



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ GÖĞÜS HASTALIKLARI**  
**ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE ÖZ**  
**YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Merve Dinç**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2023**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ GÖĞÜS HASTALIKLARI  
ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE ÖZ  
YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Merve Din**

**Tez Danıőmanı:**

**Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK**

**Tez Yardımcı Danıőmanı:**

**Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen Batmaz**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2023**

## TEŞEKKÜRLER

Başta uzmanlık eğitimim boyunca bizden hiçbir bilgi ve tecrübesini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Reşat DABAK olmak üzere geniş haseki ailesinin çok değerli uzmanları olan sevgili Uzm. Dr. Sündüs GÖRÜKMEZ ve sevgili tez danışmanım Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen BATMAZ' a

Bu mesleği seçmemde en büyük vesile olan canım babaannem merhum Hediye DİNÇ ve canım halam aynı zamanda meslektaşım Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ' ye

Bütün eğitim öğretim sürecimde maddi ve manevi açıdan desteklerini her zaman arkamda hissettiğim, başarılarımda her daim yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan canım annem Selime DİNÇ ve canım babam Prof. Dr. Gürsel DİNÇ' e

Belki de kendisi olmasa bugün bu tezi bile yazamayacağıma inandığım, bu dünyada sayesinde kendimi hiçbir zaman yalnız hissetmeyeceğimi düşündüğüm canım kardeşim Ezgi Elif DİNÇ' e

En içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

Merve DİNÇ

2023

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU, DÜNYADAKİ GELİŞİMİ VE TARİHÇESİ .....	3
2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI .....	5
2.3. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ.....	8
2.4.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR .....	12
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR .....	16
2.6. GÖĞÜS HASTALIKLARI ROTASYONUNDA HEDEFLenen KLİNİK VE GİRİŞİMSEL YETKİNLİKLER .....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA .....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
7. KAYNAKÇA .....	41

## KISALTMALAR

**A:** Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilmek

**AAFP:** Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians)

**AB:** Avrupa Birliği

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACMT:** Tıp Eğitimi Danışma Komitesi

**AHU:** Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

**AHUD:** Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

**B:** Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma

**COVID-19:** Yeni Koronavirüs Hastalığı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ETT:** Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

**EEC:** Avrupa Ekonomi Birliği

**GA:** Güven Aralığı

**K:** Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**PAG:** Posteroanterior Akciğer Grafisi

**RCGP:** Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji

**SAHU:** Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

**SS:** Standart Sapma

**T:** Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme

**TAHUD:** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

**TT:** Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe ihtiyaç duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

**TUKMOS:** Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi

**UEMO:** Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (European Union of General Practitioners)

**WONCA:** Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü (World Organization of National Collages, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

**YÖK:** Yüksek Öğretim Kurulu

## ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler: WONCA Ağacı. ....	14
Çizelge-2: TUKMOS Yeterlilik Üçgeni. ....	15
Çizelge-3: Asistanlık süresi ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması .....	29



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Göğüs hastalıkları rotasyonunda kazanılması gereken klinik yetkinlikler ..	17
Tablo 2. Göğüs hastalıkları rotasyonunda kazanılması gereken girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler.....	18
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	21
Tablo 4. Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi .....	21
Tablo 5. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları .....	22
Tablo 6. Katılımcılara göre en uygun Göğüs Hastalıkları rotasyon süreleri.....	22
Tablo 7. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları* .....	23
Tablo 8. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları* .....	24
Tablo 9. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi .....	25
Tablo 10. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 11. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi .....	28
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması....	30
Tablo 14. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları, düşünceleri ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması .....	30

Tablo 15. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları, düşünceleri ile Göğüs Hastalıkları girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması .....	31
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulma durumları .....	31
Tablo 17. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	32



## ÖZET

**Giriş:** Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl süre ile verilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde rotasyonlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Müfredata göre eğitim programı; 18 ay rotasyon 18 ay kendi birimlerinde olmak üzere toplamda 36 ay sürmektedir. Göğüs hastalıkları rotasyonu eğitim programında önemli bir yere sahiptir ve süresi bir aydır. Bu araştırma; göğüs hastalıkları rotasyonunu alan ve almayan aile hekimleri arasında klinik bilgi ve uygulama becerisine yönelik öz yeterliliklerini değerlendirme arasında bir fark olup olmadığı ve rotasyon sürecine yönelik görüşlerin alınmasına yönelik olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan 312 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Hazırlanan anket formu ile katılımcıların göğüs hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşleri ve öz yeterlilikleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan aile hekimi uzmanlık öğrencilerinin %62,14'ü kadın, %37,86'sı erkek bulunmuştur. Yaş ortalamaları ise  $29\pm 4,63$ 'tü. Uzmanlık öğrencisi türüne baktığımızda ise %81,41 AHU, %18,59'U SAHU alanında bulunmaktadır. AHU 0-1 SAHU 0-2 yıl arası oran %20,51, AHU 1-2 yıl SAHU 2-4 yıl oranı %30,77 ve AHU 2-3 yıl SAHU 4-6 yılda çalışma oranı %48,72'dir. Katılımcıların çoğu göğüs hastalıkları rotasyonunu eğitim süresi olarak yeterli bulmuştur. Katılımcılardan rotasyonu almış olanların çoğu hem klinik hem de girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili kendilerini yeterli bulmuştur. Katılımcıların klinik temel yetkinlik ile ilgili öz yeterliliklerini değerlendirmeleri istenildiğinde en çok puanı sırası ile öksürük yakınması, solunum sıkıntısı ve yabancı cisim aspirasyonu ile gelen hastalıkların ayırıcı tanıları yapabilme ve tedavi sürecini yönetebilme seçenekleri almıştır. Girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerde ise akciğer grafisi yorumlama, alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısını koyabilme ve acil durumlarda kan gazı tayini yapabilme, oksimetre kullanma ve yorumlama seçeneklerinde kendilerini yeterli bulmuşlardır. Asistan hekimlerden göğüs rotasyonunu tamamlayanların ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. ( $p<0,05$ ). Bu iki yetkinlik arasında

yüksek düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,726$ ,  $p<0,001$ ). Cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanları değerlendirilerek erkek olanların puanının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yine cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süresi ile göğüs hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ( $p>0,05$ )

**Sonuç:** Araştırmanın sonucunda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin göğüs hastalıkları rotasyonundaki bilgi ve öz yeterlilik düzeyi ortaya konulmuştur. Katılımcıların eksik olduğu konular belirlenmiş ve problemlerin çözümüne yönelik öneriler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, göğüs hastalıkları, rotasyon, asistan

## ABSTRACT

**Introduction:** Family medicine residency training is given for three years. Rotations have a very important place in the family medicine residency training process. Education program according to the curriculum; The 18-month rotation takes a total of 36 months, of which 18 months are in their own units. Chest diseases rotation has an important place in the training program and its duration is one month. This research; This study was conducted to determine whether there was a difference between family physicians who received and did not receive chest diseases rotation in evaluating their self-efficacy in clinical knowledge and practice skills, and to get their opinions on the rotation process.

**Materials and Methods:** 312 family medicine residents working in training and research hospitals affiliated to Istanbul Health Sciences University participated in this study. With the prepared questionnaire, the opinions and self-efficacy of the participants about the rotation of chest diseases were evaluated.

**Results:** It was found that of the family physician residency students participating in the study were female 62.14% and 37.86% male. The mean age was  $29 \pm 4.63$ . When we look at the type of residency students, are in the field of 81.41% AHU, and 18.59% of them are in the field of SAHU. AHU 0-1 SAHU 0-2 years rate is 20.51%, AHU 1-2 years SAHU 2-4 years rate is 30.77% and AHU 2-3 years SAHU 4-6 years working rate is 48.72%. Most of the participants found the chest diseases rotation sufficient as a training period. Most of the participants who received the rotation found themselves sufficient in both clinical and interventional/non-interventional competencies. When the participants were asked to evaluate their self-efficacy related to clinical basic competence, they has taken place respectively to make differential diagnoses of cough complaints, respiratory distress and foreign bodyaspiration and manage the treatment process. In interventional/non-interventional competencies, they found themselves sufficient in the options of interpreting chest X-ray, being able to diagnose lower respiratory tract infections and to determine blood gas in emergency situations, using oximetry and interpretation. The score averages of clinical basic competencies and interventional/non-interventional competencies of the assistant physicians who completed the chest

rotation and found the training period sufficient was found to be statistically significantly higher ( $p < 0.05$ ). A high level, positive and statistically significant relationship was found between these two competencies ( $r = 0.726$ ,  $p < 0.001$ ). Gender, type of specialization student, duration of residency and interventional/non-interventional competence scores were evaluated and it was found that the score of those who were male was statistically higher ( $p < 0.05$ ). Again, there was no statistically significant relationship between gender, type of specialty student, duration of residency and cases of finding the duration of rotation of chest diseases sufficient ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** As a result of the research, the level of knowledge and self-efficacy of family medicine specialty students in chest diseases rotation was revealed. The subjects that the participants are missing are determined and Suggestions for solving the problems are presented.

**Keywords:** Family medicine, chest diseases, rotation, assistant

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği; aile, kişi ve toplum sağlığına katkı sağlamakla birlikte, doğum öncesinden yaşam sonrasını kapsayan tüm dönemlerinde, var olan sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi, sağlık problemlerinin birinci basamakta erken tanısı, takibi, tedavisi ve rehabilite edilmesine yönelik gerekli nitelikli bilgi ve beceriyi gerektiren bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği dışındaki diğer uzmanlık dalları hizmet vereceği hedef kitlelerini cinsiyet, yaş veya hastalık tanısına göre ayırırken, aile hekimi ayırım gözetmeksizin herkese çok yönlü bakım verme ve gerektiğinde hastaları ilgili üst kuruma yönlendirebilme görev ve sorumluluğunu üstlenmiş olan hekimdir. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık eğitimi çok büyük öneme sahiptir.

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985’ te başlamış olmakla beraber, uzmanlık eğitim programlarının standardize edilmesi ve sistematik hale getirilmesi oldukça uzun sürmüştür. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk yıllarda sadece çok sınırlı sayıdaki üniversitelerin bünyesinde anabilim dalları kurularak ve bu üniversitelerin her biri önceleri kendi özgün uzmanlık eğitim programlarını oluşturarak gerçekleşmiştir. Sonraki yıllarda ise Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından ortak bir müfredat oluşturulmuş ve 11. 09. 2019 tarihinde ise son güncel halini almıştır<sup>1</sup>.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde ortak müfredata dayalı olarak, Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süre ile verilmektedir. Bu eğitim sürecinde rotasyonlar çok önemli bir yere sahiptir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi öğrencisi bu rotasyonlarla sahada karşılaşabileceği durumlara yaklaşım, klinik değerlendirme ve uygulama becerisine yönelik yeterli düzeyde bilgi ve deneyimi kısa bir süre zarfında kazanabilmektedir. TUKMOS tarafından belirlenen ortak müfredatta önceleri eğitim programının tamamını rotasyonlar oluşturmaktaiken, sonrasında rotasyon süresi sınırlandırılarak 18 aya düşürölmüştür. Bu araştırmada kullanılan göğüs hastalıkları rotasyonu zorunlu rotasyonlardan biri olup 1 ay süre ile verilmektedir<sup>2</sup>.

