 3	3,86 ± 1,06	3,85 ± 0,96	3,76 ± 1,1	4,04 ± 1,26	3,87 ± 0,89	0,465
Soru 4	2,66 ± 1,39	2,45 ± 1,41	3 ± 1,29	2,46 ± 1,35	2,5 ± 1,63	0,127
Soru 5	3,29 ± 1,29	3,34 ± 1,4	3,26 ± 1,17	3,43 ± 1,26	3 ± 1,41	0,694
Soru 6	3,39 ± 1,44	3,66 ± 1,46	3,43 ± 1,35	3,07 ± 1,44	3 ± 1,63	0,215
Soru 7	3,69 ± 1,21	3,91 ± 1,23	3,33 ± 1,13	3,75 ± 1,24	4,13 ± 1,15	0,008
Soru 8	4,32 ± 1,01	4,6 ± 0,8	4 ± 1,12	4,5 ± 1,11	4,31 ± 0,79	0,004
Soru 11	3,99 ± 1,09	3,96 ± 0,96	4,13 ± 1,03	4,04 ± 1,2	3,5 ± 1,41	0,291
Soru 13	2,46 ± 1,41	2,57 ± 1,58	2,33 ± 1,33	2,36 ± 1,19	2,75 ± 1,57	0,772
Soru 17	3,1 ± 1,24	3,09 ± 1,3	3,09 ± 1,14	3,11 ± 1,42	3,13 ± 1,15	1,000
Soru 20	2,57 ± 1,44	3,15 ± 1,56	2,15 ± 1,3	2,39 ± 1,07	2,63 ± 1,67	0,010
Soru 21	3,01 ± 1,43	2,83 ± 1,46	3,33 ± 1,35	2,64 ± 1,47	3,06 ± 1,44	0,165
Soru 22	2,87 ± 1,3	2,79 ± 1,41	3 ± 1,26	2,79 ± 1,32	2,81 ± 1,11	0,853
Soru 23	2,56 ± 1,18	2,64 ± 1,26	2,41 ± 1,09	2,79 ± 1,23	2,44 ± 1,15	0,468
Soru 26	4,18 ± 1,05	4,57 ± 0,74	3,91 ± 1,09	4,14 ± 1,21	4 ± 1,1	0,004
Soru 27	4,64 ± 0,78	4,79 ± 0,55	4,5 ± 0,84	4,61 ± 1,07	4,75 ± 0,45	0,218

* Ortalama ± standart sapma

‡ Kruskal–Wallis testi

Katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki önceliklerinin değerlendirildiği anket sorularına verilen puanlamaların meslek gruplarına göre detaylı olarak karşılaştırılması tek tek değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Tablo 17’de sunulduğu üzere “Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek” faaliyetine verilen puanlamalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Buna göre aile hekimliği asistanlarının %33,3’ü bu mesleki faaliyete 3 puan vererek ortalama $3 \pm 1,35$ puanla diğer meslek gruplarının aksine bu faaliyetin öncelikli olduğu yönünde değerlendirme yapmıştır (bkz. Tablo 15).

Tablo 17. Birinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	1*	n	19	11	13	9	<0,001
		%	40,4%	20,4%	46,4%	56,3%	
	2*	n	10	6	9	5	
		%	21,3%	11,1%	32,1%	31,3%	
	3*	n	8	18	5	1	
		%	17,0%	33,3%	17,9%	6,3%	
	4*	n	4	10	1	0	
		%	8,5%	18,5%	3,6%	0,0%	
	5*	n	6	9	0	1	
		%	12,8%	16,7%	0,0%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallis testi

İkinci soruda yer alan “Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)” faaliyetine verilen puanlamalar arasında Tablo 18’de gösterildiği üzere anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Tüm meslek grupları çoğunlukla bu mesleki faaliyetin daha çok/en çok öncelikli olduğu yönünde değerlendirme yapmıştır.

Tablo 18. İkinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
2.Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	1*	n	1	2	2	0	0,869
		%	2,1%	3,7%	7,1%	0,0%	
	2*	n	4	2	3	2	
		%	8,5%	3,7%	10,7%	12,5%	
	3*	n	13	8	2	3	
		%	27,7%	14,8%	7,1%	18,8%	
	4*	n	11	21	10	5	
		%	23,4%	38,9%	35,7%	31,3%	
	5*	n	18	21	11	6	
		%	38,3%	38,9%	39,3%	37,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Üçüncü soruda yer alan “Kronik hastalıkların takip ve izlemlerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)” faaliyetine verilen puanlamalarda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tümaile hekimliği meslek grupları çoğunlukla yüksek puan vererek daha çok/en çok öncelikli olduğu yönünde değerlendirme yapmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Üçüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	1*	n	1	1	1	0	0,914
		%	2,1%	1,9%	3,6%	0,0%	
	2*	n	5	6	5	1	
		%	10,6%	11,1%	17,9%	6,3%	
	3*	n	10	8	1	3	
		%	21,3%	14,8%	3,6%	18,8%	
	4*	n	13	20	9	5	
		%	27,7%	37,0%	32,1%	31,3%	
	5*	n	18	19	12	7	
		%	38,3%	35,2%	42,9%	43,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 20’de görüldüğü üzere kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunma faaliyetine verilen puanlamalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,004). Bu faaliyete diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre daha çok öncelik veren aile hekimliği asistanları olmuştur.

Tablo 20. Dördüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	1*	n	19	3	6	8	0,004
		%	40,4%	5,6%	21,4%	50,0%	
	2*	n	5	14	8	3	
		%	10,6%	25,9%	28,6%	18,8%	
	3*	n	9	11	4	2	
		%	19,1%	20,4%	14,3%	12,5%	
	4*	n	7	16	6	2	
		%	14,9%	29,6%	21,4%	12,5%	
	5*	n	7	10	4	1	
		%	14,9%	18,5%	14,3%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Altıncı soruda yer alan “Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak” faaliyetine verilen puanlamalar arasında Tablo 21’de gösterildiği üzere anlamlı bir farklılık görülmemiş olup ($p>0,05$) tüm meslek grupları bu faaliyetin öncelikli olduğu yönünde cevaplar vermişlerdir.

Tablo 21. Altıncı Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
6.Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	1*	n	6	5	4	4	0,206
		%	12,8%	9,3%	14,3%	25,0%	
	2*	n	1	7	7	2	
		%	2,1%	13,0%	25,0%	12,5%	
	3*	n	8	11	4	1	
		%	17,0%	20,4%	14,3%	6,3%	
	4*	n	9	17	4	2	
		%	19,1%	31,5%	14,3%	12,5%	
	5*	n	23	14	9	7	
		%	48,9%	25,9%	32,1%	43,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Yedinci soruda belirtilen “Akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)” faaliyetine verilen puanlamalar arasında Tablo 22’de belirtildiği üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,006$). Buna göre aile hekimliği asistanları diğer meslek gruplarına göre bu mesleki faaliyeti daha az öncelikli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 22. Yedinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
7. Akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	1*	n	4	6	4	2	0,006
		%	8,5%	11,1%	14,3%	12,5%	
	2*	n	4	12	3	0	
		%	8,5%	22,2%	10,7%	0,0%	
	3*	n	7	17	2	3	
		%	14,9%	31,5%	7,1%	18,8%	
	4*	n	8	9	10	5	
		%	17,0%	16,7%	35,7%	31,3%	
	5*	n	24	10	9	6	
		%	51,1%	18,5%	32,1%	37,5%	
Toplam		n	47	54	28	145	
		%	100%	100%	100%	100%	

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Dokuzuncu soruda sorulan “Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek” faaliyetine verilen puanlamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış ($p>0,05$) fakat SAHU’lar diğer gruplara göre daha az öncelikli olarak ifade etmişlerdir (Tablo 23).

Tablo 23. Dokuzuncu Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek	1*	n	0	0	2	1	0,311
		%	0,0%	0,0%	7,1%	6,3%	
	2*	n	0	1	0	1	
		%	0,0%	1,9%	0,0%	6,3%	
	3*	n	3	0	2	1	
		%	6,4%	0,0%	7,1%	6,3%	
	4*	n	7	16	3	4	
		%	14,9%	29,6%	10,7%	25,0%	
	5*	n	37	37	21	9	
		%	78,7%	68,5%	75,0%	56,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallis testi

Katılımcıların önceliklerine göre “Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak” faaliyetine verdikleri puanlamaların meslek gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 24’te sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Onuncu Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak	1*	n	6	2	3	3	0,580
		%	12,8%	3,7%	10,7%	18,8%	
	2*	n	9	8	6	2	
		%	19,1%	14,8%	21,4%	12,5%	
	3*	n	5	12	6	2	
		%	10,6%	22,2%	21,4%	12,5%	
	4*	n	14	17	6	7	
		%	29,8%	31,5%	21,4%	43,8%	
	5*	n	13	15	7	2	
		%	27,7%	27,8%	25,0%	12,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların 13. soruda belirtilen “Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ($p>0,05$) ve tüm meslek grupları çoğunlukla bu mesleki faaliyeti en az/daha az öncelikli olarak değerlendirmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Meslek Gruplarına Göre 13.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	1*	n	27	19	16	9	0,273
		%	57,4%	35,2%	57,1%	56,3%	
	2*	n	5	13	5	1	
		%	10,6%	24,1%	17,9%	6,3%	
	3*	n	6	12	3	3	
		%	12,8%	22,2%	10,7%	18,8%	
	4*	n	4	5	2	2	
		%	8,5%	9,3%	7,1%	12,5%	
	5*	n	5	5	2	1	
		%	10,6%	9,3%	7,1%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında Tablo 26’da görüldüğü üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır(p=0,046).

Tablo 26. Meslek Gruplarına Göre 14.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)	1*	n	8	12	8	2	0,046
		%	17,0%	22,2%	28,6%	12,5%	
	2*	n	6	8	6	3	
		%	12,8%	14,8%	21,4%	18,8%	
	3*	n	11	15	10	4	
		%	23,4%	27,8%	35,7%	25,0%	
	4*	n	6	10	2	2	
		%	12,8%	18,5%	7,1%	12,5%	
	5*	n	16	9	2	5	
		%	34,0%	16,7%	7,1%	31,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb)” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında Tablo 27’de sunulduğu üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Buna göre tüm meslek grupları çoğunlukla bu mesleki faaliyeti daha çok/en çok öncelikli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 27. Meslek Gruplarına Göre 15.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb.)	1*	n	2	2	2	0	0,412
		%	4,3%	3,7%	7,1%	0,0%	
	2*	n	1	1	3	1	
		%	2,1%	1,9%	10,7%	6,3%	
	3*	n	12	8	3	2	
		%	25,5%	14,8%	10,7%	12,5%	
	4*	n	13	19	9	3	
		%	27,7%	35,2%	32,1%	18,8%	
	5*	n	19	24	11	10	
		%	40,4%	44,4%	39,3%	62,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Tablo 28’de yer aldığı üzere aile hekimliği asistanları %59,3 oranla bu mesleki faaliyete 5 puan vererek ortalama $4,31 \pm 0,95$ puanla öncelikli olduğu yönünde karar kılmıştır (bkz. Tablo 15).

Tablo 28. Meslek Gruplarına Göre 16.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak	1*	n	7	0	3	2	0,002
		%	14,9%	0,0%	10,7%	12,5%	
	2*	n	5	3	4	1	
		%	10,6%	5,6%	14,3%	6,3%	
	3*	n	11	9	3	5	
		%	23,4%	16,7%	10,7%	31,3%	
	4*	n	12	10	9	2	
		%	25,5%	18,5%	32,1%	12,5%	
	5*	n	12	32	9	6	
		%	25,5%	59,3%	32,1%	37,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların önceliklerine göre “Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak” faaliyetine verdikleri puanlamaların meslek grupları arasındaki karşılaştırması Tablo 29’de verilmiştir. Buna göre, meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamakla ($p > 0,05$) birlikte SAHU’ların %50’si bu mesleki faaliyete iki puan vererek ortalama $2,63 \pm 1,03$ puanla daha az öncelikli olarak değerlendirmiştir (bkz. Tablo 15).