Göğüs hastalıkları rotasyonu ile amaçlanan; sık görülen göğüs hastalıklarını bilen, birinci basamak sağlık hizmetleri sırasında bu hastalıkların tanı, tedavi ve acil müdahalesini gerçekleştirebilen, ne zaman bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etmesi gerektiğini bilen, göğüs hastalıkları için risk faktörleri ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verebilen donanımlı hekimler yetiştirmektir. Bu çalışmamızdaki amaç ise aile hekimliği asistanlarının göğüs hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki öz yeterliliklerini ve görüşlerini anket yardımı ile değerlendirmektir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU, DÜNYADAKİ GELİŞİMİ VE TARİHÇESİ

19.yüzyılın ikinci yarısında mikroskobun geliştirilmesi, anestezinin tıbbın kullanımına girmesi, sanayi ve teknolojinin ilerlemesi ve bilgilerin daha hızlı yayılması gibi nedenlerle hızlanan tıptaki bilgi artışı beraberinde ihtisaslaşmayı getirmiştir. Tıp alanındaki bilgilerin artmasının kaçınılmaz bir sonucu olarak ortaya çıkan bu durum, hastaların önceleri tedavi şekillerine göre (cerrahi- dahiliye), daha sonraları ise yaşa (pediatri-geriatri), cinse (kadın hastalıkları), hastalıkların tuttuğu organlara göre (nefroloji, kardiyoloji vb) ayrılmasına neden olmuştur<sup>3</sup>.

Bu parçalanmanın sonucunda hasta ile hekim arasındaki ilişki, hastalık ile hekim arasındaki ilişkiye dönüşmüş, hastanın bir bütün olarak sorumluluğunu hiçbir hekim almamaya başlamıştır. Hastaların farklı şikayetleri için farklı uzmanlık alanlarına başvurduğu, hastaya bütüncül olarak yaklaşımın azaldığı Hipokratın: ‘‘ Hastalık yoktur, hasta vardır.’’ ilkesinden uzaklaştığı bir durum oluşmuştur<sup>4</sup>.

Hastalarla sağlıkçılar arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olan bu durum ilk kez 1923 yılında Amerikalı bir hekim olan Francis Peabody tarafından ortaya konmuş, fakat o dönemdeki bilimsel hırs bu deklarasyonun dikkate alınmasına engel olmuştur. Dünyada ilk kez, Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini dile getirdi. Ancak Peabody'nin kişisel sağlık hizmeti veren uzmanlık dalı önerisinin hayata geçmesi 1950'leri bulmuştur<sup>5</sup>.

Bu önerinin hayata geçmesinin ardından sırasıyla önce 1952' de İngiltere'de Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kuruldu. 1963'te ise Avrupa'da Aile Hekimliğinin öncü savunucu ve uygulayıcı ülkesi olan İngiltere Edinburg' da aile hekimliğinin ilk üniversite kürsüsü kuruldu, 1967 yılında ise Kraliyet tarafından resmi olarak kabul edildi ve 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (The Royal College of General Practitioners) (RCGP) adını alarak kurumsallaştı<sup>6-9</sup>.

Avrupa’da Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramları, İtalya, Fransa, Belçika, Almanya, Hollanda ve İtalya’nın destekleriyle 1967’de Avrupa Genel Pratisyenler Birliği’nin (European Union of General Practitioners) (UEMO) kurulmasıyla birlikte hız kazandı. UEMO genel pratisyenlik eğitimine katkı vermek ve standartları artırmak, aile hekimlerinin meslek haklarını savunmak, sosyoekonomik durumlarını desteklemek gibi görevler edindi.

1974 senesinde Hollanda’da Leeuwenhorst ve grubu tarafından yapılan bu Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı, aile hekimliğinin tanımı, gerekliliği ve eğitim süreci açısından Aile Hekimliği tarihinin en önemli olaylardan birini teşkil etmektedir<sup>10-11</sup>.

1978 senesinde Alma Ata Konferansı DSÖ sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemini kabul etmiştir. “2000 yılında herkese sağlık” logosu ile bir kısım stratejiler ve hedefler belirlenmiştir. Aile hekimliğinin, sağlık hizmetleri sunumunda basamaklar arası organizasyonunda kilit durumda olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasının bir takım bilgi ve becerileri beraberinde getirdiği ve bunun da kendi alanında uzman olmuş hekimler aracılığı ile verilmesi gerektiğinin de farkındalığına varılmıştır. Bunun sonucunda ise bütün dünyada sağlık politikaları bu fikrin bağlamında tekrar değerlendirilmiştir<sup>12</sup>. Bu da bize gösteriyor ki bu konferans aile hekimliği tarihçesinde var olan kilit taşı olaylardan biridir.

1986 yılında Avrupa Birliği tarafından aile hekimi/genel pratisyenlerin asgari eğitimlerinde ortak bir ölçüt oluşturulması gerekliliğini bildiren yönetmelik kabul edildi. Bu yönetmelikte mezuniyet sonrası birinci basamak hekimlere yönelik verilmesi gereken eğitimin en az 2 yıl olması belirtilmekteydi. Bu kararla birlikte Aile Hekimliğinde eğitim süresinin belirlenmesi için ilk adımlardan biri atılmış oldu. Bu sebeple bu yönetmelik Aile Hekimliği tarihçesinde bir diğer kilit taşı niteliği taşımaktadır. Avrupa’da Aile Hekimliğini akademik ve bilimsel olarak temsil etmeyi kendilerine nosyon edinmiş olan Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (WONCA) ve DSÖ tarafından Ontario, Kanada’da 1994 senesinde

düzenlenen konferansta aile hekimliğinin amacı, görev tanımları, işleyişleri, kurumsal durumu ve Aile Hekimliği politikalarına yönelik olarak önemli kararlar alınmıştır. Bu kararlar doğrultusunda; sağlık bakımının daha eşit, maliyet etkinliğinin sağlanabilmesi ve gereksinimlere yanıt verilebilmesi için başlıca değişiklikler yapılmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte her olasılıkta aile hekiminin öncü başvuru hekimi olması gerekliliği savunulmuştur. Aile Hekimlerine yönelik her bir ülkede birbirinden bağımsız örgütler kurulması gerekliliği söylenmiştir. Bu konferans ise Aile Hekimliği tarihçesinde politikaların belirlenebilmesi için başka bir kilit taşıyı oluşturmaktadır<sup>13-15</sup>.

## 2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI

Dünyada yaşanan tüm bu gelişmeler ışığında yıllar içerisinde birbirinden farklı aile hekimliği tanımları oluşmaya başladı. Böylece, 1970'li yıllara gelirken, artık resmi olarak da kabul görmüş olan Aile Hekimliği uzmanlık alanının tüm dünyada geçerli olacak bir tanımının yapılması gerektiği ortaya çıktı. Önce RCGP tarafından 1972 yılında ve daha sonra 1974'te ise Hollanda'da yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitim toplantısında, Leeuwenhorst ve çalışma arkadaşları tarafından birinci basamakta hekimliğin diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık alanı olduğuna dikkat çekilmiştir. RCGP'nin 1972'de çıkarmış olduğu rapor 1977'de güncellenerek ve Leeuwenhorst ve çalışma arkadaşlarının 1974'teki raporu ise yine 1977'de revize edilerek yayınlanmıştır<sup>6-8,10,11</sup>.

Avrupa'da aile hekimliğinin eğitim ve araştırmanın temeli olduğu bu dönemde Leeuwenhorst'un tanımlamasına göre (1974) aile hekimi<sup>10,11,16,17</sup>:

“Genel pratisyen yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakım sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya

uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanılabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder.”

1991 yılında WONCA'nın tanımı ise aile hekimi<sup>14,16-20</sup>:

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

Aile hekimliğinin tanımına yönelik devam eden arayışlarda 2000 yılında Olesen ve grup arkadaşları ise aile hekimliği ve genel pratisyenliği şöyle tanımlamıştır<sup>16-20</sup>:

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

2001 yılında Barcelona’da meydana gelen( Core Content Conference) toplantıda ise aile hekimliği tanımı şu şekildedir<sup>16-19</sup>:

“Aile hekimleri aile hekimliği prensipleri içinde eğitilmiş uzman hekimlerdir. Temel olarak tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve devamlı bir bakım vermekle yükümlü kişisel doktorlardır. Kişilere aileleri, yaşadıkları topluluk ve kültürleri bağlamında bakım verirler. Toplumla karşı da profesyonel sorumlulukları olduğunu da kabul ederler. Hastalarıyla birlikte bakım planı oluştururken tekrarlayan görüşmelerde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastası hakkındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri entegre ederler. Aile hekimleri profesyonel rollerini ya doğrudan ya da hastanın sağlık gereksinimi ve hizmet ettikleri topluluktaki kaynakların uygunluğuna bağlı olarak; hastanın diğer servisleri kullanmasına yardımcı olup sağlığını yükselterek, tedavi, bakım ya da palyasyon sağlayarak yaparlar.”

2001’ de Barcelona’da meydana gelen toplantı, WONCA’ nın 2002 ve 2005 senelerinde yayınlamış olduğu bildirimlere ışık tutmuştur. Aile hekimliğinin ulusal ve tüm Avrupa düzeyinde bulunan sağlık sistemleri içerisindeki temel rolüne ilişkin tartışmaya bilgi sunmak ve katkı sağlamak için WONCA Avrupa Aile Hekimliği ve Genel pratisyenlik tanımlamaları 2002’ de yayınlanmış olup 2003’ te ise Türkçe’ ye çevrilmiştir. Bu bildiri ise 2005 yılında yeniden düzenlenilerek 2011 yılında Türkçe’ ye çevrilmiştir<sup>16-17</sup>.

Türkiye’de ise 6 Temmuz 2005’te çıkan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliğine göre aile hekimliği bir uzmanlık dalı değil bir görev unvanı olarak tanımlanmıştır. Bu doğrultuda aile hekimi “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve

tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri” olarak tanımlanmıştır<sup>21,22</sup>.

### 2.3. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ

Dünyadaki hekimler daha çok ilgilendikleri branşlara doğru yönelmişken, 1923 yılında Peabody, tıpta branşlaşmanın bir sonucu olarak hastalara bütüncül bir yaklaşımın gerektirdiği bir uzmanlık alanının olması gerekliliğinin önemini vurgulamıştı. Bu vurgunun yaratmış olduğu farkındalık sayesinde dünyada Aile Hekimliği uzmanlık branşına yönelmek doğrultusunda çalışmalara başlandı. Ancak bu değişim düşünüldüğü kadar hızlı olmayacaktı çünkü bu köklü değişime hem toplum hem de tıp camiası hazır durumda değildi. Aynı dönemde Osmanlı ve sonrasında da Türkiye Cumhuriyeti dünya muharebeleri ve ulusal mücadele döneminde olduğundan öncelikli amaç travmaları tedaviye yönelik askeri hekim eğitmektir. Kurtuluş Savaşı sonlandıktan sonra Türkiye Cumhuriyeti, politik, askeri, eğitim, ekonomik, ...vb. alanlarda yeniden değişim dönemine geçmişti. Sağlıkta ise, savaşların olumsuz götürüleri sebebiyle; kolera, tifüs, çüzzam, trahom ve verem gibi salgın hastalıklarla mücadele durumu ön plandaydı. Bu dönemde salgın hastalıklar ile mücadelede hizmete özel olarak kurulan kuruluşlarla gerçekleştirilmiştir. O tarihlerde tahmini ülkedeki 12 milyon insana karşılık 554 hekim bulunmaktaydı<sup>23,24</sup>.

23 Nisan 1920’de TBMM’nin kurulmasıyla ilk Sağlık Bakanı olarak atanan Adnan Adıvar idi. Bu tarihte Türkiye’de sağlık yapısının düzenlenmesi doğrultusunda tüzük, kanun ve yönetmelik henüz yoktu. 29 Ekim 1923 Cumhuriyet’in ilan edilmesinden sonra Sağlık Bakanı olarak atanan ve 1937’ye kadar bu görevde bulunan Dr. Refik Saydam; Hıfzıssıhha Enstitüsü ve bu kuruma bağlı olan Hıfzıssıhha Mektebi, Ankara ve İstanbul verem savaş merkezlerini kurmuştur. Dr. Refik Saydam bununla birlikte aynı zamanda hazırlamış olduğu tifüs aşısı ile de tıp literatürüne adını yazdırmıştır. Hıfzıssıhha Enstitüsü’nde birçok serum ve aşı üretilmeye başlanmış yine bu dönemde kolera, tifüs, difteri, BCG, tifo, tetanoz, boğmaca ve kuduz aşılarının üretimlerine seri olarak başlanmıştır. Fakat bu enstitüde aşılardan üretimi 1997 yılında durdurulmuş ve 2011’ de ise kurum hizmete kapatılmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde bugünün sağlık hizmetleri temellerinin de oluşturulduğu birçok düzenleme yapılmıştır. 1930’ da ortaya çıkarılan Umumi

Hıfzıssıhha Kanunu bütün sağlık politikalarını dzenlediği kabul edilen bir anayasa niteliğindedir<sup>25,26</sup>.

Dr. Refik Saydam'ın ardından Dr. Hulusi Alataş (1937-1945), Dr. Sadi Konuk (1945-1946) ve Dr. Behçet Uz (1946-1948) Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmişlerdir. Bu dönemlerde de sağlıktaki temel varılmak istenen durum, önceki dönemlerdeki gibi, hizmet birimi ve personel sayılarının artırılması, koruyucu sağlık hizmetleri ile halk sağlığı hizmetleri için de gerekli alt yapıların oluşturulması için yoğunlaşmıştı<sup>27</sup>. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin hedefe yönelik dikey örgütlenmesi ve taşraya sağlık hizmeti olarak sunumu amacı ile de yatay örgütlenme benimsenmiştir<sup>27,28</sup>. Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerini veren hekimler 3 gruba ayrılmışlardı. İlk grubu il ve ilçede görevlendirilen, koruyucu hekimlik, tedavi, sosyal yardım ihtiyacı, eczacılık, nüfus işlemleri ve adli hekimlik gibi görevleri bulunan hükümet doktorları oluşturmaktaydı<sup>29,30</sup>. Koruyucu hekimlik, çevre sağlığı, aşılama, tedavi ve eğitim gibi görevleri olan gezgin doktorlar ikinci grubu oluşturmaktaydılar<sup>31</sup>. Son grubu ise 1924'te kurulmaya başlanılan ve 1950'de hizmetleri sonlandırılan muayene ve tedavi evi adı altında yataklı kuruluşlarda çalışan doktorlar oluşturmaktaydı<sup>27,29,30</sup>.

Bu dönemlerde muayene ve tedavi evleri niteliklerinin yanı sıra bölgesel olarak çevredeki köylere de koruyucu sağlık hizmetini sunan bir kuruluş olan Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri açıldı. Salgın hastalıklar ile mücadele, çocukları olan kadınların doğumdan önce ve doğum sonrası bakımları, çocukların sağlığı, okullarda verilecek sağlık eğitimi ve köylerde çevre sağlığı ile ilgili uygulamalar gibi görevleri bulunmaktaydı<sup>27,32</sup>. Bu sağlık kurumunun bir diğer önemli özelliği ise sevk sistemini işletmeye başlamış olmasıdır. Yatış süreleri 15 günü aşan hastalar Ankara Numune Hastanesine, doğumu zor gerçekleşeceği öngörülen hastalar ise Ankara Doğumevine gönderilmekteydi<sup>33</sup>.

Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanı olduğu dönem Verem Savaş ve Sıtma Savaş Dernekleri gibi kurumlar vasıtasıyla salgın hastalıklar ile mücadele etmede önemli bir dizi olayın gerçekleştiği bir dönem olmuştur<sup>34</sup>. Yine aynı döneme denk gelen bir diğer önemli gelişme ise 1946' da birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı onaylanmasıdır. Sağlık alanında bu plan bünyesinde esas amaç tedavi edici ve

koruyucu sağlık sunumlarının aynı birim altında toplanılarak entegre bir şekilde ülkenin dört bir yanında uygulanmasını sağlamaktı. Bu doğrultuda, sağlık hizmetleri sunumunun yedi bölgede örgütlenmesi, her bölgede bir fakülte kurulması, her 40 köye bir 10 yatağı olan bir sağlık merkezinin kurulması böylece koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin beraber uygulanması öngörülmekteydi<sup>21,27,35</sup>. Bu planın sonuçları 1947 yılında Tıpta Uzmanlık Tüzüğü birimine “Genel Sağlık Uzmanlığı” şeklinde yansımıştır<sup>27,36</sup>. 10 Temmuz 1953 yılında çıkarılan 6134 sayılı kanuna göre il özel idarelere bağlı bütün hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın bünyesine bağlanmıştır. <sup>37</sup> Böylelikle Sağlık Bakanlığı'nın denetim alanları genişlemiştir. Fakat birinci basamak koruyucu hekim hizmetleriyle tedavi hizmetlerini bütünlemeye yönelik bu plan kısa zamanda umut vadediyor olmuş olsa da ilerleyen zamanda her bir ilçeye bir hastane veya sağlık merkezi oluşturulmasıyla entegrasyonel bir anlamdan daha çok yalnız tedavi veren yapılanmalara dönüştürülmüştür<sup>21</sup>.

Dr. Behçet Uz 1954'te ikinci kere Sağlık Bakanı olarak atandıktan sonrasında Milli Sağlık Programı ilkesini uygulamaya koymuştur. Hastaneyi temel alan sağlık politikası ile hastaların büyük olan illere yığılımı engellenmiş olup her il ve ilçeye hastane açılarak sağlık merkezlerinin sayıları önemli ölçüde artırılmıştır. Fakat bu durum da birinci basamak koruyucu hekimliğinin ikinci plana atılması, tedavi hizmetlerinin ise daha çok önem kazanması ve bütün bunların sonucunda genel tıp disiplininde branşlaşmayı doğurmuştur<sup>21,27</sup>.

1960 yılı askeri müdahalesi sonrasında Devlet Planlama Teşkilatı oluşturulmuş ve ülke beş yıllık kalkınma planları ile yönetilmeye başlanmıştır. Askeri yönetimin hazırlamış olduğu 1960 anayasasında sağlığın ve sosyal güvenliğin devletin temel görevleri olduğu belirtilmiştir. 1961 yılında Sağlık Bakanlığı'nın müsteşarı Dr. Nusret Fişek, Milli Birlik Komite üyelerinin de desteği ile hazırlamış olduğu 224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi hakkında olan kanun yürürlüğe girmiştir<sup>38-42</sup>. Bu kanunda belirtiline göre sağlık merkezlerinin yerine sağlık ocakları açılacaktır. Sağlık ocağı açılan yerlerden hükümetin tabiplikleri kaldırılacaktır. Bu sistemin ise en belirgin olan özelliği nüfusa göre örgütlenmektir. Böylece; her 5000 ila 10000 nüfus için bir sağlık ocağı ve her köyde ise her 2000 ila 3000 nüfus için bir sağlık evi açılacaktır. Sağlık ocağı hizmetlerinin en az bir tabip ve yeterli sayıda da yardımcı sağlık personelleri tarafından verilmesi öngörülmüştür.

Sağlık evleri, sağlık ocaklarına bağlanacak ve her birine birer ebe gönderilecektir. Sağlık evleri ve sağlık ocakları her tür koruyucu hekim hizmetini vermek, hastaların muayenelerini ve tedavilerini yapmak ve kayıtlarını tutmak ile yükümlüdürler<sup>38-42</sup>.

Birinci basamakta verilen sağlık hizmeti öncesinde başarıyla uygulansa da çok fazla zaman geçmeden bu durum aşınmıştır<sup>40,41,43</sup>. Bu başarının sağlanamamasının sebepleri modelin mimarı olarak görülen Dr. Nusret Fişek aracılığı ile değerlendirilmiştir. Birinci neden bütçeden sağlık adına ayrılan payın küçük olması sebebiyle olanakların kısıtlı olarak kalması ve kırsala yeterince hizmet sağlanamamasıdır<sup>40,41</sup>. Aynı anda yeterli sayıda doktor atanamadığından sağlık ocağı ve hastaneler arası bağ da kurulamamıştır<sup>21</sup>. Bir başka neden ise bölgelerde verilmesi ön görülen sağlık hizmetinin bunu gerektiren şekilde yetiştirilmiş sağlık personeli ve doktorun bulunamamasından kaynaklanmaktadır. Bütün bunlardan bağımsız doktorların bu kurumlarda çalışmasını teşviklendirecek ücretler ödenmemiş olup bunun sonucunda ise sistemin işleyebilmesi amacıyla önce doktorlara özel muayenehane açma izni verilmiş, bu durum da sistemi işleyemez hale getirmiştir. Fakat daha sonra 1978’de kamu hizmetinde bulunan doktorların tam gün çalışmalarını sağlamak amacıyla özel muayenehane açmaları yasa ile yasaklanmıştır. Devletin bu tutarsız politikaları, 1970’li yılların başından beri sağlık sisteminde yaşanan karmaşıklık, 1980 yılı askeri müdahale ve sonrası özgürlük ve hakların kısıtlandığı 1982 Anayasası, teoride başarılı bir sistem olarak nitelendirilmesine karşın, pratikte uygulanmasını kısıtladığı varsayılan diğer etkenler olarak adlandırılmıştır<sup>21,27,40,41</sup>.

Ülkemizde Aile Hekimliği kavramının oluşmasına alt yapı sağladığı düşünülen bu tarihe tanıklık eden gelişmelerin yaşandığı zamanlarda bütün dünyada da Aile Hekimliği biriminin farklı bir uzmanlık alanı olarak kabul görmesine yönelik gelişmeler yaşanmaktaydı. Sağlık sisteminde yaşanan bu değişim ve gelişmelerin sonucunda, hastalara bütüncül bir yaklaşım göstererek onları değerlendirmeyi hedefleyen genel pratisyenlik, ayrı bir uzmanlık alanı olarak ilk kez 1983’te “Aile Hekimliği” tababet tüzüğünde yer bulmuştur. Bununla birlikte üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır<sup>44</sup>.

DSÖ aracılığı ile aile hekimliği biriminin gelişmesi için tüm ülkelerde bağımsız aile hekimlikleri örgütlerinin açılması önerilmiştir. Bunun sonucunda Aile Hekimliği derneklerinin Türkiye temsilciğini yapmak üzere 22 Haziran 1990 tarihinde Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (AHUD) oluşturulmuş ve 22 Mart 1998’te ise ismi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak güncellenmiştir. 2003’te ise TAHUD WONCA Avrupa Bölgesi üyelik işlemi gerçekleştirilmiştir.

2004’te çıkarılmış olan 5238 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” aracılığı ile Aile Hekimliği sistemine geçiş sağlanmıştır. Aile Hekimliği uygulamasına ilk kez 2004’te pilot olarak seçilen Düzce ilinde başlanılmış ve zaman geçtikçe tüm ülkeye yayılmıştır. Aile hekimliği sistemine katkı sağlamak amacı ile Toplum Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve bu kurumlarda çalışmak üzere halk sağlığı anabilim dalı uzmanlarının da ataması sağlanmıştır<sup>45</sup>.

## **2.4.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR**

Aile Hekimliğinin uzmanlık eğitimi; uygulama, rotasyon ve düzenli eğitim etkinliklerinden oluşmaktadır. Aile hekimi uzmanları, uzmanlık eğitimleri bitiminde ilçe sağlık müdürlüklerinde, aile sağlık merkezlerinde, ilçe hastanelerinde, kamu kuruluşlarında ve özel sektörde çalışabilmektedir. Bununla birlikte akademik birimlerde de kariyer yapabilme imkanları mevcuttur<sup>16-19,46</sup>.

WONCA Avrupa’nın 2002 senesinde yayımladığı ve 2011 senesinde de revizyonunu sağladığı bildirimlerinde aile hekimlerinin gereksinim duymuş oldukları çekirdek yeterlilikleri bir ağaç şeklinde (WONCA tree) şema edilerek tanımlanmıştır<sup>16-19,46,47</sup>. (Çizim-1) Bu tanıma göre aile hekimlerinin hakim olmaları gerekenler 12 ana yetenek ve 6 çekirdek yeterlilikte bir araya gelmiştir. Bununla birlikte bir aile hekiminin bağlamsal (bağlantısal ilişki kurma ve kullanma), tutumsal (etik değerlere bağlı olma ve mesleki yetenek) ve bilimsel özelliklere dayanarak hastalarla iletişim, muayenehanelerinin yönetimi ve klinik yönetim gibi üç temel durum için yeterlilik kazanmaları gereklidir<sup>16-19,46,47</sup>. Bu üç temel konuda ustalaşabilmesi için de birinci basamağın yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme yeteneği, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olmak ve bütüncül modelleme olarak belirlenen 6 çekirdek yeterliliğe sahip olmalıdırlar.