Tablo 29. Meslek Gruplarına Göre 17.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	1*	n	8	5	0	1	0,175
		%	17,0%	9,3%	0,0%	6,3%	
	2*	n	8	7	9	8	
		%	17,0%	13,0%	32,1%	50,0%	
	3*	n	12	19	7	4	
		%	25,5%	35,2%	25,0%	25,0%	
	4*	n	12	14	5	2	
		%	25,5%	25,9%	17,9%	12,5%	
	5*	n	7	9	7	1	
		%	14,9%	16,7%	25,0%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 30’da sunulduğu üzere “Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek” faaliyetine verilen puanlamaların meslek gruplarına göre karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30. Meslek Gruplarına Göre 18.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek	1*	n	4	3	4	2	0,387
		%	8,5%	5,6%	14,3%	12,5%	
	2*	n	3	7	3	0	
		%	6,4%	13,0%	10,7%	0,0%	
	3*	n	11	13	8	4	
		%	23,4%	24,1%	28,6%	25,0%	
	4*	n	10	16	6	3	
		%	21,3%	29,6%	21,4%	18,8%	
	5*	n	19	15	7	7	
		%	40,4%	27,8%	25,0%	43,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 31’de görüleceği üzere katılımcıların önceliklerine göre “Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Meslek Gruplarına Göre 19.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak	1*	n	4	2	2	2	0,219
		%	8,5%	3,7%	7,1%	12,5%	
	2*	n	4	4	5	2	
		%	8,5%	7,4%	17,9%	12,5%	
	3*	n	16	12	6	5	
		%	34,0%	22,2%	21,4%	31,3%	
	4*	n	10	19	10	4	
		%	21,3%	35,2%	35,7%	25,0%	
	5*	n	13	17	5	3	
		%	27,7%	31,5%	17,9%	18,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Acil sağlık hizmeti sunmak (örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında Tablo 32’de sunulduğu üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tüm meslek grupları bu faaliyete çoğunlukla düşük puan vererek en az/daha az öncelikli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 32. Meslek Gruplarına Göre 20.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	1*	n	17	27	13	6	0,054
		%	36,2%	50,0%	46,4%	37,5%	
	2*	n	7	14	9	3	
		%	14,9%	25,9%	32,1%	18,8%	
	3*	n	4	5	3	4	
		%	8,5%	9,3%	10,7%	25,0%	
	4*	n	6	5	1	1	
		%	12,8%	9,3%	3,6%	6,3%	
	5*	n	13	3	2	2	
		%	27,7%	5,6%	7,1%	12,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların önceliklerine göre “Okul sağlığı ve taramalarında görev almak” faaliyetine verdikleri puanlamaların meslek gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 33’te sunulmuş ve meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık ($p=0,008$) görülmüştür. Buna göre aile hekimliği asistanları %29,6 oranla 4 puan vererek ortalama $3,28 \pm 1,45$ puanla bu faaliyeti diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre daha çok öncelikli olarak değerlendirmiştir (bkz. Tablo 15).

Tablo 33. Meslek Gruplarına Göre 21.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	1*	n	18	10	8	7	0,008
		%	38,3%	18,5%	28,6%	43,8%	
	2*	n	9	7	5	2	
		%	19,1%	13,0%	17,9%	12,5%	
	3*	n	7	8	8	5	
		%	14,9%	14,8%	28,6%	31,3%	
	4*	n	6	16	6	1	
		%	12,8%	29,6%	21,4%	6,3%	
	5*	n	7	13	1	1	
		%	14,9%	24,1%	3,6%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 34’te “Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 34. Meslek Gruplarına Göre 22.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	1*	n	11	6	6	5	0,052
		%	23,4%	11,1%	21,4%	31,3%	
	2*	n	10	10	6	5	
		%	21,3%	18,5%	21,4%	31,3%	
	3*	n	11	18	8	4	
		%	23,4%	33,3%	28,6%	25,0%	
	4*	n	10	10	7	2	
		%	21,3%	18,5%	25,0%	12,5%	
	5*	n	5	10	1	0	
		%	10,6%	18,5%	3,6%	0,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların önceliklerine göre “Periyodik sağlık muayenesi yapmak (Örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması Tablo 35’te sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiş ($p>0,05$) olup tüm meslek grupları çoğunlukla bu faaliyeti en çok/daha çok öncelikli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 35. Meslek Gruplarına Göre 24.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (Örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)	1*	n	4	1	1	1	0,225
		%	8,5%	1,9%	3,6%	6,3%	
	2*	n	3	5	1	1	
		%	6,4%	9,3%	3,6%	6,3%	
	3*	n	7	13	2	1	
		%	14,9%	24,1%	7,1%	6,3%	
	4*	n	13	8	6	3	
		%	27,7%	14,8%	21,4%	18,8%	
	5*	n	20	27	18	10	
		%	42,6%	50,0%	64,3%	62,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)” faaliyetine verdikleri puanlamalar arasında Tablo 36’da görüldüğü üzere anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. Meslek Gruplarına Göre 25.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
25. Kişiyeye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)	1*	n	11	8	8	4	0,500
		%	23,4%	14,8%	28,6%	25,0%	
	2*	n	7	5	5	1	
		%	14,9%	9,3%	17,9%	6,3%	
	3*	n	6	18	4	5	
		%	12,8%	33,3%	14,3%	31,3%	
	4*	n	8	11	8	2	
		%	17,0%	20,4%	28,6%	12,5%	
	5*	n	15	12	3	4	
		%	31,9%	22,2%	10,7%	25,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak” faaliyetine verdikleri puanlamalarda meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).Ancak, aile hekimleri bu faaliyeti öncelikli olarak değerlendirmişken, SAHU’lar kısmen daha az öncelikli olarak ifade etmişlerdir (Tablo 37).

Tablo 37. Meslek Gruplarına Göre 26.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	1*	n	0	0	3	2	0,105
		%	0,0%	0,0%	10,7%	12,5%	
	2*	n	4	4	0	1	
		%	8,5%	7,4%	0,0%	6,3%	
	3*	n	1	8	4	3	
		%	2,1%	14,8%	14,3%	18,8%	
	4*	n	12	18	9	3	
		%	25,5%	33,3%	32,1%	18,8%	
	5*	n	30	24	12	7	
		%	63,8%	44,4%	42,9%	43,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların önceliklerine göre “Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak” faaliyetine verdikleri puanlamaların meslek gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 38’de sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiş ($p>0,05$) olup tüm meslek grupları bu faaliyete çoğunlukla 5 puan vererek en çok öncelikli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 38. Meslek Gruplarına Göre 27.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Önceliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	1*	n	0	1	2	0	0,551
		%	0,0%	1,9%	7,1%	0,0%	
	3*	n	0	2	0	0	
		%	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	
	4*	n	7	10	3	2	
		%	14,9%	18,5%	10,7%	12,5%	
	5*	n	40	41	23	14	
		%	85,1%	75,9%	82,1%	87,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Az Öncelikli; 5: En Çok Öncelikli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların mesleki faaliyetler hakkındaki yeterliliklerinin değerlendirildiği anket sorularına verilen puanlamaların meslek gruplarına göre detaylı olarak karşılaştırılması soru bazında verilmeye çalışılmıştır.

Yeterliliğin değerlendirildiği anketin ilk sorusunda yer alan “Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek” faaliyeti hakkında katılımcıların yeterliliklerinin karşılaştırılması Tablo 39’da gösterilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmiş olup ($p=0,002$) aile hekimliği asistanları %33,3 oranla bu faaliyete 3 puan vererek ortalama $3,15 \pm 1,25$ puanla diğer meslek gruplarına göre kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir (bkz. Tablo 16).

Tablo 39. Birinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
1.Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek	1*	n	19	8	14	6	0,002
		%	40,4%	14,8%	50,0%	37,5%	
	2*	n	6	6	4	3	
		%	12,8%	11,1%	14,3%	18,8%	
	3*	n	11	18	7	4	
		%	23,4%	33,3%	25,0%	25,0%	
	4*	n	6	14	0	0	
		%	12,8%	25,9%	0,0%	0,0%	
	5*	n	5	8	3	3	
		%	10,6%	14,8%	10,7%	18,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)” faaliyeti hakkındaki yeterliliklerinin karşılaştırılması Tablo 40’ta gösterilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla ($p>0,05$) birlikte aile hekimliği uzmanları %75 oranla, pratisyen aile hekimleri %76,6 oranla bu faaliyete 4/5 puan vererek kendilerini diğer meslek gruplarına göre daha yeterli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 40. İkinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (Örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)	1*	n	1	1	3	0	0,395
		%	2,1%	1,9%	10,7%	0,0%	
	2*	n	5	2	2	1	
		%	10,6%	3,7%	7,1%	6,3%	
	3*	n	5	20	2	6	
		%	10,6%	37,0%	7,1%	37,5%	
	4*	n	20	16	7	4	
		%	42,6%	29,6%	25,0%	25,0%	
	5*	n	16	15	14	5	
		%	34,0%	27,8%	50,0%	31,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Kronik hastalıkların takip ve izlemlerini yapmak (örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)” faaliyetindeki yeterlilikleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup ($p>0,05$) tüm meslek grupları çoğunlukla bu faaliyette kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir (Tablo 41).

Tablo 41. Üçüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemlerini yapmak (Örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)	1*	n	1	2	2	0	0,465
		%	2,1%	3,7%	7,1%	0,0%	
	2*	n	2	5	2	1	
		%	4,3%	9,3%	7,1%	6,3%	
	3*	n	13	13	3	4	
		%	27,7%	24,1%	10,7%	25,0%	
	4*	n	18	18	7	7	
		%	38,3%	33,3%	25,0%	43,8%	
	5*	n	13	16	14	4	
		%	27,7%	29,6%	50,0%	25,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak” faaliyetindeki yeterlilikleri arasında Tablo 42’de görüldüğü üzere anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 42. Dördüncü Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak	1*	n	19	9	8	7	0,127
		%	40,4%	16,7%	28,6%	43,8%	
	2*	n	4	9	8	2	
		%	8,5%	16,7%	28,6%	12,5%	
	3*	n	13	17	7	2	
		%	27,7%	31,5%	25,0%	12,5%	
	4*	n	6	11	1	2	
		%	12,8%	20,4%	3,6%	12,5%	
	5*	n	5	8	4	3	
		%	10,6%	14,8%	14,3%	18,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların meslek grupları arasında “Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak” faaliyetindeki yeterlilikleri Tablo 43’te görüldüğü üzere anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 43. Beşinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
5. Gerekliğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak	1*	n	8	4	3	3	0,694
		%	17,0%	7,4%	10,7%	18,8%	
	2*	n	4	9	3	3	
		%	8,5%	16,7%	10,7%	18,8%	
	3*	n	11	20	7	4	
		%	23,4%	37,0%	25,0%	25,0%	
	4*	n	12	11	9	3	
		%	25,5%	20,4%	32,1%	18,8%	
	5*	n	12	10	6	3	
		%	25,5%	18,5%	21,4%	18,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 44’te sunulduğu üzere katılımcıların “Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak” faaliyetine verdikleri puanlamalar, meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 44. Altıncı Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
6. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak	1*	n	7	6	6	5	0,215
		%	14,9%	11,1%	21,4%	31,3%	
	2*	n	4	9	3	1	
		%	8,5%	16,7%	10,7%	6,3%	
	3*	n	6	10	8	3	
		%	12,8%	18,5%	28,6%	18,8%	
	4*	n	11	14	5	3	
		%	23,4%	25,9%	17,9%	18,8%	
	5*	n	19	15	6	4	
		%	40,4%	27,8%	21,4%	25,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)” faaliyetindeki yeterliliklerinin karşılaştırılması Tablo 45’te verilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup ($p=0,008$) SAHU’lar %50 oranla 5 puan vererek ortalama $4,13 \pm 1,15$ puanla bu faaliyette kendilerini diğer meslek gruplarına göre dahayeterli olarak değerlendirmiştir (bkz. Tablo 16).

Tablo 45. Yedinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
7. Akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (Örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)	1*	n	4	4	3	1	0,008
		%	8,5%	7,4%	10,7%	6,3%	
	2*	n	3	8	1	0	
		%	6,4%	14,8%	3,6%	0,0%	
	3*	n	4	16	4	3	
		%	8,5%	29,6%	14,3%	18,8%	
	4*	n	18	18	12	4	
		%	38,3%	33,3%	42,9%	25,0%	
	5*	n	18	8	8	8	
		%	38,3%	14,8%	28,6%	50,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adölesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)” faaliyetindeki yeterliliklerinin karşılaştırılması Tablo 46’da sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ($p=0,004$) olup aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları bu faaliyette kendilerini daha yeterli olarak görmüşlerdir.