Birinci basamağın yönetiminin 2 temel özelliği bulunmaktadır. Buna göre; aile hekimi acil durumların haricinde başvuru alan ilk hekim olmalıdır, bütün sağlık sorunları ile alakadar olmalıdır, her daim ulaşılabilir durumda olmalıdır (sağlık sorunları, açık erişim, ilk temas, açık erişim) ve iş birliği içinde olduğu diğer sağlık personelleri ile uzman hekimlerin hizmetlerini koordine edebilmeli ve hastayı savunmalıdır (savunuculuk ve koordinasyon).

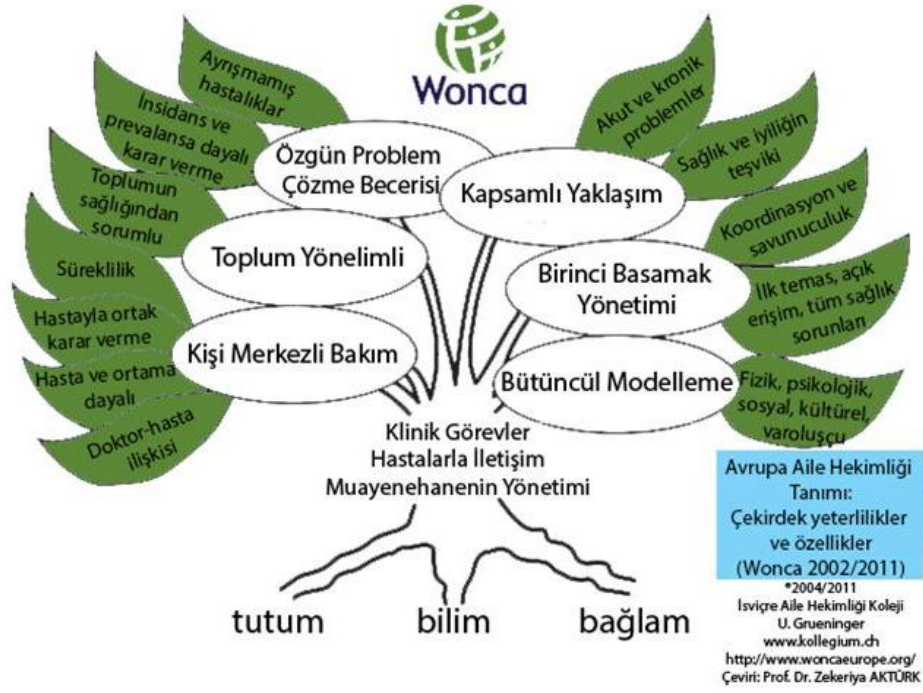
Kişi merkezli bakım 4 özelliğe sahiptir. Hasta ve hastanın yaşadığı yerle alakalı sorunlarla ilgilenir (hastaya ve ortama dayalı), hastanın tekliğine saygı duyarak etkili bir hasta-hekim ilişkisi oluşturur (hasta-doktor ilişkisi), hastaların gereksinimlerine göre belirlenmiş olan sağlık hizmetlerini sunar (ortak karar verme) ve hasta bakımlarının sürekli devam ettirilmesini sağlar (süreklilik).

Özgün problem çözme becerisinin 2 ana özelliği vardır. Hastalıkları toplum içerisindeki insidansı ve prevalansına göre ayırmak ve erken dönemde henüz tanıları konmamış olan hastalıkları yönetebilmek ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunabilmektir.

Kapsamlı yaklaşım 2 özelliğe sahiptir. Hastanın akut ve kronik sorunlarını aynı zamanda yönetebilmek (akut ve kronik problemler) ve hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilebilmesi stratejilerini etkili bir biçimde uygulayabilmek (sağlık ve iyiliğin teşviki).

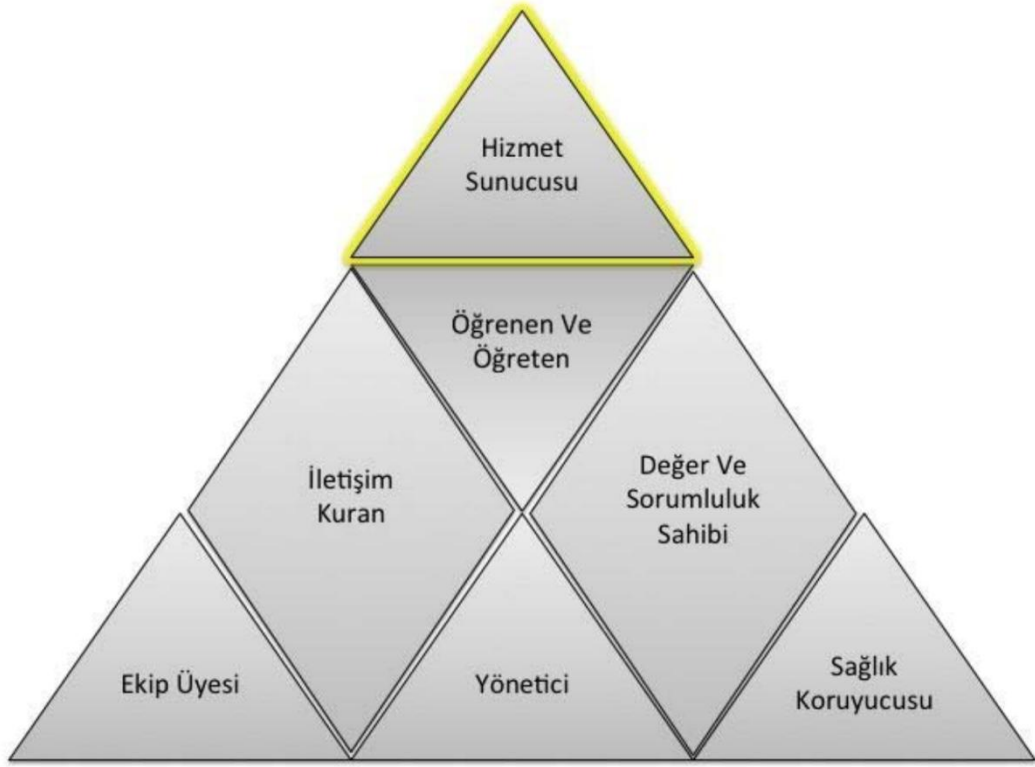
Toplum yönelimli olmanın özelliği hastanın ve içinde yaşadığı toplumun sağlık gereksinimleri ve mevcut kaynakların etkili kullanımları ile yönetilebilmeleridir (toplumun sağlığından sorumlu).

Bütüncül modelleme ilkesinin temel özelliği ise sağlık sorunlarını toplumsal, fiziksel, kültürel, ruhsal ve varoluş boyutları ile ele almasıdır (fizik, sosyal, kültürel, psikolojik, varoluşçu).



### Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler: WONCA Ağacı.

TUKMOS aracılığı ile 2019 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı çizelgesine göre Aile Hekimi uzmanlarının sahip olmaları gerektiği 7 temel yetkinlik alanları bulunmaktadır. (Çizim-2) Bir uzmanlık dalı eğitiminde bu 7 yetkinliğin kazandırılabilmesi amaçlanmaktadır. Bu 7 temel yetkinliğin yalnız birlikte ve birbirleri ile uyumlu bir biçimde kullanılabilirdiklerinde bir yeterlilik durumundan söz edilebilir. Hizmet sunucusunun klinik ve girişimsel yetkinliklere sahip olmaları beklenir. Metodolojik ve sosyal bilgileri, yetenekleri ile tamamlayıp bunun üzerine karar verebilme becerileri klinik yetkinlik olarak isimlendirilir. Bu becerilerin tıbbi girişimlerde kullanılabilmeleri ise girişimsel yetkinliği gösterir<sup>1</sup>. Klinik ve girişimsel yetkinlikler uzmanlık eğitimleri içinde saha eğitiminden ve rotasyonlardan edinilir.



**Çizelge-2: TUKMOS Yeterlilik Üçgeni.**

TUKMOS' a göre klinik yetkinliklerin hangi düzeyde ve nasıl yapılmaları gerekliliğini harf kodlamalarıyla belirlemiş olan bir seviye sistemi mevcuttur. Bununla birlikte girişimsel yetkinlikler ise 4 düzeye sınıflandırılarak tanımlanmıştır<sup>1</sup>.

Klinik yetkinlikler:

B: Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

Klinik yetkinliklerde bazı gerekli durumlarda bunlara ek düzeyler de mevcuttur:

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme

Girişimsel yetkinlik düzeyleri:

1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme,

2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme,

3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme,

4: Karmaşık olsun veya olmasın, her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

## **2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR**

1983' te yayımlanan tüzük doğrultusunda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi tamamı ile rotasyonlardan meydana gelen (pediatri ile dahiliye toplam 18 ay, kadın doğum hastalıkları 8 ay, psikiyatri 4 ay, acil 6 ay) toplamda 36 ay süren bir süreç olarak tanımlanmıştı. Fakat bu sürece aile hekimliği saha uygulamaları eklenmemişti<sup>44</sup>.

Daha sonraları yayımlanan yönetmeliklerde ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplamda 36 aylık süresini korumuştur. Fakat rotasyon süreçleri kısaltılarak saha eğitimlerine de yer verilmiştir.

2010 senesinde yayımlanan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi çekirdek programında rotasyon süreleri 24 aya indirilmiş, saha eğitimi için gereken süre ise 12 ay olarak belirtilmiştir. Böylelikle gidilmesi gereken rotasyon ve süreleri; dahiliye 6 ay (1 ayı kardiyoloji polikliniğine ayrılmak üzere), pediatri 6 ay, kadın hastalıkları ve doğum 5 ay, psikiyatri 3 ay ve genel cerrahi 2 ay olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte; ortopedi ve travmatoloji, dermatoloji, kulak burun boğaz ve göğüs hastalıkları branşlarından birine gidilmesi gereken 2 ay süreli olarak seçmeli rotasyonlar da mevcuttur<sup>48</sup>. 2013 senesinde yayımlanan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi çekirdek programında rotasyon süreleri 18 aya indirilmiş ve saha uygulamalarına 36 aylık eğitim süresinin yarısı ayrılmıştır. Bu programa göre pediatri 5 ay, dahiliye 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 4 ay, ruh sağlığı ve

hastalıkları 2 ay, genel cerrahi 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay ve kardiyoloji 1 ay olarak belirlenmiştir<sup>49</sup>.

2017 senesinde yayımlanan müfredat programında ise rotasyonlar toplam 18 ay olarak sınırlandırılmakla birlikte, klinik branşlarda geçirilmesi gerekli sürenin dağılımı değiştirilmiştir. Dahiliye 4 ay, pediatri 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 3 ay, psikiyatri 2 ay, acil 1 ay, dermatoloji 1 ay, kardiyoloji 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay ve seçmeli rotasyon 1 ay (genel cerrahi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji) olarak belirlenmiştir<sup>2,50</sup>. Bu müfredata göre yapılan değişikliklerde, bir önceki müfredatta 4 ay olan kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu 3 aya, 5 ay süreli olan pediatri ise 4 aya indirilmiştir. Genel cerrahi branşı seçmeli rotasyonlardan sayılırken, 1 ay acil rotasyonu programa eklenmiştir<sup>2</sup>.

2019 'ta yayımlanan programda ise toplam rotasyon süreleri ve klinikte geçirilmesi gereken süreler bir önceki müfredat ile aynı kalmıştır<sup>1</sup>.

## **2.6. GÖĞÜS HASTALIKLARI ROTASYONUNDA HEDEFLenen KLİNİK VE GİRİŞİMSSEL YETKİNLİKLER**

Aile Hekimliği uzmanlık müfredatında Göğüs Hastalıkları rotasyonu 1 ay süre ile verilmektedir. Bu müfredata göre uzmanlık sürecindeki asistan hekimin kazanması beklenen klinik ve girişimsel düzeylerde yetkinlik ölçekleri bulunmaktadır. Rotasyonlardaki temel amaç asistan hekimin bu ölçeklerde yer alan maddelerin kazanımlarını sağlamaktır. Bu ölçekler klinik yetkinlik ölçeği (Tablo-1) ve girişimsel yetkinlik ölçeği (Tablo-2) olmak üzere ayrılarak belirtilmiştir.

**Tablo 1. Göğüs hastalıkları rotasyonunda kazanılması gereken klinik yetkinlikler**

<b>GÖĞÜS HASTALIKLARI ROTASYONU</b>	
<b>KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ</b>	
<b>Yetkinlik Adı</b>	<b>Yetkinlik Düzeyi</b>
Öksürük Yakınması Olan Hasta Yönetimi	TT,A
Hemoptizi Yakınması Olan Hastanın Yönetimi	TT,A
Solunum Sıkıntısı Olan Hasta Yönetimi	TT,A
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Hastanın Yönetimi	TT,A,K
Astımı Olan Hasta Yönetimi	TT,A,K
Kronik Bronşiti Olan Hasta Yönetimi	TT,A,K
Amfizemi Olan Hasta Yönetimi	TT,A,K
Bronşiektazili Hasta Yönetimi	TT,K
Tüberkülozlu Hasta Yönetimi	TT,K

Akut Solunum Yetmezliği Olan Hasta Yönetimi	T,A,K
Pnömotoraksı Olan Hasta Yönetimi	K,A
Yabancı Cisim Aspirasyonu Olan Hasta Yönetimi	T,A,K

**Tablo 2. Göğüs hastalıkları rotasyonunda kazanılması gereken girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler**

<b>GÖĞÜS HASTALIKLARI ROTASYONU</b>	
<b>GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ</b>	
<b>Yetkinlik Adı</b>	<b>Yetkinlik Düzeyi</b>
Akciğer Grafisi Yorumlama	2
Akut Solunum Yetmezliği Yönetimi	2
Alerjik Deri Testleri	2
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tanısı, Tedavisi ve Korunma	2
Çevre Kaynaklı Solunumsal Hastalıkların Tanısı, Tedavisi ve Korunma	2
Kan Gazı Tayini, Oksimetri Uygulama ve Yorumlama	2
Kemoterapi ve İmmunoterapi Uygulamaları	1
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığının Tanısı, Tedavisi ve Korunma	2
Mikrobiyolojik Testleri Yorumlama	2
Pnömotoraks Tanısı ve Tedavisi	1
Pulmoner Rehabilitasyon ve Akciğer Fizyoterapisi	2
Solunumsal Meslek Hastalıkları Tanısı, Tedavisi ve Korunma	2
Spirometri Kullanabilme ve Sonuçlarını Yorumlama	2
Trakeostomi	2
Tüberkülin Deri Testi	3
Tüberküloz Tanısı, Tedavisi ve Korunma	2

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tek merkezli, tanımlayıcı tipte yapılan bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya başlanmadan T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 28.09.2022 tarihinde 182-2022 karar numarası aracılığı ile onay alınmıştır (Ek-2). Ankete T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Aile Hekimi Klinik'lerinde eğitim gören uzmanlık asistanları dahil edilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olan bu çalışmada katılımcılara gereken bilgilendirmeler verilmiş olup katılımcıların onamları doğrultusunda veriler toplanmıştır. Toplanan verilerde kişilerin kimlik verileri bulunmamaktadır. Çalışma için hazırlanan anket katılımcılar ile yüz yüze olarak ya da internet mail adresleri vasıtası ile gerçekleştirilmiştir. Ankette katılımcıların cinsiyeti, yaşı, uzmanlıklarının türü, asistanlıkta kaçınıcı yılda oldukları, göğüs hastalıkları rotasyonunu alıp almadıkları ve yine katılımcıların likert ölçeği aracılığı ile kendilerini birden beşe kadar numara ile değerlendirebileceği TUKMOS'un Aile Hekimliği uzmanlık müfredat karnesinde bulunan göğüs hastalıkları rotasyonunda kazanmaları gereken klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler sorulmuştur. Anket formu ek dosya olarak sunulmuştur. (Ek-1: Anket formu)

İstatistiksel analiz aracılığı ile yapılan çalışmamızda elde edilen verileri değerlendirirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile ölçüldü. Tanımlayıcı istatistik verileri sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak verildi. Sayısal değişkenler 2 grupta normal dağılıma uyan verilerde Student t testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U ve ikiden fazla gruplarda normal dağılıma uyan verilerde One-Way ANOVA, normal dağılıma uymayan verilerde Kruskal Wallis testi ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare test kullanıldı. Çalışmada sayısal değişkenler arası korelasyon Spearman korelasyon analizi ile test edildi.  $p < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul İli Eğitim ve Araştırma Hastanelerine bağlı olmak
2. Aile Hekimliği Kliniğinde çalışıyor olmak
3. Asistan Hekim olmak

Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul İli Eğitim ve Araştırma Hastanelerine bağlı olmamak
2. Aile Hekimliği Kliniğinde çalışıyor olmamak
3. Asistan Hekim olmamak

## 4. BULGULAR

**Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

		N	%
Cinsiyet	Kadın	192	62,14
	Erkek	117	37,86
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	254	81,41
	SAHU	58	18,59
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 yıl SAHU 0-2 yıl	64	20,51
	AHU 1-2 yıl SAHU 2-4 yıl	96	30,77
	AHU 2-3 yıl SAHU 4-6 yıl	152	48,72

Çalışmaya 312 kişi dahil edilmiştir. Bu çalışmaya katılan aile hekimi asistan hekimlerinin %62,14'ü kadın, %37,86'sı erkek; %81,41'i AHU, %18,59'u SAHU olarak görev yapmaktaydı. (Tablo-3)

**Tablo 3. Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Yaşınız	23	54	29	29,72	4,63

Katılımcıların yaş ortalaması  $29,72 \pm 4,63$ 'tü. (Tablo-4)

**Tablo 5. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları**

		N	%
<b>Göğüs Hastalıkları rotasyonu aldınız mı?</b>	Evet	214	68,59
	Hayır	98	31,41
<b>Aile Hekimi Uzmanlık eğitimi sürecinde alınan Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik bilgi ve saha tecrübesi bakımından eğitim süresi olarak yeterli midir?</b>	Evet	166	53,21
	Hayır	146	46,79

Katılımcıların %68,59'u Göğüs Hastalıkları rotasyonunu tamamlamışken, rotasyonu %46,79'u eğitim süresi açısından yeterli bulmamaktaydı. Katılımcıların %53,21'i göğüs hastalıkları rotasyonunu klinik bilgi ve saha tecrübesi bakımından eğitim süresi olarak yeterli bulmaktaydı. (Tablo-5)

**Tablo 6. Katılımcılara göre en uygun Göğüs Hastalıkları rotasyon süreleri**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
<b>Göğüs Hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulmuyorsanız sizce eğitim süresi ne kadar olmalıdır? (ay)</b>	2	5	2	2,29	0,63

Çalışmaya katılan asistan hekimlere göre olması gereken Göğüs Hastalıkları rotasyon süre ortalaması  $2,29 \pm 0,63$  ay olarak saptandı. (Tablo-6)

**Tablo 7. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları\***

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Öksürük yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	2	0,64	8	2,56	69	22,12	172	55,13	61	19,55
Hemoptizi yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	4	1,28	26	8,33	130	41,67	106	33,97	46	14,74
Solunum sıkıntısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	2	0,64	14	4,49	105	33,65	139	44,55	52	16,67
Kronik obsrükatif akciğer hastalığı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	6	1,92	26	8,33	121	38,78	120	38,46	39	12,50
Astımı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	5	1,60	16	5,13	101	32,37	141	45,19	49	15,71
Kronik bronşiti olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	2	0,64	27	8,65	139	44,55	103	33,01	41	13,14
Amfizemi olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	13	4,17	57	18,27	149	47,76	71	22,76	22	7,05
Bronşiektazi tanısı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	12	3,85	63	20,19	135	43,27	79	25,32	23	7,37
Tüberküloz tanısı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	13	4,18	53	17,04	101	32,48	108	34,73	36	11,58
Akut solunum yetmezliği olan hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, acil tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastanın sevkini gerçekleştirebilirim	2	0,64	27	8,65	116	37,18	128	41,03	39	12,50
Pnömotoraksı olan hastayı tanıyıp acil tedavi sürecini başlatarak hastayı sevk edebilirim	7	2,25	27	8,68	90	28,94	132	42,44	55	17,68
Yabancı cisim aspirasyonu olan hastayı tanıyıp acil tedavi sürecini başlatarak hastayı sevk edebilirim	1	0,32	23	7,37	94	30,13	148	47,44	46	14,74

\*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcılar Aile Hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili 12 madde ile

öz yeterliliklerini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin öz yeterlilik dağılımları tabloda gösterilmiştir. (Tablo-7)

**Tablo 8. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları\***

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Akciğer grafisi yorumlayabilirim.	2	0,64	11	3,53	78	25,00	158	50,64	63	20,19
Acil bir durumda akut solunum yetmezliği ile gelen hastanın yönetimini sağlayabilirim.	0	0,00	27	8,65	114	36,54	127	40,71	44	14,10
Alerjik deri testlerini uygulayabilirim	67	21,47	89	28,53	92	29,49	49	15,71	15	4,81
Alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısını koyabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	0	0,00	22	7,07	83	26,69	145	46,62	61	19,61
Çevre kaynaklı solunumsal hastalıkların tanısını koyabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	6	1,92	38	12,18	149	47,76	89	28,53	30	9,62
Acil bir durumda kan gazı tayini, oksimetre uygulama ve yorumlama işlemini yapabilirim.	6	1,92	26	8,33	70	22,44	149	47,76	61	19,55
Kemoterapi ve immunoterapi uygulamaları konusunda bilgi sahibiyim ve gerektiğinde bu konuda açıklama yapabilirim.	57	18,27	110	35,26	90	28,85	44	14,10	11	3,53
Kronik obstruktif akciğer hastalığının tanısını koyabilir, acil tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	4	1,28	32	10,26	132	42,31	109	34,94	35	11,22
Hastaya Göğüs Hastalıkları klinik birimi tarafından yapılmış olan mikrobiyolojik testleri yorumlayabilirim.	17	5,45	50	16,03	122	39,10	88	28,21	35	11,22
Pnömotoraks tanısı ve tedavisi hakkında bilgi sahibiyim ve gerektiğinde bu konu ile ilgili açıklama yapabilirim.	3	0,96	26	8,33	100	32,05	144	46,15	39	12,50
Gerekli bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında pulmoner rehabilitasyon ve akciğer fizyoterapisi hakkında danışmanlık verebilirim.	24	7,69	60	19,23	133	42,63	67	21,47	28	8,97
Gerekli bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında solunumsal meslek hastalıkları tanısı, tedavisi ve korunması hakkında danışmanlık verebilirim.	16	5,13%	53	16,99	134	42,95	79	25,32	30	9,62
Acil bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında trakeostomi işlemini gerçekleştirebilirim.	81	26,05	81	26,05	80	25,72	54	17,36	15	4,82
Tüberkilin deri testini uygulayabilirim.	33	10,58	66	21,15	88	28,21	92	29,49	33	10,58
Tüberküloz tanısı, tedavisi ve korunma işlemini yapabilirim.	16	5,13	46	14,74	119	38,14	97	31,09	34	10,90

\*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcılar Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili 15 madde ile öz yeterliliklerini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin öz yeterlilik dağılımları tabloda gösterilmiştir. (Tablo-8)