Tablo 46. Sekizinci Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adölesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)	1*	n	1	2	2	0	0,004
		%	2,1%	3,7%	7,1%	0,0%	
	2*	n	0	4	0	0	
		%	0,0%	7,4%	0,0%	0,0%	
	3*	n	3	9	1	3	
		%	6,4%	16,7%	3,6%	18,8%	
	4*	n	9	16	4	5	
		%	19,1%	29,6%	14,3%	31,3%	
	5*	n	34	23	21	8	
		%	72,3%	42,6%	75,0%	50,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların “Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)” faaliyetindeki yeterliliklerinin karşılaştırılması Tablo 47’de sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiş olup ($p>0,05$) tüm meslek grupları çoğunlukla bu faaliyette kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir.

Tablo 47. Meslek Gruplarına Göre 11.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)	1*	n	1	1	2	2	0,291
		%	2,1%	1,9%	7,1%	12,5%	
	2*	n	2	5	2	2	
		%	4,3%	9,3%	7,1%	12,5%	
	3*	n	10	4	1	3	
		%	21,3%	7,4%	3,6%	18,8%	
	4*	n	19	20	11	4	
		%	40,4%	37,0%	39,3%	25,0%	
	5*	n	15	24	12	5	
		%	31,9%	44,4%	42,9%	31,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 48’de katılımcıların yeterliliklerine göre “Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması gösterilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0,05$) olup tüm meslek grupları çoğunlukla bu faaliyette kendilerini yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Tablo 48. Meslek Gruplarına Göre 13.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
13. Yerde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek	1*	n	20	21	10	5	0,772
		%	42,6%	38,9%	35,7%	31,3%	
	2*	n	4	10	4	3	
		%	8,5%	18,5%	14,3%	18,8%	
	3*	n	7	11	8	2	
		%	14,9%	20,4%	28,6%	12,5%	
	4*	n	8	8	6	3	
		%	17,0%	14,8%	21,4%	18,8%	
	5*	n	8	4	0	3	
		%	17,0%	7,4%	0,0%	18,8%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 49’da katılımcıların“Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak” faaliyetindeki yeterliliklerinin meslek gruplarına göre karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiş ($p>0,05$) olup tüm meslek grupları çoğunlukla bu faaliyete 3 puan vererek yeterli olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 49. Meslek Gruplarına Göre 17.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak	1*	n	7	5	5	1	1,000
		%	14,9%	9,3%	17,9%	6,3%	
	2*	n	8	11	5	4	
		%	17,0%	20,4%	17,9%	25,0%	
	3*	n	14	18	6	5	
		%	29,8%	33,3%	21,4%	31,3%	
	4*	n	10	14	6	4	
		%	21,3%	25,9%	21,4%	25,0%	
	5*	n	8	6	6	2	
		%	17,0%	11,1%	21,4%	12,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların yeterliliklerine göre “Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)” faaliyetine verdikleri puanlamalar karşılaştırıldığında (Tablo 50), meslek grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmiş olup ($p=0,010$) aile hekimliği asistanlarının %46,3’ükendilerini en yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Tablo 50. Meslek Gruplarına Göre 20.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (Örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)	1*	n	12	25	7	6	0,010
		%	25,5%	46,3%	25,0%	37,5%	
	2*	n	4	8	7	3	
		%	8,5%	14,8%	25,0%	18,8%	
	3*	n	9	13	11	2	
		%	19,1%	24,1%	39,3%	12,5%	
	4*	n	9	4	2	1	
		%	19,1%	7,4%	7,1%	6,3%	
	5*	n	13	4	1	4	
		%	27,7%	7,4%	3,6%	25,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların yeterliliklerine göre “Okul sağlığı ve taramalarında görev almak” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması Tablo 51’de sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 51. Meslek Gruplarına Göre 21.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak	1*	n	13	8	8	4	0,165
		%	27,7%	14,8%	28,6%	25,0%	
	2*	n	8	5	7	1	
		%	17,0%	9,3%	25,0%	6,3%	
	3*	n	7	15	5	3	
		%	14,9%	27,8%	17,9%	18,8%	
	4*	n	12	13	3	6	
		%	25,5%	24,1%	10,7%	37,5%	
	5*	n	7	13	5	2	
		%	14,9%	24,1%	17,9%	12,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 52’de katılımcıların yeterliliklerine göre “Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 52. Meslek Gruplarına Göre 22.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (Örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)	1*	n	13	8	6	2	0,853
		%	27,7%	14,8%	21,4%	12,5%	
	2*	n	7	10	6	4	
		%	14,9%	18,5%	21,4%	25,0%	
	3*	n	10	18	7	6	
		%	21,3%	33,3%	25,0%	37,5%	
	4*	n	11	10	6	3	
		%	23,4%	18,5%	21,4%	18,8%	
	5*	n	6	8	3	1	
		%	12,8%	14,8%	10,7%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Tablo 53’te katılımcıların yeterliliklerine göre “Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 53. Meslek Gruplarına Göre 23.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)	1*	n	13	13	7	4	0,468
		%	27,7%	24,1%	25,0%	25,0%	
	2*	n	6	17	2	4	
		%	12,8%	31,5%	7,1%	25,0%	
	3*	n	16	14	10	6	
		%	34,0%	25,9%	35,7%	37,5%	
	4*	n	9	9	8	1	
		%	19,1%	16,7%	28,6%	6,3%	
	5*	n	3	1	1	1	
		%	6,4%	1,9%	3,6%	6,3%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların yeterliliklerine göre “Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması Tablo 54’te sunulmuştur. Buna göre meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmüş ($p=0,004$) olup aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları bu faaliyette kendilerini daha yeterli olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 54. Meslek Gruplarına Göre 26.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak	1*	n	0	2	2	1	0,004
		%	0,0%	3,7%	7,1%	6,3%	
	2*	n	1	4	1	0	
		%	2,1%	7,4%	3,6%	0,0%	
	3*	n	4	10	3	3	
		%	8,5%	18,5%	10,7%	18,8%	
	4*	n	9	19	7	6	
		%	19,1%	35,2%	25,0%	37,5%	
	5*	n	33	19	15	6	
		%	70,2%	35,2%	53,6%	37,5%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallistesti

Katılımcıların yeterliliklerine göre “Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak” faaliyetine verdikleri puanlamaların karşılaştırılması Tablo 55’te gösterildiği üzere anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır ($p>0,05$). Çoğunlukla tüm meslek grupları kendilerini yeterli olarak değerlendirmelerine rağmen, aile hekimliği asistanlarının %3,7’si iki puanlandırma, aile hekimliği uzmanlarının %7,1’i bir puanlandırma yaparak kendilerini yetersiz olarak belirtmişlerdir.

Tablo 55. Meslek Gruplarına Göre 27.Soruda Yer Alan Mesleki Faaliyetin Yeterliliğinin Karşılaştırılması

			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU	p**
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak	1*	n	0	0	2	0	0,218
		%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	
	2*	n	0	2	0	0	
		%	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	
	3*	n	3	6	0	0	
		%	6,4%	11,1%	0,0%	0,0%	
	4*	n	4	9	3	4	
		%	8,5%	16,7%	10,7%	25,0%	
	5*	n	40	37	23	12	
		%	85,1%	68,5%	82,1%	75,0%	
Toplam		n	47	54	28	16	145
		%	100%	100%	100%	100%	100%

* 1: En Yetersiz; 5: En Yeterli

** Kruskal–Wallis testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmamızda Erzurum il merkezinde görev yapanpratisyen aile hekimleri, aile hekimliği asistanları, aile hekimliği uzmanları ve SAHU’ların görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında yer alan profesyonel mesleki faaliyetleri icra ederken öncelik verdikleri ve kendilerini yetersiz hissettikleri mesleki faaliyetler araştırılmıştır.

Çalışmamızda elde edilen verilerdoğrultusunda katılımcıların cinsiyetine göre bazı faaliyetlerde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Bunlardan, bilimsel araştırma ve çalışmalar yaparak proje, kongre ve sempozyumlara katılmak, laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek ve kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek faaliyetlerine kadınların erkeklere oranla daha fazla öncelik verdikleri saptanmıştır. Cinsiyete göre yeterliliklerin karşılaştırılmasında, depresyon, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak, yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek ile acil sağlık hizmeti sunmak faaliyetlerinde erkekler kadınlara göre kendilerini daha yeterli olarak değerlendirmişlerdir.

Katılımcılardan meslekte çalışma süresi daha az olan aile hekimleri “Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak” faaliyetinin daha çok öncelikli olduğunu belirtmiştir. Meslekte çalışma süresi 4-8 yıl olanlar ise “Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek” faaliyetinin daha az öncelikli olduğunu düşünmüştür. Yeterlilik anketinde meslekte çalışma süresi daha fazla olan aile hekimleri “Acil sağlık hizmeti sunmak” faaliyetinde kendilerini daha yeterli olarak değerlendirmiştir.

Aile hekimlerinin medeni durumlarına göre (evli veya bekâr) yapılan karşılaştırmalarında bazı faaliyetlerde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Bu kapsamda bekârlar evlilere göre, bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak, yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek, hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak faaliyetlerinin daha çok öncelikli olduğunu belirtmişlerdir. Evliler ise bekârlara göre

“periyodik sağlık muayenesi yapmak” faaliyetini daha öncelikli olarak değerlendirmişlerdir. Yeterlilik anketinde evliler bekârlara göre “kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek” faaliyetinde kendilerini daha yetersiz olarak belirtmişlerdir.

Mesleki faaliyetlerin önceliğinin ve yeterliliğinin meslek gruplarına göre karşılaştırılmasına baktığımızda; kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek faaliyeti her iki ankette de anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Aile hekimliği asistanları hem öncelik hem de yeterlilik anketinde %33,3 oranla üç puan vererek bu faaliyeti diğer meslek gruplarına nispeten öncelikli görmüşler ve kendilerini bu faaliyette yeterli olarak değerlendirmişlerdir. Diğer meslek grupları ise bu faaliyete hem öncelik hem de yeterlilik anketinde çoğunlukla bir puan vererek en az öncelikli ve en yetersiz oldukları faaliyet olarak değerlendirmişlerdir. Aile hekimliği uygulamasının henüz yeni sayılabileceği 2011 yılında yapılan 485 kişinin katıldığı bir araştırmada aile sağlığı elemanınca evlerde ziyaret edilme oranı %12,4 olarak belirtilmiştir(71). Daha sonraları, 2014’te yapılan başka bir çalışmada anket uygulanan 430 haneden sadece %9,3’üne aile hekimi veya yardımcısı tarafından ziyaret yapılmıştır (72). Araştırmacı bu düşük oranın sebebini aile hekimlerine bağlı nüfusun çok fazla olmasına ve ev ziyaretlerinin performans kriterleri içerisinde yer almamasına dayandırmıştır. Bu sonuçları açıklayabileceğini düşündüğümüz sağlık yöneticilerinin görüşleri kapsamında yapılan başka bir araştırmada ise aile hekimliği sisteminde personel sayısının az olması ve yerine bakacak kimse olmadığı için ev ziyaretlerinin az olduğu ifade edilmiştir(73). Yapılan çalışmalarda ev ziyaret oranlarının düşük saptanmış olması personel sayısıyla, bağlı nüfusla ve performans sistemiyle ilişkilendirilebileceği gibi bu faaliyetin çalışmamızda da saptadığımız üzere aile hekimlerince öncelikli olarak değerlendirilmemesinden ve aynı zamanda yetersiz hissedilen bir mesleki faaliyet olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Aile hekimlerinin iş yükü de göz önüne alınarak bu görevi yönetmelikte de belirtildiği üzere en azından telefonla iletişim yoluyla yerine getirilmesi örneğin evde bakıma ihtiyacı olanların ve gebelerin tespiti açısından önem arz etmektedir.