**Tablo 9. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Öksürük yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,90	0,75
Hemoptizi yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	3	3,53	0,89
Solunum sıkıntısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,72	0,82
Kronik obsrükatif akciğer hastalığı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,51	0,89
Astımı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,68	0,86
Kronik bronşiti olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	3	3,49	0,85
Amfizemi olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	3	3,10	0,92
Bronşiektazi tanısı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	3	3,12	0,94
Tüberküloz tanısı olan hastanın tedavi sürecini yönetip gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim	1	5	3	3,32	1,02
Akut solunum yetmezliği olan hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, acil tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastanın sevkini gerçekleştirebilirim	1	5	4	3,56	0,84
Pnömotoraksı olan hastayı tanıyıp acil tedavi sürecini başlatarak hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,65	0,95
Yabancı cisim aspirasyonu olan hastayı tanıyıp acil tedavi sürecini başlatarak hastayı sevk edebilirim	1	5	4	3,69	0,82

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden

aldıkları öz yeterlilik puanlarının değerlendirilmesi tabloda gösterilmiştir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Öksürük yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim”, “Solunum sıkıntısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve gerekli durumlarda hastayı sevk edebilirim” ve “Yabancı cisim aspirasyonu olan hastayı tanıyıp acil tedavi sürecini başlatarak hastayı sevk edebilirim” maddelerinden alınmıştır. (Tablo-9)



**Tablo 10. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Akciğer grafisi yorumlayabilirim.	1	5	4	3,86	0,80
Acil bir durumda akut solunum yetmezliği ile gelen hastanın yönetimini sağlayabilirim.	2	5	4	3,60	0,83
Alerjik deri testlerini uygulayabilirim	1	5	3	2,54	1,13
Alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısını koyabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	2	5	4	3,79	0,84
Çevre kaynaklı solunumsal hastalıkların tanısını koyabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	1	5	3	3,32	0,88
Acil bir durumda kan gazı tayini, oksimetre uygulama ve yorumlama işlemini yapabilirim.	1	5	4	3,75	0,93
Kemoterapi ve immunoterapi uygulamaları konusunda bilgi sahibiyim ve gerektiğinde bu konuda açıklama yapabilirim.	1	5	2	2,49	1,05
Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısını koyabilir, acil tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.	1	5	3	3,45	0,87
Hastaya Göğüs Hastalıkları klinik birimi tarafından yapılmış olan mikrobiyolojik testleri yorumlayabilirim.	1	5	3	3,24	1,03
Pnömotoraks tanısı ve tedavisi hakkında bilgi sahibiyim ve gerektiğinde bu konu ile ilgili açıklama yapabilirim.	1	5	4	3,61	0,85
Gerekli bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında pulmoner rehabilitasyon ve akciğer fizyoterapisi hakkında danışmanlık verebilirim.	1	5	3	3,05	1,04
Gerekli bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında solunumsal meslek hastalıkları tanısı, tedavisi ve korunması hakkında danışmanlık verebilirim.	1	5	3	3,17	0,99
Acil bir durumda kılavuz ve yönerge eşliğinde veya denetim ve gözetim altında trakeostomi işlemini gerçekleştirebilirim.	1	5	2	2,49	1,19
Tüberkilin deri testini uygulayabilirim.	1	5	3	3,08	1,16
Tüberküloz tanısı, tedavisi ve korunma işlemini yapabilirim.	1	5	3	3,28	1,01

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları öz yeterlilik puanlarının değerlendirilmesi tabloda gösterilmiştir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Akciğer grafisi yorumlayabilirim.”, “Alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısını koyabilir, tedavi sürecini yönetebilir ve hastalıktan korunma yollarını anlatabilirim.” ve “Acil bir

durumda kan gazı tayini, oksimetre uygulama ve yorumlama işlemini yapabiliyim.” maddelerinden alınmıştır. (Tablo-10)

**Tablo 11. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler	1,00	5,00	3,50	3,52	0,64
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler	1,33	5,00	3,27	3,25	0,64

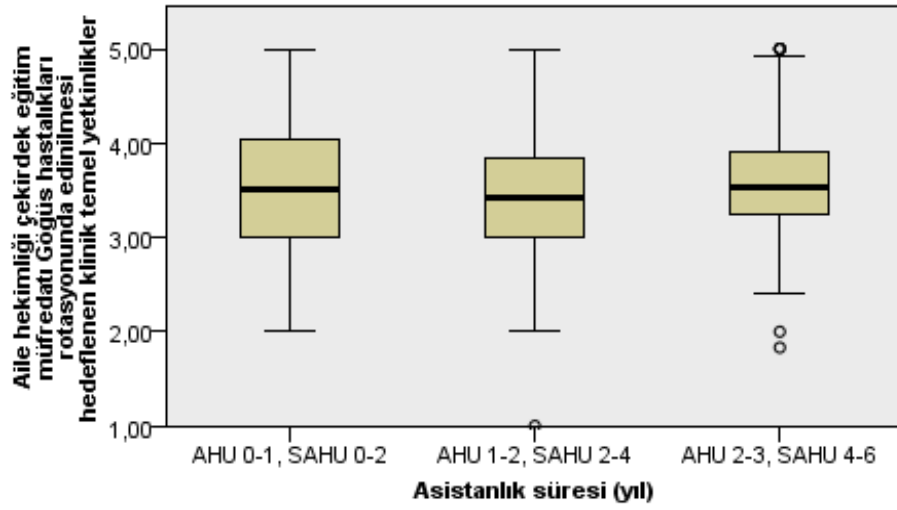
Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler toplam puan ortalaması  $3,52 \pm 0,64$ , girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler toplam puan ortalaması  $3,25 \pm 0,64$  olarak saptanmıştır. (Tablo-11)

**Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması**

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	1,83	5,00	3,50	3,50	1,83	<sup>a</sup> 0,156
	Erkek	1,00	5,00	3,58	3,55	1,00	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	1,00	5,00	3,50	3,52	1,00	<sup>a</sup> 0,603
	SAHU	2,00	5,00	3,58	3,55	2,00	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 yıl	2,00	5,00	3,50	3,54	2,00	
	SAHU 0-2 yıl	2,00	5,00	3,50	3,54	2,00	
	AHU 1-2 yıl	1,00	5,00	3,42	3,37	1,00	<sup>b</sup> 0,046*
	SAHU 2-4 yıl	1,00	5,00	3,42	3,37	1,00	
	AHU 2-3 yıl	1,83	5,00	3,54	3,61	1,83	
	SAHU 4-6 yıl	1,83	5,00	3,54	3,61	1,83	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p < 0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test



Total N	310
Test Statistic	6,138
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	0,046

1. The test statistic is adjusted for ties.

### Çizelge-3: Asistanlık süresi ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile Göğüs Hastalıkları rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik puanları değerlendirildi. Asistanlık süresi AHU için 1-2 yıl, SAHU için 2-4 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl, SAHU için 4-6 yıl olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p < 0,01$ ). (Tablo-12) (Şekil-1)

**Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması**

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	P
Cinsiyet	Kadın	1,40	5,00	3,20	3,19	0,62	<sup>a</sup> 0,018*
	Erkek	1,33	5,00	3,33	3,34	0,66	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	1,33	5,00	3,20	3,22	0,63	<sup>a</sup> 0,077
	SAHU	1,87	5,00	3,43	3,38	0,65	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 yıl	1,33	5,00	3,00	3,16	0,75	<sup>b</sup> 0,145
	SAHU 0-2 yıl						
	AHU 1-2 yıl	1,73	4,80	3,20	3,19	0,62	
	SAHU 2-4 yıl						
AHU 2-3 yıl	1,40	5,00	3,27	3,32	0,59		
SAHU 4-6 yıl							

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \*p<0,05

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

Asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile Göğüs Hastalıkları rotasyonunda hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanları değerlendirildi. Erkek olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,05). (Tablo-13)

**Tablo 14. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları, düşünceleri ile Göğüs Hastalıkları klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması**

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Göğüs Hastalıkları rotasyonu aldınız mı?	Evet	1,00	5,00	3,58	3,59	0,60	<sup>a</sup> 0,003*
	Hayır	2,00	5,00	3,42	3,37	0,70	
Göğüs Hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,83	5,00	3,67	3,65	0,67	<sup>a</sup> 0,000*
	Hayır	1,00	5,00	3,42	3,37	0,57	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \*p<0,01

Asistan hekimlerden Göğüs Hastalıkları rotasyonunu tamamlayanların ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). (Tablo-14)

**Tablo 15. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyon durumları, düşünceleri ile Göğüs Hastalıkları girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması**

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Göğüs Hastalıkları rotasyonu aldınız mı?	Evet	1,33	5,00	3,27	3,31	0,63	<sup>a</sup> 0,015*
	Hayır	1,73	4,60	3,07	3,13	0,63	
Göğüs Hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,40	5,00	3,33	3,36	0,66	<sup>a</sup> 0,000**
	Hayır	1,33	5,00	3,13	3,12	0,58	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Asistan hekimlerden Göğüs Hastalıkları rotasyonunu tamamlayanların ve eğitim süresini yeterli bulanların girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler puan ortalaması istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). (Tablo-15)

**Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Göğüs Hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulma durumları**

		Göğüs Hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?				p
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	97	50,52	95	49,48	<sup>a</sup> 0,249
	Erkek	67	57,26	50	42,74	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	134	52,76	120	47,24	<sup>a</sup> 0,739
	SAHU	32	55,17	26	44,83	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 YIL	39	60,94	25	39,06	<sup>a</sup> 0,230
	SAHU 0-2 YIL					
	AHU 1-2 YIL	53	55,21	43	44,79	
	SAHU 2-4 YIL					
	AHU 2-3 YIL	74	48,68	78	51,32	
	SAHU 4-6 YIL					

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

Cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süresi ile Göğüs Hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo-16)

**Tablo 17. Katılımcıların Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Yaş	Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler	<b>r</b>	0,067	0,726
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,238	<b>0,000*</b>
	<b>N</b>	310	309
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Göğüs Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler	<b>r</b>	0,044	
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,435	-
	<b>N</b>	311	

<sup>a</sup>Spearman Korelasyon Test \* $p<0,001$

Asistan hekimlerin Göğüs Hastalıkları rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları ile girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,726$ ,  $p<0,001$ ). (Tablo-17)

## 5. TARTIŞMA

Uzmanlık tüzüğünde aile hekimliği eğitimi ilk kez 1983 senesinde yer bulmuştur. Eğitim başlangıcı etkin bir biçimde Ankara, İstanbul ve İzmir’de Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde 1985 senesinde başlamıştır. İlk zamanlarda uzmanlık eğitiminin tümü rotasyonlardan oluşurken sonrasında kadroya aile hekimi uzman eğitmenlerinin de katılımıyla eğitim süresi, en az yarısı birinci basamak sağlık hizmeti verilen bir kurum olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir. Günümüzde alt yapı yetersizliğinden aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarda yeterli şartlar sağlanamamaktadır. Uzmanlık eğitimi programında rotasyonların içerikleri ve süreleri ise eğitimin başlangıcından bu yana iki kere yeniden düzenlenmiş ve şu anki son halini almıştır<sup>51</sup>.

Gerekli literatür taramaları yapıldığında, aile hekimliği bölümünde uzmanlık yapan asistanlar için eğitim ve çalışma şartları nedeniyle ortaya çıkan sorunları değerlendiren araştırmalar bulunurken, rotasyon eğitimi ve rotasyonlarda yaşanan sorunlara karşı yapılan çalışmalar yetersizdir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi için çalışmaların yetersiz oluşu sebebiyle araştırmamızın sonuçlarının rotasyon eğitimleri hakkındaki bir değerlendirmede etkili olacağı ve aile hekimliği eğitim müfredatının yeniden düzenlenmesine katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Temel amacı sağlığın başta anne karnından itibaren korunması, sürdürülmesi ve ileriye taşınması olan sağlık sistemi uygulamaları; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak şeklinde basamaklandırılarak şekillenmiştir. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde düzenlenmesiyle, birinci basamakta olan aile hekimliği çok önemli bir yere sahiptir.