Aile hekimliği uygulamasının koruyucu hekimlik kapsamında en önemli sorumluluklarından birisi olan risk koşullarına sahip hastaların taranması ve tespit edilmesi (örneğin; pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.) faaliyeti öncelik ve yeterlilik anketinde anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır. Bu faaliyet, tüm meslek grupları tarafından öncelik anketinde ortalama $3,95 \pm 1,09$ puanla öncelikli mesleki faaliyet olarak değerlendirilmekle birlikte yeterlilik anketinde ise $3,88 \pm 1,07$ puanla ortalama sayılabilecek bir yeterlilikle sonuçlanmıştır. Norveç'te 1308 aile hekiminin katılımıyla yapılan bir araştırmada, aile hekimlerinin anlamlı bulunduğu mesleki faaliyetler incelenmiş ve hipertansiyon, hiperkolesterolemi, osteoporoz gibi risk durumlarının yönetimi, aile hekimlerinin %76'sı tarafından anlamlı olarak tanımlanmıştır(74). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde öncelikli bir faaliyet olduğu tespit edilmiştir. Yangı ve ark. erişkinlere yönelik aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi hakkındaki aile hekimlerinin genel bilgilerini araştırmıştır (1). Yangı bu araştırmasında aile hekimlerinin genel bilgi skorunu beş puan üzerinden 3,28 olarak saptamıştır. Araştırmasında yer alan anket içeriğinden “periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir” sorusu aile hekimlerinden 3,86 puan alırken, “18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir” sorusunun skoru ise 3,83 puan olarak belirtilmiştir. Başka bir soru olan “obez veya kilolu ve özellikle santral obezitesi olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir açlık kan şekeri ile diyabet taraması yapılması önemlidir” bilgi skoru 4,06 puan almıştır. Tüm bu veriler, aile hekimlerinin kronik hastalıkların erken tespiti için taranması hususunda ortalama bir bilgi ve yeterliliğe sahip olduğunu düşündürmekle birlikte, yine de tüm aile hekimliği meslek gruplarındaha fazla hizmet içi eğitimler verilmesi gerektiğini göstermektedir. Yeterlilik anketinde tüm meslek grubu ortalama puanının altında kalan aile hekimliği asistanlarının ve SAHU'ların eksikliklerinin desteklenmesinde ise akademik birimlere önemli görevler düşmektedir.

İnsan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilen kronik hastalıkların, takip ve izlemelerini yapmak faaliyeti(örneğin; obezite, hipertansiyon, diyabet vb.) hem öncelik hem de yeterlilik anketinde anlamlı bir farklılıkla

sonuçlanmamıştır. Tüm aile hekimliği meslek grupları çoğunlukla dört veya beş puan vererek ortalama $3,94 \pm 1,09$ puanla öncelikli ve ortalama $3,86 \pm 1,06$ puanla yeterli hissettikleri faaliyet olarak değerlendirmişlerdir. Böylece, tüm meslek grupları hem risk koşullarına sahip olan hastaların taranmasını, hem de kronik hastalık tanısı almış bireylerin takibini öncelikli olarak değerlendirmiş ve bu faaliyetlerde kendilerini yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Halvorsen'in aile hekimlerinin ($n=1308$) anlamlı bulduğu mesleki faaliyetler araştırmasında kronik hastalıkların takibi (KOA, kalp hastalığı, diyabet) %93 oranla oldukça yüksek anlamlı olarak değerlendirilmiştir(74). Suudi Arabistan'da yapılan 415 aile hekiminin katıldığı aile hekimlerinin bakış açısından anlamlı mesleki faaliyetler araştırmasında da kronik hastalıkların takibi %92,8 oranla 4 veya 5 puan almıştır(75).

Öncelik anketinde değerlendirdiğimiz periyodik sağlık muayeneleri (örneğin; göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması) meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmayarak toplam $4,08 \pm 1,18$ puanla tüm aile hekimliği meslek grupları tarafından daha çok öncelikli olarak belirtilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetinin temeli ve bir periyodik sağlık muayenesi örneği olan aile hekimlerine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarının yapılması faaliyeti (örneğin; gebe, lohusa takibi, yenidoğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.) yeterlilik anketinde meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Tüm meslek gruplarının skoru $4,32 \pm 1,01$ puan olarak hesaplanmış ve bu faaliyette ortalama $4,60 \pm 0,80$ puanla kendisini en yeterli hisseden pratisyen aile hekimleri olmuştur. Onları sırasıyla aile hekimliği uzmanları ve SAHU'lar takip etmiştir. Aile hekimliği asistanları ise $4,00 \pm 1,12$ puan ile en düşük puanlamayı yapmış ve ortalamanın altında kalmıştır. Bu doğrultuda çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının diğer aile hekimi meslek gruplarına göre aile hekimliğindeki görev sürelerinin daha kısa ve faaliyete aşinalıklarının daha az olması sebebiyle diğer katılımcı grupların gerisinde kalmış olduklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda aşı ve bağışıklama hizmet sunumu öncelik anketinde toplam $4,74 \pm 0,69$ puanla, yeterlilik anketinde ise $4,64 \pm 0,78$ puanla her iki anketin en yüksek puanlamasını almıştır. Tüm meslek grupları tarafından her iki ankette de

anlamalı bir farklılık saptanmayarak öncelikli ve yeterli hissedilen mesleki faaliyet olarak değerlendirilmiştir. Oğuzöncül ve ark.'nın 165 pratisyen aile hekiminin katılımıyla yaptığı aile hekimlerinin aşılar hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği bir araştırmada, aşılar hakkındaki sorulara verilen doğru cevap ortalaması 7.59 ± 2.17 (min.=1, maks. =12) olarak tespit edilmiştir (76). Aynı araştırmada aile hekimlerinin aşı hakkında bilgi edinme kaynakları sorgulanmış, en yüksek oranın %77,6 ile Sağlık Bakanlığı aracılığıyla olduğu ifade edilerek, aile hekimlerinin hizmet kapsamlarındaki bir konu hakkında bireysel olarak araştırma yapmadıkları sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde aile hekimlerine yönelik yapılan diğer çalışmalarda da hekimlerin aşılar hakkında bilgi eksiklerinin olduğu saptanmıştır (77-79). Çalışmamızda aşı ve bağışıklama hizmet sunumunda hekimler kendilerini yeterli olarak değerlendirmelerine rağmen, bilgi düzeyleri tarafımızca ölçülmemiştir. Bağışıklamanın öncelikli olduğu bilincinde olan aile hekimlerinin ülkemizdeki aşı uygulamaları ve aşı çeşitliliği ile ilgilibilgi düzeylerinin detaylı olarak araştırılması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile daha güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu mümkün olacaktır.

Aile hekimlerine yöneltilen okul sağlığı ve taramalarında görev almak faaliyeti öncelik anketinde anlamalı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Tüm hekimlerin toplam skoru $2,75 \pm 1,45$ ile düşük bir ortalama elde edilmiş olup aile hekimliği asistanları $3,28 \pm 1,45$ puanla diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre bu faaliyeti daha öncelikli olarak değerlendirmiştir. Aile hekimliği uzmanları ise $2,54 \pm 1,23$ puanla ortalamanın altında kalarak SAHU ve pratisyen aile hekimleri gibi daha az öncelikli faaliyet olarak değerlendirmiştir. Yeterlilik anketinde ise meslek grupları arasında anlamalı bir farklılık saptanmamış ve hekimlerin toplam puanı $3,01 \pm 1,43$ olarak yine düşüksayılabilecek bir skorla sonuçlanmıştır. Yapılan araştırmalar (80, 81) ve çalışmamız doğrultusunda ülkemizde okul taramalarına yeterli önceliğin verilmemesinin muhtemel nedeni, performans sistemine dâhil olmayan yani takibi zorunlu olmayan bir uygulama olmasındankaynaklandığı düşünülebilir.

Bir başka faaliyet olan 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunulması öncelik anketinde meslek grupları arasında anlamalı bir farklılıkla sonuçlanmamış ve toplam $4,17 \pm 1,07$ puanla tüm aile hekimi meslek grupları tarafından öncelikli faaliyet olarak değerlendirmiştir. Yeterlilik anketinde

ise meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Toplam $4,18 \pm 1,05$ puan ile tüm meslek grupları kendilerini yeterli olarak değerlendirmekle birlikte pratisyen aile hekimleri $4,57 \pm 0,74$ puanla ortalamanın üzerinde kalarak diğer grupları geride bırakmıştır. Özdemir ve ark.'nın 430 haneye yaptığı bir anket çalışmasında bağlı olunan aile hekimliği birimi tarafından sadece %20 haneye 15-49 yaş kadın izlem yapıldığı tespit edilmiştir(72). Başka bir araştırmada, Türkiye ortalamasına göre eğitim düzeyi daha yüksek olan ve %95'i aile hekimine kayıtlı olan grubun yarısının 15-49 yaş kadın izlemlerinin yapılmadığı saptanmıştır (82). Çalışmamızda tüm aile hekimliği meslek grupları, 15-49 yaş kadın izlemlerinin öncelikli olduğunu belirtmiş ve kendilerini yeterli olarak değerlendirmişlerdir ancak literatürdeki çalışmalarda yapılma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Okul sağlığı ve taramaları faaliyeti gibi 15-49 yaş kadın izlemlerinin de performansa dâhil olmayan bir uygulama olması sebebiyle yapılma oranlarının düşük saptanmış olduğunu düşünmekteyiz.

Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak faaliyeti, öncelik anketinde meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Bu faaliyette tüm hekimlerin öncelik anketi toplam skoru $2,81 \pm 1,41$ puan olup aile hekimliği asistanlarının %48,1'i 4 veya 5 puan (ortalama $3,3 \pm 1,21$) vererek diğer meslek gruplarına göre en yüksek puanlamayı yapmış ve onları sırasıyla aile hekimliği uzmanları ve pratisyen aile hekimleri takip etmiştir. SAHU'lar ise ortalama $2,06 \pm 1,34$ puanla meslek grupları arasında en düşük puanlamayı yapan grup olmuştur. Halvorsen'in en anlamlı mesleki faaliyet çalışmasında, evde/gezici/yerinde sağlık hizmeti kapsamında huzurevlerine sunulan sağlık hizmeti ele alınmış ve aile hekimleri ($n=1308$) %48 oranla 4 veya 5 (en anlamlı) puan vermiştir(74). Halvorsen'in araştırmasına benzer Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada ise, aile hekimleri ($n=415$) evde sağlık hizmetine %60 oranla 4 veya 5 puan vermiştir (75). Bizim çalışmamızda ülkemizde aile hekimlerinin evde sağlık hizmetlerini öncelikli bir faaliyet olarak değerlendirmediklerini ve oldukça düşük puanlar verdiklerini görmekteyiz. Yeterlilik anketinde ise tüm meslek gruplarının ortalama puanı $2,66 \pm 1,39$ olup meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu kapsamda tüm aile hekimliği meslek grupları bu faaliyette

kendilerini yetersiz olarak değerlendirmiştir. Mevcut öngörüler ülkemizde nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanacağına işaret etmekte olup beraberinde sağlık problemlerinin artması da beklenen muhtemel tablodur(83). Bu durum göz önüne alındığında evde sağlık hizmetlerine gereksinim daha da artacak, önemi daha çok hissedilecektir. Çalışmamız doğrultusundaki katılımcıların evde/gezici/yerinde sağlık hizmetlerine verdikleri önceliğin düşük olması bu hizmetin kapsamının ve yararlarının aile hekimlerince iyi kavranmadığını düşündürmüştür. Bununla birlikte aile hekimlerinin bağlı nüfus oranlarının yüksekliğiyle paralel iş yükü yoğunluğu ve personel sayılarının yetersizliği de değerlendirmelerine yansımış olabilir. Ülkemizde etkin bir evde sağlık hizmet sunumu için aile hekimlerinin şartlarını iyileştirmekle birlikte bu faaliyeti neden öncelikli olarak görmedikleri, yetersizliklerinin neler olduğu hususunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ve bu araştırmalar doğrultusunda eksikliklerinin ve yetersizliklerinin giderilmesi gerektiği kanısındayız. Yeterli çözümün üretilmemesi halinde ise bu hizmetin aile hekimliği görev ve sorumlulukları kapsamında çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer kurum ve kuruluşlarla yürütülmesi, düşünülebilecek başka bir alternatif husustur.