Güncel olarak yayımlanan son Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bültenine göre, Aile Hekimliği Birimi, Aile Sağlığı Merkezi, TSM sayıları 2020 yılında sırasıyla 26.476’dan 26.594’e, 7.997’den 8.015’e ve 778’den 779’a yükseldi. Bu yayın yapılırken Toplum Sağlığı Merkezi sayısına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde aynı hizmeti veren 429 İlçe Sağlık Müdürlüğü de dahil edildi. 2020 yılında hekime müracaatın %42,2’si birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara

yapılırken, %57,8'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapıldı. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2019 yılında 9,8 iken %26,5 azalarak 7,2 oldu. Aile hekimi doktoruna direkt başvuran kişi sayısı 247.273.830 olarak belirlendi<sup>52</sup>.

Aile hekimliği uzmanları, hastaları ile ilk temas noktasında bir araya gelirler. Bu durumda hastaların anlattığı rahatsızlıklar tamamı ile birbirinden ayrılamamış durumdadır. Aile hekimine anlatılan rahatsızlıkların önemli bir kısmı akut gelişmiş ve sıklıkla karşılaşılan durumlardır. Hastanede olan hekimlerin karşılaştığı ciddi veya kronik hastalıklar aile hekimliğinde daha az oranda görülmektedir<sup>53</sup>.

TUİK'in açıkladığı son verilere göre Türkiye'de 2019 yılında ölen kişi sayısı 435 bin 941 oldu. Ölümler nedenlerine göre incelendiğinde %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları sıralamada önemli bir yer bulmaktadır. TUİK tarafından 2019 yılından sonra ölüm sayısı ve ölüm nedenlerine ait veriler açıklanmamış olup ancak ülkemizde COVID-19 nedeniyle solunum sistemi hastalığından ölen kişi sayısının arttığı düşünülmektedir<sup>54</sup>.

Alt solunum yolu enfeksiyonları, astım, KOAH, tüberküloz ve solunum yolu kanserleri sık görülmeleri ve bulaşma ile ölüm oranlarının yüksek olmasından önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile hekimlerine günlük pratikte solunum yolu hastalıkları için sık başvuru yapılmaktadır. Bu başvurulardan göğüs hastalıkları ile ilgili olan rahatsızlıklar ise önemli bir kısmı oluşturmaktadır. Solunum yolu enfeksiyonları, astım, KOAH, pnömoni ve tüberküloz gibi hastalıkların teşhisi aile hekimleri tarafından koyulabilir, gidişat süreci ve tedavisi de gerekli prosedürler doğrultusunda izlenebilir<sup>53</sup>.

Özdemir T. ve ark.larının yaptığı bir çalışmada çalışmaya 122 aile hekimi katılmış ve 32 soruluk bir anket formu doldurmuşlardır. Çalışmaya katılanlara göğüs hastalıkları ile ilgili en çok bilgi sahibi oldukları hastalıklar sorulduğunda; astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ilk sıralarda yer alırken, emboli ve plörezi ise son sıralarda yer almıştır<sup>53</sup>. Bizim çalışmamızda Özdemir T. ve ark.larının yaptığı çalışmanın aksine pnömotoraks hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olma ilk sırada yer alırken bunu sırası ile astım, yabancı cisim aspirasyonu, kronik bronşit ve KOAH izlemiştir. Amfizem ve bronşiektazi tanı ve tedavisini belirleme oranı ise son

sıralarda yer almıştır. Bu durumun pnömotoraks tanısının acil bir şekilde konulması ve hastanın hızlıca sevk edilmesi gerekliliğinden olduğu düşünülebilir.

Yine aynı çalışmada “Astım ve KOAH tedavi basamakları konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna katılımcıların %27’si evet demiştir<sup>53</sup>. Bizim çalışmamızda ise katılan 312 aile hekimi 1-5 ölçeklendirme (Ölçeğe göre 1 puan hiç yeterli değilim, 3 puan ne yeterliyim ne değilim ve 5 puan tamamen yeterliyimi ifade etmektedir.) sistemine göre hastalıkların tanı ve tedavi sürecini yönetme yeterliliği açısından değerlendirilmiştir. Buna göre astımı olan hastanın tanı ve tedavisini 4 ve 5 düzeylerinde kendilerini yeterli bulan hekimlerin yüzdelik oranı sırası ile %45,19 ve %15,71 olarak bulunmuştur. KOAH hastalığı için ise 4 ve 5 düzeylerinde kendilerini yeterli bulan hekimlerin yüzdelik oranları sırası ile %38,46 ve %12,55 olarak bulunmuştur. Bu oranlar ışığında bizim çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık yarısının bu iki hastalık açısından yeterli bilgiye sahip oldukları düşünülebilir.

Arslan ve ark.larının yaptığı çalışmada katılımcıların “Rotasyon süresini nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna Göğüs hastalıkları rotasyonu eğitimi alan 240 uzmanlık öğrencisinden 41 katılımcı (%17,1) ‘Gereğinden kısa olduğunu düşünüyorum’, 192 katılımcı (%80) ‘Gerektiği kadar olduğunu düşünüyorum’ ve 7 katılımcı (%2,9) ‘Gereğinden uzun olduğunu düşünüyorum’ cevaplarını verdiler<sup>55</sup>. Bizim yaptığımız çalışmada 312 aile hekiminden " Göğüs hastalıkları rotasyonunu klinik bilgi ve saha tecrübesi bakımından eğitim süresi olarak yeterli buluyor musunuz? " sorusuna 166 katılımcı (%53,21) evet cevabını 146 katılımcı ise (%46,79) hayır cevabını vermişlerdir. Bu iki çalışmada ortak olarak katılımcıların yarısından fazlasının rotasyon süresini yeterli bulduklarını söylemek yanlış olmaz. Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan asistan hekimlere göre olması gereken göğüs hastalıkları rotasyon süre ortalaması  $2,29 \pm 0,63$  ay olarak saptandı. Bu ortalama gösteriyor ki göğüs hastalıkları rotasyonunu süre olarak yetersiz bulanlar rotasyon süresinin yaklaşık olarak 2 ay olması gerektiği kanaatindedirler.

Yıldırım ve ark.larının 2018 senesinde yaptığı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından aile hekimliği saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezlerini değerlendiren bir çalışmada çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $28,6 \pm 2,9$  SS yıl olarak hesaplanmıştır<sup>56</sup>. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaş

ortalaması  $29,72 \pm 4,63$  SS yıl çıkararak benzerlik göstermiştir. Yaş ortalamalarının benzer olduğu bu iki çalışmada bir başka ortak nokta ise Yıldırım ve ark.larının "Aile hekimliği uzmanlık sürecinde rotasyon sürelerini yeterli buluyor musunuz? " sorusuna katılımcıların %68,5'inin zorunlu rotasyon sürelerini yeterli bulduklarını belirtmeleridir<sup>56</sup>. Bu yüzdeler oran gösteriyor ki çalışmaya katılan asistan hekimlerin yarısından fazlası rotasyon sürelerini yeterli olarak buluyorlar.

Cüce ve ark.larının yaptığı bir çalışmada PAG (Posteroanterior Akciğer Grafisi) değerlendirme konusunda asistanların %92,00'ı (n=126) eğitim aldığını belirtmiştir. Bu konuda alınan eğitimin %79,60'ı (n=109) mezuniyet öncesi eğitimi kapsamaktadır. PAG konusunda verilecek pratik eğitimin katkı sağlayacağını düşünenlerin oranı %93,50 (n=128), teorik eğitimin katkı sağlayacağını belirtenlerin oranı ise %98,50 (n=135) şeklinde bulunmuştur<sup>57</sup>. Bizim yaptığımız çalışmada ise anketimize katılan 312 aile hekiminden 1-5 ölçekleri arasında PAG konusunda yeterlilikleri ortalama  $3,86 \pm 0,80$  SS olarak hesaplanmıştır. Shammari ve ark.larının yaptığı bir başka çalışmada ise içinde 10 akciğer grafisi yer alan bir anket 205 doktor tarafından cevaplanmıştır. Tanıları ilk sırada radyoloji hekimleri koyarken (%87,9) aile hekimleri ise %64,0 oranında doğru cevaplamıştır (p<0,001).<sup>58</sup> Bu veriler doğrultusunda çalışmaya katılan katılımcıların benzer oranda PAG yeterliliği için yeterli bilgi düzeylerine sahip olduklarını düşünebiliriz. Bizim çalışmamızda katılımcıların mezuniyet öncesi eğitimi dikkate alınmamıştır.

Cüce ve ark. yaptığı çalışmaya 88 kadın hekim 49 erkek hekim katılırken<sup>57</sup> bizim yaptığımız çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların 192'si kadın, 117'si erkek olarak saptanmıştır. Yıkılkan ve ark.larının yaptığı bir çalışmada ise aile hekimlerini asistanlarının eğitim gereksinimleri incelenmiş ve 77 katılımcıdan 53' ü kadın, 24'ü erkek olarak bulunmuştur<sup>59</sup>. Aile Hekimliği asistanlarının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu Sağlık Bakanlığı üzerinden yayınlanmıştır. Cüce ve ark.larının yaptığı çalışmada yeni başlayan asistanlar arasında asistanlık yıllarına göre, kadın hekimlerin aile hekimliği branşını tercih etme oranı daha yüksek oranda bulunmuştur (p=0,016)<sup>57</sup>.

Bizim yaptığımız çalışmada asistan hekimlerin; cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile göğüs hastalıkları rotasyonunda hedeflenen

girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanları değerlendirildiğinde erkek olanların puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p<0,05$ ). Cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süresi ile göğüs hastalıkları rotasyon süresini yeterli bulma durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Bizim çalışmamızda çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile göğüs hastalıkları rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik puanları değerlendirildi. Asistanlık süresi AHU için 1-2 yıl, SAHU için 2-4 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl, SAHU için 4-6 yıl olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p<0,01$ ). Bu da klinik bilgi ve tecrübenin getirdiği birikimin göğüs hastalıkları ile ilgili temel bilgi düzeyinde katkı sağladığını düşündürmektedir.

Asistan hekimlerden göğüs hastalıkları rotasyonunu tamamlayanların ve eğitim süresini yeterli bulanların hem klinik temel yetkinlikler sonucu hem de girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerdeki sonuçları istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu sonuç bize gösteriyor ki göğüs hastalıkları rotasyonu klinik temel yetkinlikler ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerde öz yeterlilik değerlendirmesinde anlamlı bir öneme sahiptir.