ASM'lerde laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerinin verilmesi öncelik anketinde, meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır. Tüm aile hekimliği meslek gruplarının bu hizmet sunumuna verdikleri öncelik $3,63 \pm 1,27$ puan ile ortalama bir değer olarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin gebe takiplerinde, kronik hastalıkların taranmasında ve takiplerinde, rapor düzenleme gibi birçok hususta laboratuvar hizmetlerinden destek aldığı düşünüldüğünde katılımcıların bu faaliyeti neden daha çok öncelikli görmediği şaşırtıcıdır. Aile hekimliğinden hizmet alımını araştıran bir çalışmada hastalar, bazı tetkiklerin ASM'lerde yapılmadığını, tetkiklerin geç sonuçlandığını ve donanım açısından ASM'leri yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir(84). Yine hastalar gözüyle ASM hizmetlerinin değerlendirildiği 2018 yılında 522 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada ASM'de teşhis için teknik donanımı yetersiz bulanların oranı %61,9 olarak saptanmıştır(85). Mevcut araştırmalar ve çalışmamız doğrultusunda aile hekimlerinin de bu faaliyeti değerlendirirken ASM'lerdeki teknik donanım ve fiziki alt yapı yetersizliğinin göz önünde bulundurarak puanlandırma yapmış olabileceğini düşündürmüştür. Bu kapsamda, güçlü bir birinci basamak hizmet

sunumu için laboratuvar hizmetlerinin etkin kullanılması ve hizmet sunumunu sektöre uğratabilecek nedenlerin belirlenerek, aksaklıkların giderilmesi önem arz etmektedir.

İçinde bulunduğumuz pandemi sürecinde aile hekimlerine yönelttiğimiz deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınsızın çalışma faaliyeti hem öncelik hem de yeterlilik anketinde anlamlı farklılıkla sonuçlanmamış olup tüm aile hekimliği meslek grupları öncelikli ve yeterli hissettikleri faaliyet olarak değerlendirmiştir. Pandemiyle olan mücadeleye Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği asistanları da hem eğitim ASM’lerde hizmet sunumuna özveriyle devam ederek hem de üçüncü basamakta üniversitemiz COVID-19 polikliniklerinde ve servislerinde görev alarak katkıda bulunmuştur. Türkiye çapında birçok aile hekimi ve aile hekimliği asistanları bu süreçte salgının ön saflarında halen çalışmaya devam etmektedir. Bu kapsamda Duman’ın 2020 yılında yaptığı “Aile Hekimliği Asistanı Gözünden Pandemi” başlıklı derlemesi aile hekimliği asistanlarının salgın mücadelesindeki rolünü özetlemektedir (86). Altuntaş’ın derlemesinde ise bu kez pandemi sürecinde görev ve sorumluluk bilinciyle sahada çalışan aile hekimlerinin sağlık hizmet sunuma katkılarında bahsedilmiştir (87). COVID-19 pandemisinde iki yılı geride bıraktığımız bu süreçte gerek aile hekimlerinden gerek diğer branş tıp hekimlerinden salgınla mücadeleleri sırasında bu hastalığa yakalanarak hayata veda eden birçok meslektaşımız bulunmaktadır. Sonuç olarak aile hekimlerimiz çalışmamızda salgınları öncelikli ve yeterli hissettikleri bir faaliyet olarak değerlendirmekle birlikte hali hazırda cansiperane çalışmaya devam ederek aynı zamanda bunu kanıtlamışlardır.

Aile hekimlerinin akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (örneğin; akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.) faaliyetine verdikleri puanlamalar meslek grupları arasında hem öncelik hem de yeterlilik anketinde anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Tüm meslek gruplarının öncelik anketi ortalaması puanı $3,54 \pm 1,36$ olup, yeterlilik anketi ortalaması $3,69 \pm 1,21$ ’dir. Her iki ankette ortalamasının altında kalan aile hekimliği asistanları olmuştur. Diğer iki meslek grubuna göre her iki ankette ortalama skoru daha yüksek olanlar ise SAHU ve pratisyen aile hekimleri olmuştur. Bu sonuç bize çalışmamıza katılan SAHU ve pratisyen aile hekimlerinin meslekte çalışma sürelerinin, aile

hekimliği uzmanlarından ve asistanlarından daha fazla olması neticesinde bu görevle karşılaşma sıklıklarının ve aşinalıklarının da görece fazla olmasının puanlamaya yansımış olabileceğini düşündürmüştür. Van’da aile hekimlerinin baş ağrısı konusundaki bilgi düzeylerini değerlendiren 120 aile hekiminin katıldığı ve büyük çoğunluğunu pratisyen aile hekimlerinin oluşturduğu bir araştırmada katılımcıların %70,8’i baş ağrı tanı ve tedavisinde kendisini yeterli görmediğini ve %70’i baş ağrısı ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir (88). Aile hekimlerinin göğüs hastalıklarına bakışını değerlendiren başka bir araştırmada “Astım ve KOAH tedavi basamakları konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna 122 aile hekiminin %27’si evet yanıtını vermiştir (89). Literatürler ve çalışmamız doğrultusunda tüm aile hekimliği meslek gruplarında, akut şikâyetlerin takip ve tedavisinde ortalama bir yeterlilikte olup eksiklerinin olduğu görülmektedir. Hastalarla ilk tıbbi temas noktasını oluşturan aile hekimlerinin bu eksikliklerin asistanlıkta asistan eğitimleriyle, sahada işe hizmet içi eğitimlerle giderilerek yeterli bilgi ve donanıma ulaşmaları sağlanmalıdır.

Katılımcılara öncelik anketinde yönelttiğimiz ASM şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirme faaliyetini meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmayarak, tüm meslek grupları tarafından ortalama $4,59 \pm 0,81$ puan olarak öncelikli olarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde bilindiğı üzere zorunlu sevk sistemi uygulanmamakta olup hastalar her düzeyde hizmete sevksiz erişebilme imkânına sahiptir. Biz çalışmamızda hekimlerimize “bir üst basamağa yönlendirme” olarak sorumuzu yönelttik. Aile hekimlerinin bakış açısından sevk zincirinin değerlendirilmesine ilişkin bir çalışmada aile hekimlerinin %70’i bu uygulamanın acil ve öncelikli olmadığını belirtmiştir (90). Aynı çalışmada aile hekimleri, sevk zincirinin uygulanması ve iyi işlemlerine yönelik en büyük engel olarak bağılı nüfuslarının fazla olmasını belirtmiş ve katılımcıların %51,2’si de bu uygulamayla iş yükünün artacağını ifade etmiştir. Bununla birlikte hekimlerin %91’i ASM’de müdahale edilemeyecek, hastanede takibinin veya tedavisinin daha uygun olduğunu düşündükleri tanılarının ise sevk zincirinden muaf olması gerektiğı belirtmiştir. Tüm bunlar doğrultusunda aile hekimleri şu an ki mevcut koşulları gereğı henüz zorunlu olmayan sevk zinciri uygulamasını öncelikli olarak değerlendirmemekle birlikte yönlendirme

faaliyetinin evrak işi gerektirmemesi ve herhangi bir iş yükü oluşturmaması nedeniyle öncelikli olarak değerlendirildiğini düşündürmüştür.

Önceliğinin değerlendirildiği bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak faaliyeti ise meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamış olup tüm hekimlerin ortalama skoru $3,45 \pm 1,3$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda katılımcılar “bir üst basamağa yönlendirmek” faaliyetini $4,59 \pm 0,81$ puanla daha öncelikli olarak değerlendirirken, yönlendirdikten sonra gelişecek süreci takip etmeyi ise öncelikli görmemiştir. Türk Tabipler Birliği’nin 2013’te yapılmış bir araştırmasında 52 aile hekiminden 12’si hastalarının büyük bölümünün diğer sağlık kurumlarında aldıkları hizmetlerden, uzman hekimler tarafından konulan tanılardan haberdar olduğunu belirtmiştir. Diğer aile hekimleri ise oldukça az sayıdaki hastasının bilgilerinden haberdar olabildiğini açıklamıştır (91). Günümüz koşullarında gelişen sağlık teknolojileri sayesinde e-Nabız sistemi hayata geçirilmiş vebu durum oldukça kolaylaşmıştır. Kişiler kendi sağlık verilerine mobil uygulamalardan ulaşabileceği gibi her basamaktaki hizmet sunucuları da bu verilere elektronik ortamda erişim sağlayabilmektedir. Bu uygulamayı etkin kullanabilmek ise hekimlerin elindedir.

Koruyucu hekimliğin kapsamında olan hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak faaliyetinin önceliği meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamış olup hekimlerin toplam ortalama puanı $3,58 \pm 1,18$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar bu faaliyeti daha çok/ en çok öncelikli olarak değerlendirmemiştir. Oysaki hastalıklardan korunmak ancak eğitimle mümkündür. Özer ve ark. hasta eğitiminin her fırsatta yapılabileceğini, bunun için uygun bir zamana gereksinim olmadığını savunmuştur. Hasta hekim ilişkisinde en önemli noktanın iletişim olduğu ve hekimin hastayla iletişim kurduğu an eğitimin başladığı vurgulanmıştır(92). Bu kapsamda hasta ile hekim arasındaki iletişim sürecinin doğru işleyebilmesi için aile hekimlerinin öncelikle etkili iletişim becerileri geliştirilmelidir. İletişim süreci doğru işlediğinde ise hastalar anlaşıldığını hissedecek, hekimleri ile iş birliği içinde olacaktır(93). Böylelikle verilen hizmete, tedavilere ve eğitime uyum artacak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşarak morbidite azalacaktır(92). Koruyucu hekimliğin ön planda olduğu günümüz sağlık

politikasında tüm bunlara bakarak aile hekimlerinin hasta eğitimi konusunda farkındalıkların artırılması ise yetkililere düşen bir sorumluluktur.

Aile hekimlerine hem yeterlilik hem öncelik anketinde yönelttiğimiz yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek faaliyet skorlaması her iki ankette de meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamakla birlikte her iki ankette en düşük puanlamayı alan faaliyet olmuştur. Öncelik anketinin toplam ortalama puanı $2,12 \pm 1,35$ olup tüm meslek grupları en az/daha az öncelikli olarak değerlendirmiştir. Yeterlilik anketinin toplam ortalama puanı ise $2,46 \pm 1,41$ olup tüm meslek grupları en yetersiz oldukları faaliyet olarak değerlendirmiştir. Arslan ve ark. bir çalışmada; 86 yaşında erkek olgunun aile hekimi tarafından düzenlenmiş defin ruhsatında ölüm nedeni, ölenin yakınlarından alınan bilgi doğrultusunda Alzheimer hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının komplikasyonları olarak belirtildiği ifade edilmektedir. Fakat defin den dört gün sonra gelen ihbarla feth-i kabir işlemi sonrası yapılan otopside saptanan seri kırıklar nedeniyle ölüm sebebi “genel beden travması” olarak belirlenmiştir(94). Şüpheli bir ölüm, yetersiz yapılan ölü muayenesi ile fark edilmemiş ve ölüm nedeni doğru olarak tespit edilememiştir. Bu olgu sunumunu destekler nitelikte olan çalışmamızda ise aile hekimleri bu faaliyette kendilerini yetersiz olarak değerlendirmiştir. Ülkemizdeki adli tıp uzman sayısının yetersiz olması nedeniyle birinci basamakta karşılaşılabilecek adli olgular, adli tıp uzmanı dışındaki hekimler tarafından değerlendirilmektedir (95). Bu doğrultuda yapılan birçok çalışmada hekimlerin adli tıp bilgilerinin yetersiz olduğu ifade edilmiştir (96-98). Hekimlerin adli tıp sorunlarını araştıran bir çalışmada katılımcıların(n=67) %74 ‘ü mezuniyet öncesi adli tıp derslerinin yetersiz olduğunu ve yetersizliğin nedenini çoğunlukla pratik uygulama imkânının az olması olarak belirtmiştir (97). Tüm bunlara bakarak aile hekimlerinin görevi olan yerinde ölü muayenesinin sorumluluğu konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması ve bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu kapsamda öncelikle tıp fakültelerinde adli tıp eğitiminin daha efektif sunulması gerektiği araştırmacılar tarafından da vurgulanmaktadır (99). Aile hekimlerinin hizmet içi eğitim programlarında ise yetersiz hissettikleri yerinde ölü muayenesi, defin ruhsatı ve şüpheli adli olgulara yaklaşım ile ilgili bilgiler verilmelidir. Akademik birimlerde ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek

müfredatına adli tıp rotasyonun eklenmesi düşünülebilir. Ek olarak Karbeyaz ve ark.'nınülke genelinde 24 saat hizmet veren adli olgu danışma birimlerinin kurulması ve tüm hekimlerin gerekli hallerde buralara başvurabilmeleri fikri sorunun çözümüne katkı sağlayacak etkili bir uygulama olabilir (99).

Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb.) faaliyeti öncelik anketinde anlamlı farklılıkla sonuçlanmamıştır. Bu faaliyetin öncelik anketi toplam ortalama puanı $4,06 \pm 1,08$ olarak hesaplanmış olup tüm aile hekimliği meslek grupları bu mesleki faaliyeti öncelikli olarak değerlendirmişlerdir.

Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapma, proje, kongre ve sempozyumlara katılma faaliyeti öncelik anketindemeslek grupları arasında anlamlı farklılıkla sonuçlanmıştır. Aile hekimliği asistanları $4,31 \pm 0,95$ puan ile en yüksek puanlamayı yapmış ve onları sırasıyla aile hekimliği uzmanları, SAHU'lar takip ederek pratisyenaile hekimleri $3,36 \pm 1,37$ puan ile en düşük puanlamayı yapan meslek grubu olmuştur.Keten ve ark. sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimiyle ilgili 170 pratisyen aile hekiminin katılımıyla yaptığı bir araştırmada katılımcıların 137'si (%80,6) verilecek uzmanlık eğitiminde tez hazırlanmasının gerekmediğini belirtmiştir(16). Bu veri çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlanmış olup meslekiöncelik anketinde en düşük puanlamayı yapan grubun pratisyen aile hekimleri olması onların akademik ortamdan uzaklaşmış olmaları ve mevcut iş yükleriyle açıklanabilir.

Katılımcılara yöneltilen sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak faaliyeti öncelik ve yeterlilik anketinde meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır. Katılımcıların öncelik anketi toplam skoru $3,14 \pm 1,22$ puan ve yeterlilik anketi toplam skoru $3,1 \pm 1,24$ puan olarak saptanmış olup ortalama sayılabilecek bir değer iletüm aile hekimi meslek grupları bu faaliyeti öncelikli ve yeterli hissedilen faaliyet olarak değerlendirmiştir.

Aile hekimliği uygulamasının bireylerin ilk tıbbi temas noktası olması hususunda değerlendirdiğimiz bir diğer faaliyet olan acil sağlık hizmet sunumu (örnek: travma, kaza, yaralanma vb.) öncelik anketinde meslek grupları arasında anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamış olup ortalama $2,27 \pm 1,44$ puan ile daha az

öncelikli faaliyet olarak sonuçlanmıştır. Yeterlilik anketinde ise meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hekimlerin yeterlilik ortalaması $2,57 \pm 1,44$ olup aile hekimliği asistanları $2,15 \pm 1,3$ puanla kendisini en yetersiz hisseden grup olmuştur. Yetersizlik sıralamasında aile hekimliği asistanlarını aile hekimliği uzmanları, SAHU'lar ve pratisyen aile hekimleri takip etmiştir. Öncelik ve yeterlilik anketindeki toplam ortalama puanlara bakıldığında tüm aile hekimliği meslek gruplarının bu faaliyete öncelik vermediği ve kendilerini yetersiz olarak gördüğü sonucuna ulaşılmıştır. Kitapçı ve ark. 2010 yılında yaptığı bir araştırmasında katılımcıların (n=165) acil sağlık problemleri için aile hekimlerinden yardım alabilme durumlarını sorgulamıştır. Katılımcıların % 43,7'si iyi/çok iyi, %30,3'ü orta ve % 26,1'i ise çok kötü/kötü olarak değerlendirme yapmıştır (100). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ortopedi ve travmatolojiyi araştıran Duygulu ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı araştırmasında ise aile hekimliği asistanlarının (n=30) %80'inden fazlası yumuşak doku travmalarında elastik bandaj ve sıcak, soğuk kompres ile kırıklarda atel uygulaması konularının aile hekimleri tarafından tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir (101). Bu oran yüksek sayılabilmekle birlikte bizim çalışmamızda ise tüm aile hekimliği meslek gruplarının acil sağlık hizmet sunumuna öncelik vermediği görülmüştür. Tüm bunlar doğrultusunda aile hekimlerinin acil sağlık hizmet sunumunda öncelikli gördüğü veya yetersiz hissettikleri uygulamaların detaylı olarak araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca aile hekimlerinin imkânları dâhilinde acil sağlık hizmetini daha deneyimli sunabilmeleri için aile hekimliği asistan eğitim programlarında bir aylık acil rotasyonu mevcut olmakla birlikte bu programa ortopedi rotasyonlarının da eklenmesi yararlı olacaktır (101).

Çalışmamızda psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek faaliyet puanlamasında öncelik ve yeterlilik anketlerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların öncelik anketi toplam ortalama skoru $2,82 \pm 1,27$ ve yeterlilik anketi toplam ortalama skoru $2,87 \pm 1,3$ olarak hesaplanmıştır. Tüm aile hekimliği meslek grupları bu faaliyeti daha az öncelikli ve yetersiz hissettikleri faaliyet olarak değerlendirmiştir. Güneş ve ark. 2015 yılında 150 katılımcıyla aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan bireylere yaklaşımını incelediği bir çalışmada, hekimlere birden çok cevap seçeneği sunulmuş ve 116 kişi (%77,3 oran) danışmanlık hizmeti yaptığını belirtmiştir. Bu oran yüksek sayılabilmekle

birlikte ilgili kuruma yönlendirme seçeneği ise 90 kişi (%60 oran) tarafından seçilmiştir. Aynı çalışma ASM’lerde psikososyal destek verilmesinin gerekli olduğunu fakat hastalara ayrılan süre ortalaması ile hasta yoğunluklarının bu desteği sınırlı hale getirdiği sonucuna varmıştır(102). Tüm bunlar çerçevesinde çalışmamız da mevcut durumun bir yansıması olarak sonuçlanmıştır. Bu sebeple 2013 yılında yayımlanmış başka bir makalede ASM’lerde sağlığın psikososyal boyutunun göz ardı edildiği gerçeğinden yola çıkarak ASM çatısı altında Aile Psiko-Sosyal Destek Birimlerinin kurulması fikri sunulmuştur(103). Sağlık Bakanlığı ise 2018 yılında yayımladığı yönetmelikle TSM’ye bağlı bir birim olan sağlıklı hayat merkezlerini hayata geçirmiştir. Bu merkezlerde koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik danışmanlık hizmetleri kapsamında koruyucu ruh sağlığı, çocuk gelişimi, risk grupları danışmanlığı gibi psikososyal destek faaliyetlerinin yürütülmesi planlanmıştır(104). Ayrıca Bakanlık kronik ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere 2014 yılında yayımladığı yönerge ile toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasını sağlamıştır(105). Sağlıklı hayat merkezi ve toplum ruh sağlığı merkezlerine hastalar şahsen başvuru yapabildikleri gibi aile hekimlerinden, toplum sağlığı merkezlerinden ya da üst basamak merkezlerden yönlendirme yoluyla da başvurabilmektedirler(106). Hastaları biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alan aile hekimleri ruhsal problemleri ve hastalıkları olan ya da psikososyal desteğe ihtiyacı olan hastalarını saptayabilmelidir. Bu kapsamda psikososyal danışmanlık hizmeti vermek isteyen fakat kendisini yetersiz hisseden aile hekimlerine ilgili sertifikasyon programlarının kurumlarca verilmesi faydalı olabileceği gibi ülkemizdeki mevcut psikososyal destek birimlerin varlığı ve hizmet kapsamlarından aile hekimlerinin haberdar edilerek farkındalıkları artırılması da bu birimlerden daha fazla kişinin faydalanmasını sağlayacaktır.

Aile hekimlerine yeterlilik anketinde yönelttiğimiz tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (Örneğin; kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.) faaliyet skorlamasında meslek grupları arasında anlamlı bir

farklılık gözlenmemiş olup hekimlerin yeterlilik toplam skoru $2,56 \pm 1,18$ olarak hesaplanmış ve kendilerini yetersiz olarak değerlendirmişlerdir.

Aile hekimlerinin kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenleme (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.) görevi mesleki öncelik anketinde anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır. Öncelik anketinde aile hekimlerinin toplam skorlaması $3,12 \pm 1,46$ olup tüm hekimler ortalama bir puanlandırma yapmıştır. Aile hekimlerince verilen sağlık raporlarının evrak işleri nedeniyle iş yükünü arttırdığı düşünülse de bazı kurumlarca istenen spesifik raporlar dışında evlilik öncesi düzenlenen sağlık raporlarının günümüzde önemi ve sıklığı gittikçe artan bulaşıcı hastalıklar ile genetik geçişi olan hastalıkların saptanması ve ilgili danışmanlık hizmeti sunumu açısından bir fırsat olarak değerlendirmesi gerektiği yapılan araştırmalarda vurgulanmıştır (44, 107). Sürücü olur raporlarıyla ise sağlık problemleri nedeniyle oluşabilecek trafik kazalarını azaltma hususunda aile hekimlerinin ideal bir konumda olduğu ifade edilmektedir(108).

Aile hekimlerinin koruyucu, tedavi edici hizmetlerinin yanı sıra bir diğer görevi olan aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (Örneğin; ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.) faaliyeti mesleki öncelik anketinde değerlendirilmiş ve anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmıştır. Öncelik anketinde tüm hekimlerin toplam skoru $3,01 \pm 1,42$ ile ortalama bir puan olup pratisyenaile hekimleri $3,34 \pm 1,49$ ve SAHU'lar $3,31 \pm 1,45$ puanla ortalamanın üzerinde kalarak diğer meslek gruplarına göre bu faaliyeti daha öncelikli olarak değerlendirmişlerdir. Bu sonuç bize çalışmamıza katılan aile hekimliği asistanlarının ve aile hekimliği uzmanlarının diğer meslek gruplarına göre meslekte çalışma sürelerinin daha kısa olması dolayısıyla bu faaliyetteki tecrübelerinin de daha az olabileceği doğrultusunda puanlandırma yaptıklarını düşündürmüştür.

Verilen hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (Örneğin; hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak) faaliyeti, mesleki yeterlilik anketinde anlamlı bir farklılıkla sonuçlanmamıştır. Yeterlilik anketinde toplam skor $3,99 \pm 1,09$ olup tüm meslek grupları 4 veya 5 puan vererek kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir. Yapılan bir çalışmada, aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye'de faaliyete

geçirildiği 2010 yılı içerisinde aile hekimlerine “Aile hekimliğine yönelik eğitimlerde en çok hangi konularda eğitim olmasını istersiniz?” şeklinde bir soru yöneltilmiş ve 104 aile hekiminin 46’sı (%44,2) tıbbi kayıt ve arşivleme konusunu seçmiştir (109). Bu veri ve çalışmamız doğrultusunda o dönemde henüz uygulamanın yeni ve oturmamış olması hekimlerin bu konuda kendilerini eksik hissettiğini düşündürmüştür. Geçen süre içerisinde aile hekimliği uygulamasının hekimlerce benimsenmesi ve sağlık kayıtlarının hem kendileri hem de hastaları adına önemli bir husus olduğu varsayımı ile her hekimin bu konuda artık kendilerini yeterli gördüklerideğerlendirmesi yapılmıştır.