İzmir'de Geroğlu ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde asistanların ( $n=52$ ) en çok ve en az gereksinim duydukları konular belirlenmeye çalışılmıştır. Sonuçlar 1-4 arasında puanlanmış (Eğitim almam gerektiğine inanmıyorum, almadım (1 puan). Eğitim almam gerektiğine inanmıyorum, aldım (2 puan). Eğitim almam gerektiğine inanıyorum, almadım (3 puan). Eğitim almam gerektiğine inanıyorum, aldım (4 puan)) ve aile hekimlerinin göğüs hastalıkları rotasyonuna duymuş oldukları ihtiyaç 3,64 olarak belirlenmiştir. 39 kişi eğitim alması gerektiğini ve yeterli eğitim aldığını, 10 kişi eğitim alması gerektiğine inandığını ancak eğitim almadığını, 1 kişi eğitim alması gerektiğine inanmadığını ancak eğitim aldığını ve 2 kişi ise eğitim alması gerektiğine inanmadığı ve eğitim almadığı şeklinde yanıtlamıştır<sup>60</sup>. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %68,59'u Göğüs Hastalıkları rotasyonunu tamamlamışken, rotasyonu %46,79'u eğitim süresi açısından yeterli bulmamaktaydı. Katılımcıların %53,21'i göğüs

hastalıkları rotasyonunu klinik bilgi ve saha tecrübesi bakımından eğitim süresi olarak yeterli bulmaktaydı. Çalışmaya katılan asistan hekimlere göre olması gereken Göğüs Hastalıkları rotasyon süre ortalaması  $2,29 \pm 0,63$  ay olarak saptandı ve asistan hekimlerden göğüs hastalıkları rotasyonunu tamamlayanların ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda aile hekimliği uzmanlık sürecinde asistan hekimlerin göğüs hastalıkları rotasyonuna kendi öz yeterliliklerini değerlendirmede ihtiyaç duyduklarını söyleyebiliriz. Biz de bu çalışmamızda göğüs hastalıkları rotasyonunun klinik bilgi ve tecrübe bakımından asistan hekimlerin öz yeterliliklerini değerlendirmede katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği ile araştırmaları kanıta dayalı klinik uygulamalara sahip akademik ve bilimsel bir disiplin uzmanlığıdır. Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmeti olarak sayılması ve bütüne yönelik bir yaklaşımı olması nedeniyle çok geniş bir teorik ve pratik yelpazesi bulunmaktadır. Bu geniş hasta kitlesinde aile hekimleri toplumda sık olarak görülmekte olan göğüs hastalıkları için de büyük bir payı üstlenmektedir. Bu durum özellikle sık olarak rastlanılan hastalıkları tanıma, tedavi etme ve yönetebilme adına önem arz etmektedir. Böylelikle aile hekimlerinin sahada yansıyan uygulamalarında uzmanlaşmaları gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi adına standardize edilmiş bir eğitim gereklidir. Bu eğitimin öncelikli adımı WONCA aracılığı ile tanımlanan aile hekimliği/genel pratisyenlik çekirdek müfredat yeterlikleri temeline dayandırılmış olup aile hekimliği asistan hekimlerinin temel eğitim ihtiyaçları bu doğrultuda belirlenmiştir. Çalışmamızda temel eğitim ihtiyaçları doğrultusunda verilen göğüs hastalıkları rotasyonu irdelenmiş ve asistan hekimlerin rotasyon ile ilgili öz yeterlilikleri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Buna göre;

Araştırmamızın sonuçları:

- Çalışmaya katılan aile hekimi asistan hekimlerinin çoğu göğüs hastalıkları rotasyonunu eğitim süresi açısından yeterli bulmaktadır.
- Çalışmaya katılan aile hekimlerinden göğüs hastalıkları rotasyonunu almış olanların çoğu aile hekimliği çekirdek müfredatında bulunan göğüs hastalıkları rotasyonunda edinilmesi gereken klinik temel yetkinlikler ve hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerle ilgili kendilerini yeterli bulmaktadır.
- Katılımcıların aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı göğüs hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile öz yeterlilik puanlarının değerlendirilmesinde; en yüksek puan ortalamaları sırasıyla öksürük yakınması ile gelen hastanın ayırıcı tanısını ve tedavi sürecini yönetebilme, solunum

sıkıntısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilme ve tedavi sürecini yönetebilme ve yabancı cisim aspirasyonu olan hastanın tanı ve tedavi sürecini yönetebilme olmuştur. Katılımcıların kendilerini en yetersiz gördükleri klinik yetkinlik ise amfizemi olan hastanın tanısını yapabilme ve tedavisini yönetebilme şeklinde olmuştur.

- Katılımcıların aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı göğüs hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları öz yeterlilik puanlarının değerlendirilmesinde; en yüksek puan ortalamaları sırası ile akciğer grafisi yorumlayabilme, alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısını koyabilme ve tedavi sürecini yönetebilme ve acil bir durumda kan gazı tayini, oksimetre uygulama ve yorumlama işlemlerini gerçekleştirebilme olmuştur. Katılımcıların kendilerini en yetersiz gördükleri girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ise immunoterapi ve kemoterapi uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve trakeostomi uygulamasını yönetemeyecekleri yönünde olmuştur.

#### Önerilerimiz:

- Aile hekimliği bölümünde uzmanlık yapan hekimler için klinik ve saha tecrübesinin geliştirilmesi amacıyla uygulamalı konferanslar verilebilir.
- Aile hekimliği bölümünde uzmanlık yapan hekimler için; kendilerini yetersiz gördükleri konular belirlenerek tecrübeli uzmanların yanında rotasyon süresi kısa bir süre olmak üzere uzatılabilir.
- Göğüs hastalıkları rotasyonunda eğitimin niteliğinin geliştirilebilmesi adına eğitimde poliklinik hizmet süreleri uzatılabilir.

## 7. KAYNAKÇA

1. TUKMOS 11.09.2019. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>
2. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Rotasyon Uygulamaları Hakkındaki 82 no' lu TUK Kararı. 21–23/06/2010. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13221/0/rotasyonlarpdf.pdf>
3. Rakel RE. The family physcian. In:Textbook of Family Practice. Philadelphia, Sauners, 1995:2-3
4. Bulut F, Civaner MM. Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, hastalık var!”. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2016;3(2);66-73.
5. Francis Weld Peabody. Journal of Clinical Investigation. 1927;5(1):1.b1-6.  
doi:10.1172/JCI100142
6. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.
7. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner-learning and teaching. London: British Medical Journal. 1972.
8. Pereira Gray DJ. A System of training for general practice. Occasional Paper No. 4. London: Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977.
9. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.
10. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European conference on the teaching of general practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
11. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. Report of the working party on the second European conference on the teaching of general practice (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977;27:117.

12. Alma Ata Bildirgesi. (Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Eylül 1978) Erişim adresi: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1-](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1-)
13. Bernard G. What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995.
14. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
15. Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. British Journal of General Practice. 1998;48(437):1816-1817.
16. Başak O, Aktürk Z, Topsever P. WONCA Europe – 2002. Aile hekimliği / Genel pratisyenlik Avrupa tanımı (Türkçe versiyonu). Çeviri Ed. Başak O. 2003. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3.
17. . Aktürk Z, Yaman H, Topsever P, Akdeniz M. WONCA Europe 2005. Aile hekimliği Avrupa tanımı. Çeviri Ed. Başak O, Saatçi E. 2011. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4.
18. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Evans P. EURACT working group. The European definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2005 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.
19. Mola E, Eriksson T, Bueno MJO, Gay B, Kersnick J, Miftode R ve ark. EURACT working group. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain
20. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000;320:354-357.
21. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de aile hekimliği disiplininin gelişimi. PRN Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(33):425-9.
22. Görpelioğlu S. Aile hekimliğinde tanımlar, kavramlar ve Türkiye’ye özgü durumlar. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Ed: Bozdemir N, Kara İH. Nobel Kitabevi, 2010.

23. Unluoğlu İ. Development of family medicine in Turkey. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC). 2008;2(1):9-10.
24. Çağlayaner H. Aile hekimliğine zemin hazırlayan koşullar. Aile Hek Derg. 1997;1(2):105-108.
25. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. No: 1593. Resmî Gazete 6.5.1930 sayı 1489. Tertip 3. Cilt 11 sayfa 143. Erişim adresi:  
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1593&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>
26. Tababet ve şua bat-ı San' atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11/4/1928 Tertip:3 Cilt:9 Sayfa: 126.
27. Öner C. Tıpta uzmanlık eğitiminde aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Türk Aile Hek Derg 2015;19(4):165-169.
28. Aydın E. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütlenmesi. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1999;5:141-172.
29. Vilayet sıhhat müdür ve hükümet tabipleri ile belediye sağlık işleri müdür ve belediye tabiplerine ait vazife talimatnamesi. Aile Hek Derg. 1997;1(2):109-116.
30. Hükümet tabibinin vazifeleri. Sağlık Dergisi. 1954;28(10):607-619.
31. Seyyar tabiplerin vazifeleri hakkında talimatname. T.C. Resmî gazete 2821, 6.10.1934.
32. Etimesgut içtimai hıfzıssıhha numune dispanseri talimatnamesi. Sıhhiye Mecmuası. 1933;9(61):1-12.
33. Aydın E. Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi. Ankara, Naturel Kitabevi, 2004;13,17-21,36-7,39,42-47,56-57,63.
34. Dirican, MR. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. 1970;7:1-15.
35. Özsarı H. Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2018;47(3):24-27. Erişim adresi:

<https://www.sdplatform.com/Dergi/1107/Birinciden-on-birinciye-kalkinma-planlarinda-saglik.aspx>

36. Öztekin Z. Behçet Salih Uz'un sağlık planı. Sağlıkta Altın Yıllar. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. 2014;73-77.

37. Özel idare hastanelerinin muvazene-i umumiyyeye devri ve 4862 sayılı kanuna bağlı (1) ve (2) sayılı cetvellerde değişiklik yapılması hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete 8458, 10.07.1953.

38. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete 10705, 12.01.1961.

39. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. 1985;158.

40. Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin yazılar. 1983; (Kitaplaşmamış yazılar 1: Sağlık Yönetimi).

41. Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine çalışmalar. Sağlık Dergisi. 1997;3:1-15.

42. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlık kurulları yönetmeliği. RG. 15.3.1969/13149.

43. Çağlayaner H. Türkiye'de aile hekimliğinin tarihi konusunda bir not. Aile Hek Derg. 1997;1(1):59-61.

44. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. 1983. T.C. Resmî Gazete 18230, 21.11.1983.

45. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995.

46. Özdemir K, Ungan M. Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri. Erişim adresi:

<http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2015/02/Aile-Hekimli%C4%9Fi-Tan%C4%B1m%C4%B1-%C3%87ekirdek-Yeterlilikleri-ve-%C3%96zellikleri.pdf>

47. Kar İH, Tolga G, Didem S, Okay B. Aile hekimliği uygulama eğitimi: nerede, ne kadar, nasıl ve ne zaman? Konuralp Tıp Dergisi. 2016;8(1):65-71.
48. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı 2010. Erişim adresi:  
<https://www.tahud.org.tr/file/6c6ee414-06b1-457a-979b45ab54cfbf6f/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itim%20Program%C4%B1%202010.pdf>
49. TAH-YK 2013. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çerçeve programı.  
<https://www.tahud.org.tr/file/ad628fbc-a777-434a-9b3b-770ac9a5fe3a/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itimi%20Mu%CC%88fredat%C4%B1%202013.pdf>
50. Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı 15.11.2017. Erişim adresi:  
<https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/29465/0/aile-hekimligi-mufredat-v23pdf.pdf>
51. Ersoy E, Saatçı E. Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi ve sağlık çevrelerine etkileri. Cöbek Ünalın P, editör. Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.6-13. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-turkiyede-aile-hekimliginin-gelisimi-ve-saglik-cevrelerine-etkileri-90723.html>
52. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni Erişim adresi:  
<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>
53. Aile Hekimlerinin Göğüs Hastalıklarına Bakışı, Ankara Med J, 2014, 14(4): 131-135 , Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/tr/doi/10.17098/amj.10602>
54. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/>
55. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞTİM SÜRECİNDEKİ ROTASYON UYGULAMALARININ VE ROTASYON UYGULAMALARI HAKKINDA GÖRÜŐLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.12619/98188>
56. Yıldırım B, Eğici MT. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri. Ankara Med J, 2018; 18(3): 300-11. Yükseköğretim, Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/538216>

57. Cüce F Sarı O, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Aile Hekimliği Asistanlarının Posteroanterior Akciğer Grafisi Değerlendirme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma, Erişim adresi:  
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/818482>

58. Family medicine residents' skill levels in emergency chest X-ray interpretation  
Erişim adresi: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01390-3>

59. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi, Erişim adresi:  
<http://cmj.cumhuriyet.edu.tr/en/download/article-file/47971>

60. İzmir İlinde Eğitim Alan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Erişim Adresi:  
[https://smyrnatipdergisi.com/dosyalar\\_upload/belgeler/Mesleki%20gereksinim1448889413.pdf](https://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Mesleki%20gereksinim1448889413.pdf)