Kısıtlılıklar

Çalışmamıza dâhil edilen aile hekimliği asistanlarının Eğitim ASM rotasyonunu yapıp yapmadıkları değerlendirmeye dâhil edilmemiştir. Anabilim dalımıza bağlı; nüfusu, hitap ettiği hasta kitlesi, eğitim durumu, yaş grubu ve çocuk sahibi/gebe olma durumları tamamen farklı iki Eğitim ASM’ ye aile hekimliği asistanları rotasyonlara rastgele gitmişler ve farklı sürelerde hizmet vermişlerdir (bazıları altı ay, bazıları dokuz ay, bazıları ise 11 ay olarak görev yapmıştır). Bu nedenle pratik uygulama anlamında saha tecrübeleri aynı olmadığı için ASM rotasyonu yapıp yapmadıkları dikkate alınmamıştır. Diğer taraftan tüm asistanlara asistan eğitimleri çerçevesinde eğitim ASM rotasyonundan bağımsız aile hekimliği uygulamaları hakkında bilgi ve eğitim sunulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda tüm aile hekimliği meslek gruplarının en çok öncelik verdiği ve en yeterli hissettiği mesleki faaliyet aşı ve bağışıklama hizmet sunumu olurken, en az öncelik verilen ve en yetersiz hissedilen mesleki faaliyet ise yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek olarak sonuçlanmıştır. Bu sonuç, aile hekimliği uygulamasında en sık verilen hizmetlerden birisinin aşı ve bağışıklama hizmet sunumu olması, yerinde ölü muayenesi ve defin ruhsatı verme hizmetinin ise nöbetler şeklinde aile hekimlerince daha az sıklıkta verilen bir hizmet olmasıyla ilişkilendirilebilir. Aile hekimlerinin en az öncelik verdiği ve en yetersiz hissettiği yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek görevinin, aile hekimliği uygulama yönetmeliğinden çıkarılarak bu hizmet sunumun TSM ile yürütülmesi bir seçenek iken yetersizliklerin giderilmesi adına akademik birimlerde aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına adli tıp rotasyonun eklenmesi de düşünülebilir.

Araştırmamızda aile hekimliği uzmanları ile aile hekimliği asistanlarının diğer meslek gruplarına göre daha çok öncelik verdiği üç mesleki faaliyet sırasıyla; bilimsel araştırma ve çalışmalar yaparak proje, kongre ve sempozyumlara katılmak, evde sağlık hizmeti sunumu ile okul sağlığı ve taramalarında görev almak olarak sonuçlanmıştır. Aile hekimliği uzmanları ile aile hekimliği asistanlarının akademik ortamda daha aktif yer almalarının bu doğrultuda çalışmamıza yansıması olabileceğinin kanaatindeyiz.

Pratisyen aile hekimlerinin diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre daha çok öncelik verdiği mesleki faaliyetler; akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak ile aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak olarak sonuçlanmıştır. Pratisyen aile hekimlerinin diğer meslek gruplarına göre daha yeterli hissettikleri mesleki faaliyetler ise sırasıyla; kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak, hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ile acil sağlık hizmeti sunumu olmuştur. Bu sonuçlar ise bize katılımcılar arasından aile hekimliği görev süresi bakımından diğer meslek gruplarına göre daha uzun çalışma süresine

sahip olan pratisyen aile hekimlerinin, mesleki deneyim ve tecrübelerinin daha fazla olabileceğinden yola çıkarak puanlandırma yapmış olduklarını düşündürmüştür.

Aile hekimliği asistanlarının diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre kendilerini yetersiz hissettikleri üç mesleki faaliyet sırasıyla; acil sağlık hizmeti sunumu, akut şikâyetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak ile hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu olarak sonuçlanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlarının diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre yetersiz hissettikleri mesleki faaliyet ise kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek olmuştur. Bu faaliyeti diğer aile hekimliği meslek gruplarına göre daha öncelikli ve daha yeterli hissedilen faaliyet olarak değerlendiren ise aile hekimliği asistanları olmuştur.

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında yürüttüğümüz çalışmamızda sonuç olarak; aile hekimliği meslek grupları arasında öncelikli ve yeterli hissedilen faaliyetlerde farklılıklar görülmüştür. Bununla birlikte aile hekimliği meslek gruplarında saptadığımız yetersiz hissedilen faaliyetler de aile hekimliği hizmet sunumu daha iyiye taşımak adına önemli bir veri kaynağı niteliği taşımaktadır.

Ülkemizde 2010 yılından beri faaliyet gösteren aile hekimliği uygulamasında yer alan tüm aile hekimlerinin daha nitelikli ve daha donanımlı olabilmeleri için gerekli hizmet içi ve asistan eğitim programları eksik ya da yetersiz hissedilen faaliyetler üzerinden yürütülmelidir. Aynı zamanda daha güçlü, daha kaliteli ve etkin bir birinci basamak sağlık hizmeti için ASM teknik donanımları, fiziki şartları iyileştirilmeli, aile hekimlerinin bağlı nüfus oranları azaltılmalı ve personel sayısının yeterli düzeyde sağlanması gerekmektedir. Akademik birimler, meslek örgütleri ve Sağlık Bakanlığı gibi kamu kurum ve kuruluşlarına bu hususlarda önemli görevler düşmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Yangı DT, Görpelioğlu S, Top M. Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2018;22(3):104-17.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Catholic J, Svab I, Maastricht P. The European definition of general practice/family medicine (short version). European Academy of teachers in general practice (network within WONCA Europe. 2005.
3. Aile Hekimliği Kanunu 2004 [cited 2022 11.01.2022]. Resmi Gazete Tarihi : 9/12/2004 Sayı :25665]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>
4. Güldal AD, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu Kandemir E, Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(3):107-12.
5. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst. Netherlands: 1974.
6. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, et al. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 1991. 1991.
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. Bmj. 2000;320(7231):354-7.
8. Europe WONCA. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
9. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Akademi Yayınevi Bölüm 1 Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi. 2012:1-10.
10. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu A, Yarış F. Concepts, Task in Family Medicine and History of the Discipline: Medical Education. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(3):412-18.
11. Görpelioğlu S. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Bozdemir N, Kara İH, editors. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. 1-43 p.
12. WONCA. Who is WONCA? [cited 2022 11.01.2022]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>.
13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği: Resmi Gazete; 2013 [cited 2022 11.01.2022]. Resmî Gazete Tarih: 25.01.2013 Sayı: 28539]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
14. Algın K, Şahin İ, Mehmet T. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3).
15. Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliği Disiplininde Akademik Yükselmeler ve Doçentlik Sınavları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(3):137-41.
16. Ketten HS, Ersoy Ö, Işık O, Çelik M, Sucaklı MH, Tiyekli L. Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Sürecine Bakışları. Cukurova Medical Journal. 2014;39(2):298-304.

17. TAHUD. Tarihçe [cited 2022 11.01.2022]. Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/tarih%C3%A7e-1>.
18. Bakanlığı S. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayın. 2008(749).
19. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği [Yüksek Lisans Tezi]: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2015.
20. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2016;10(2):81-90.
21. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul Ve Esasları T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 30.06.2014 Tarihli Duyurusu2014 [11.03.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_usul_esaslar.pdf.
22. Akman E, Tarım M. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.6(2):303-16.
23. Başer DA, Kahveci R, Meltem K, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15(1).
24. Topal Y, Topal H, İnanç BB, Özkoç HH. Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2017;4(2):6-10.
25. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No:1112, Ankara. 2018.
26. Vitrinel A, Erdağ GÇ. Sağlam Çocuk İzlemi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;11(3):101-6.
27. Evliyaoğlu N. Sağlam Çocuk İzlemi Derleme. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(11):6-10.
28. Kurnaz MA, Can H, Sezik HA, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. Aile Hekimleri Gebeleri Ne Kadar ve Nasıl İzliyor? 2015.
29. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bakanlık Yayın No: 924, Ankara. 2014.
30. Vural R, Yaman H. Aile Hekimliği ve Bazı Rapor Verme Uygulamaları. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;11(1):43-9.
31. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public Expectations and Attitudes for Annual Physical Examinations and Testing. Annals of Internal Medicine. 2002;136(9):652-9.
32. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama. 1Basım TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset. 2004(Periyodik Sağlık Muayenesi):99-109.
33. Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. GeroFam. 2010;1(1).
34. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bakanlık Yayın No: 991, Ankara. 2015.

35. Başışıklama Hizmetleri Yaşamsal Öne me Sahiptir Halk Sağlığı Uzmanları Derneği2020 [30.01.2022]. Available from: <https://hasuder.org.tr/bagisiklama-hizmetleri-yaasamsal-oneme-sahiptir/>.
36. Yetişkin Aşılama T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı [30.01.2022]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html>.
37. Erişkin Başışıklama Rehberi 2019 Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği2019 [31.01.2022]. Available from: <https://www.ekmud.org.tr/rehberler/1-ekmud-rehberleri>.
38. Ten Threats to Global Health in 2019 World Health Organization2019 [31.01.2022]. Available from: <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
39. Hasar M, Özer ZY, Bozdemir N. Aşı Reddi Nedenleri ve Aşılar Hakkındaki Görüşler. Cukurova Medical Journal. 2021;46(1):166-76.
40. Day P, Strenth C, Kale N, Schneider FD, Arnold EM. Perspectives of Primary Care Physicians on Acceptance and Barriers to COVID-19 Vaccination. Fam Med Community Health. 2021;9(4). Epub 2021/11/07. doi: 10.1136/fmch-2021-001228. PubMed PMID: 34740897; PubMed Central PMCID: PMC8573291.
41. General Recommendations on Immunization -Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2011;60(2):1-64. Epub 2011/02/05. PubMed PMID: 21293327.
42. Toprak D, Akan H, Köksal İ, Sargın M. Erişkin Aşılaması, Uygulamadaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Aile hekimlerinin Erişkin Aşılamasındaki Rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):166-74.
43. TEMD O, Lipid M, Hipertansiyon, Grubu Ç. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019, 8. baskı. Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2019.
44. Yıldırım EB, Mutlu HH, Sağlam ZA. Aile Hekimliği Polikliniğine Evlilik Raporu İçin Başvuran Bireylerin Değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal. 2015;7(2):99-102.
45. Spinal Musküler Atrofi Taşıyıcı Tarama Programı Saha Rehberi: T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara; 2021 [08.02.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/SMA_Tasiyici_Tarama_Saha_Rehberi.pdf.
46. Aile Sağlığı Merkezlerinde Kans er Tarama Kılavuzu T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2021 [09.02.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/Ah_Tarama_ve_Takip/Yonerge_ve_ekleri.pdf.
47. Hastalık Yönetimi Platformu'nun Kullanıma Açılması: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2020 [09.02.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/HYP_Haber/Hastalk_Ynetimi_Pl_Ustyazi.pdf.
48. Çayır Y. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Medical Journal. 2013;5(3):9-12.
49. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Resmi Gazate Tarihi: 10.03.2005 Sayı: 257512005 [10.02.2022]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.

50. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge T.C. Sağlık Bakanlığı Tarih: 01.02.2010 Sayı: 3895 2010 [10.02.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/evde_saglik_hizmeti_yonerge.pdf.
51. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik: T.C. Sağlık Bakanlığı Resmi Gazete Tarih: 27.02.2015 Sayı: 29280; 2015 [10.02.2022]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>.
52. Güzel ÇE, Toprak D. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2018;10(5):15-9.
53. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(2).
54. Taştan K, Işık M, Set T, Cansever Z. Aile Hekimlerinin Aile Danışmanlığı Hakkındaki Görüş ve Önerileri. Konuralp Tıp Dergisi. 2016;8(2):137-40.
55. Gürel Ö. Birinci Basamak Hekimlerin Yaşlı İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalıkları ve İstismarı Araştırma Düzeyleri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2021.
56. Arpacı F, Bakır B. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;21(3):691-703.
57. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalın A, Bilen A. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(3):393-407.
58. Yazar F, Yarış F. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşım. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(4).
59. Akdemir P, Görgülü A, Çınar Y. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15 (1), 68-75. 2008.
60. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization. 2002.
61. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding Elder Abuse in Family Practice. Can Fam Physician. 2012;58(12):1336-40, e695-8. Epub 2012/12/18. PubMed PMID: 23242889; PubMed Central PMCID: PMC3520657.
62. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. Am Fam Physician. 2014;89(6):453-60. Epub 2014/04/04. PubMed PMID: 24695564.
63. Child Maltreatment World Health Organization2020 [2.2.2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
64. Özyürek A, Çetin A, Yıldırım R. Aile Hekimi ve Öğretmenlerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusundaki Görüş ve Tutumları. Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches. 2018;7(1).
65. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Madde 215-221 1930 [31.01.2022]. Resmi Gazete Tarihi: 06.5.1930 Sayı:489]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>.
66. Nihat Arslan M, Abalı F, Yasemin Özbek B, Üzün İ. Defin Ruhsatı Düzenlemede Adli Boyut: Bir Feth-i Kabir Otopsi Olgusu. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(2).

67. Ölüm Bildirim Sistemi Genelgesi T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı 2012 [31.01.2022]. Tarih: 26.12.2012 Sayı: 28513]. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/35821,obs--genelgepdf.pdf?0>.
68. Huntington MK, Gavagan TF. Disaster Medicine Training in Family Medicine: A Review of the Evidence. *Fam Med.* 2011;43(1):13-20. Epub 2011/01/08. PubMed PMID: 21213132.
69. Yılmaz TE, Yılmaz T, Örnek Büken N, Özkara A, Altıntaş KH. Awareness of Family Physician Residents of Their Roles in Disaster Health Management: A Cross-Sectional Study in Turkey. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21:e47. Epub 2020/10/29. doi: 10.1017/s146342362000047x. PubMed PMID: 33109285; PubMed Central PMCID: PMC7681159.
70. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. *Akademi Yayınevi Bölüm 2 Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi.* 2012:11-35.
71. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(1).
72. Özdemir ME, Koçoğlu F. Sivas İlinde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Medical Journal.* 2019;3(2):59-65.
73. Çevik C, Kılıç B. Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2013:122.
74. Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG, Kristiansen IS. What Professional Activities Do General Practitioners Find Most Meaningful? Cross Sectional Survey of Norwegian General Practitioners. *BMC Fam Pract.* 2013;14:41. Epub 2013/03/26. doi: 10.1186/1471-2296-14-41. PubMed PMID: 23522393; PubMed Central PMCID: PMC3615944.
75. Al-Ghamdi S, Alajmi M, Batais MA, Al-Zahrani J, Aldossari KK. Meaningful Professional Activities from Family Medicine Practitioners' Perspectives: A Study from Saudi Arabia. *Prim Health Care Res Dev.* 2021;22:e13. Epub 2021/04/06. doi: 10.1017/s1463423621000104. PubMed PMID: 33818367; PubMed Central PMCID: PMC8101074.
76. Oğuzöncül AF, Tuncer-Kara K, Deveci SE. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Aşılar Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi.* 2021;34(2).
77. Akar SY, Zerenöztürk G. Hekimlerin Aşı ve Aşı Karşıtlığı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi.* 2020;25(4):516-26.
78. Akgül F, Ören M, Akdemir Kalkan İ, Yıldız Y, Kardeşahin Ö, Aktar F, et al. Bir Sempozyuma Katılan Aile Hekimlerinin Aşı Uygulamaları Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi.* 2021;10(Supp: 2):56-62.
79. Kartal M, Günvar T, Limnili G. Birinci Basamak Hekimleri Serviks Kanseri ve HPV Aşısı ile İlgili Ne Biliyorlar? *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2011;15(1).
80. Yılmaz TE, Babacan MT. Bir Aile Hekimliği Birimindeki Okul Çağı İzlemlerinin Retrospektif Analizi. *Ankara Medical Journal.* 2020.
81. Yılmaz T, Şencan İ, Yılmaz TE, Kasım I, Kaya A, Kahveci R, et al. The Assessment of Knowledge Levels and Practices of Family Physicians Practicing in Family Health

Centers in Ankara with Regard to Well Child Follow-up. Ankara Medical Journal. 2018;18(3):312-21.

82. Yüksel M, Davas HA. İzmir'de Bir Üniversite Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Kadınların Birinci Basamakta İzlem Sıklığı ve Niteliği. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(6).

83. İncesu E, Tombul C, Arkan M, Babuçcu H. Evde Sağlık Hizmetlerin Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2014(4):18-25.

84. Delican O, Yapakçı A, Yılmaz E, Altun A, Kesen CH, Atal SS. Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti. The Journal of Turkish Family Physician. 2019;10(1):22-38.

85. Karaaslan MM. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini Atlama Sebepleri ve Bunu Etkileyen Faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Bezmialem Vakıf Üniversitesi; 2018.

86. Duman S, Taş BG. Aile Hekimliği Asistanı Gözünden Pandemi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2020;12(1):32-5.

87. Altuntaş M. Pandemide Aile Hekimlerinin Rolü, Görev ve Yetkileri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 12(1):15-7.

88. Karakaya E, Milanlıoğlu A, Çilingir V, Yılgör A, Çağaç A. Van İli Genelinde Birinci Basamakta Görev Yapan Aile Hekimlerinin Baş Ağrısı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 2018;25(3):289-95.

89. Özdemir T, Aydın L, Türkkani MH, Kılıç T. Aile Hekimlerinin Göğüs Hastalıklarına Bakışı. Ankara Medical Journal. 2014;14(4).

90. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Aile Hekimlerinin Bakış Açısı ile Sevk Zincirinin Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):118-32.

91. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları Ankara. 2013.

92. Özer C, Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002;11(1):11-4.

93. Kaptanoğlu YA. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kavramı ve İletişim Becerileri. Akademi Yayınevi Bölüm 16. 2012: 320-38.

94. Arslan MN, Abalı F, Özbek BY, Üzün İ. Defin Ruhsatı Düzenlemede Adli Boyut: Bir Feth-i Kabir Otopsi Olgusu. Türk Aile Hek Derg. 2015;19(2):114-11.

95. Çolak B, Demirbaş İ, Albayrak Ü. Geçici Adli Raporların Önemi; Olgu Sunumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(7):161-4.

96. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş N, Etiler N. Kocaeli İlinde Görev Yapan ve Pratisyen Hekimler. Adli Tıp Dergisi 2001; 15 (2): 36.45.

97. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil Servis Hizmetine Katılan Hekimlerin, Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu ve Adli Tıp Sorunları Konusundaki Bilgi ve Düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2003;45(2):175-9.

98. Yemişçigil A, Özkara E. Adli Tıp Eğitimi ve Uygulamadaki Etkileri (Bir Anket Çalışması). Klinik Adli Tıp. 2001;1(1):37-42.

99. Karbeyaz K, Gündüz T, Akkaya H, Urazel B, Kökçüoğlu MA. Adli Raporlara Dikkat; Eskişehir Deneyimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2012;21(5):292-6.
100. Kitapci H, Avcı S. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;4(1):29-66.
101. Duygulu F, Mısıtık S, Şahan H, Öztürk A. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Ortopedi ve Travmatoloji: Teşhis ve Tedavide Bilinmesi ve Uygulanması Gerekenler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2005;18(18):27-31.
102. Güneş T, Güneş N. Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(1):111-20.
103. Özkan Y, Kılıç E. Ailenin Psiko-Sosyal Destek İhtiyacını Karşılamada Yeni Bir Model Önerisi: Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Psiko-Sosyal Destek Birimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2013;7(30):25-44.
104. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik T.C. Sağlık Bakanlığı2018 [02.03.2022]. Resmi Gazete Tarih: 25.05.2018 Sayı: 30431]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180525-1.htm>.
105. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge: Tarih: 06.03.2014 Sayı: 9453; 2014. Available from: <https://khgm.saglik.gov.tr/Eklenti/21881/0/trsm-yonergepdf.pdf?tag1=FD7BB76536D945F5DE49E31D237A7F5E47CAFB8B>.
106. Ayhan Başer D, Kahveci R. Ruhsal Hastalıklar İzlem ve Bildirimi Açısından Aile Hekimlerinin Rolü. Türkiye Klinikleri Ankara. 2019;p21-5.
107. Elkin N. Bir Aile Sağlığı Merkezine Evlilik Raporu İçin Başvuran Kişilerin Değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019(7):631-40.
108. Üstü Y, Uğurlu M, Öztaş D. Sürücü Olur Raporlarının Aile Hekimi Açısından Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2016;16(4):361-9.
109. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51(1):21-9.

8. EKLER

EK 1.Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Onayı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/435
Konu : Etik Kurul Kararı

24.06.2021

Sayın: Arş.Gör.Dr.Özge TANRIAŞIKI
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Erzurum İl Merkezindeki Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Birinci
Basamak Sağlık Hizmetinde Öncelikli Profesyonel Mesleki Faaliyetlerinin
Araştırılması" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa GUL
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :
1. Dr.Öğr.Üy.Mustafa BAYRAKTAR
2.

Yardımcı Araştırmacı :
1- Arş.Gör.Dr.Özge TANRIAŞIKI



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Mustafa BAYRAKTAR
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Erzurum İl Merkezindeki Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Öncelikli Profesyonel Mesleki Faaliyetlerinin Araştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 05 Karar No: 19	Tarih:24.06.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK 2.Çalışma Formu

Yaşı:

Cinsiyeti: 1) Kadın 2) Erkek

Medeni durum: 1) Bekâr 2) Evli

Mesleği: 1) Aile Hekimi 2) Aile Hekimliği Uzmanı 3) Aile Hekimliği
Asistanı 4) SAHU

Aile Hekimliği Yapma Süresi:

Mesleki Faaliyetlerin Önceliği Anketi

Aşağıda sunulan her mesleki faaliyeti, Aile Hekimi olarak görev yaparken sizce öncelikli olup olmamasına göre en az 1, en çok 5 puan verecek şekilde puanlayınız.	1	2	3	4	5
1:En az öncelikli 5:En çok öncelikli					
1. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek					
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)					
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)					
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak					
5. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak					
6. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak					
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)					
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yeni doğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)					
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek					
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak					
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)					
12. Gerekli bildirimleri yapmak (çocuk istismarı, kadına şiddet vb.)					
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek					
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)					
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb.)					
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak					
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak					
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek					
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak					
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)					
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak					
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)					
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)					
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)					
25. Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)					
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak					
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak					

Mesleki Faaliyetlerin Yeterliliği Anketi

Aşağıda sunulan her mesleki faaliyeti, kendinizi yetersiz veya yeterli görüp görmediğinize göre en az 1, en çok 5 olacak şekilde puanlayınız. 1: En Yetersiz 5: En Yeterli	1	2	3	4	5
1. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek					
2. Risk koşullarına sahip hastaları taramak, tespit etmek (örnek: pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi, düşük kemik yoğunluğu vb.)					
3. Kronik hastalıkların takip ve izlemelerini yapmak (örnek: obezite, hipertansiyon, diyabet vb.)					
4. Kendisine kayıtlı engelli, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere evde sağlık hizmeti veya gezici/yerinde sağlık hizmeti sunmak					
5. Gerekğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak					
6. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalışmak					
7. Akut şikayetlerle başvuran hastaların takip ve tedavisini yapmak (örnek: Akut enfeksiyonlar, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı vb.)					
8. Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını yapmak (örnek: gebe, lohusa takibi, yeni doğan, bebek, çocuk, adolesan, erişkin izlemleri, yaşlı sağlığı vb.)					
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları bir üst basamağa yönlendirmek					
10. Bir üst basamağa yönlendirilen hastaların, muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini takip etmek, sağlık kuruluşları arası tedavi koordinasyonunu sağlamak					
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak (örnek: hastanın anamnez bilgilerini, enjeksiyon, aşı gibi girişimsel uygulamalar sonrası tespit edilen yan etkileri kayıt altına almak)					
12. Gerekli bildirimleri yapmak (çocuk istismarı, kadına şiddet vb.)					
13. Yerinde ölü muayenesi yapmak ve defin ruhsatı vermek					
14. Aile hekimliği birimlerinin yönetiminde görev almak (örnek: ASM sorumlu hekimi, soğuk zincir sorumluluğu, muhasebe vb.)					
15. Hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına katılmak (Üreme sağlığı eğitimi, RIA takma vb.)					
16. Bilimsel araştırma ve çalışmalar yapmak, proje, kongre ve sempozyumlara katılmak					
17. Sağlık personelinin (stajyer ebe, hemşire ve intörn) eğitimlerinde görev almak					
18. Laboratuvar, tetkik ve/veya görüntüleme hizmetlerini vermek					
19. Hastalara eğitim vermek ve bilgilendirme toplantıları yapmak					
20. Acil sağlık hizmeti sunmak (örnek: travma, kaza, yaralanma vb.)					
21. Okul sağlığı ve taramalarında görev almak					
22. Psikososyal problemleri olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek (örnek: aile danışmanlığı, çocuklarda okul başarı takibi)					
23. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların takibini yapmak (örnek: kronik yorgunluk, kronik ağrı sendromu vb.)					
24. Periyodik sağlık muayenesi yapmak (örnek: göz dibi taraması, inmemiş testis muayenesi, işitme taraması)					
25. Kişiye yönelik sağlık raporlarını düzenlemek (örnek: ehliyet, işe giriş, evlilik raporu vb.)					
26. Hastalara yönelik 15-49 yaş kadın izlem, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak					
27. Aşı ve bağışıklama hizmeti sunmak					