



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ SAğLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF
ğRENCİLERİNİN TÜRKİYE’DEKİ AİLE
HEKİMLİğİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ
GöRüşLERİNİN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Aşkın Büşra KOÇAK

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL,2022



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ SAğLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF
ğRENCİLERİNİN TÜRKİYE’DEKİ AİLE
HEKİMLİğİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ
GöRüşLERİNİN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Aşkın Büşra KOÇAK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK

Tez Yardımcı Danışmanı

Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen BATMAZ

UZMANLIK TEZİ

İstanbul,2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle her zaman bana yol gösteren, asistanı olmaktan onur ve gurur duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. M. Reşat DABAK’a,

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen kıymetli uzmanlarım Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen BATMAZ, Uzm. Dr. Mehmet Burak AKTUĞLU, Uzm. Dr. Sündüs GÖRÜKMEZ ve Uzm. Dr. Nilüfer TAYLAN’a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ailemizin her bir mensubu olan Aile Hekimliği asistanlarına,

Bugünlere gelmem için çok büyük emek harcayan , her daim yanımda olan ve yoluma ışık tutan biricik annem Songül KOÇAK, sevgili babam Salih KOÇAK, kardeşlerim Dr. Ömer Umut KOÇAK, Ufuk KOÇAK ve Serenay Bahar KOÇAK’a,

En içten sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Aşkın Büşra KOÇAK

İstanbul/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliği.....	3
2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	3
2.1.2. Aile Hekimliği Disiplini ve Çekirdek Yeterlilikler.....	5
2.1.3. Türkiye’de Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	9
2.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi.....	11
2.2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	11
2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	12
2.3. Dünyadan Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri	15
2.3.1. İngiltere	15
2.3.2. Almanya	16
2.3.3. Küba	16
2.3.4. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.).....	17
2.4. Tıp Eğitiminde Aile Hekimliğinin Yeri	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırma Tipi	18
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	18
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKÇA.....	40



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Aile hekimliği rotasyonları ve süreleri	15
Tablo 2.	Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünme sebepleri	21
Tablo 3.	Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeme sebepleri	22
Tablo 4.	Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri	23
Tablo 5.	Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri	27
Tablo 6.	Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimlerini tanıma durumu	29
Tablo 7.	Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimliğini etkin bulma düzeyleri	30
Tablo 8.	Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimliği maaşları hakkında görüşleri	30
Tablo 9.	Cinsiyete göre doğru yanıt verme oranları	31

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Aile hekimliği disiplinin ilkeleri ve aile hekimlerinden talep edilen görevler arasındaki ilişki.....	4
Şekil 2.	Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri.....	5



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	19
Grafik 2. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumlarına göre dağılımı.....	20
Grafik 3. Katılımcıların TUS'ta Aile Hekimliği Uzmanlığını seçme düşüncelerine göre dağılımı.....	20



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile Hekimliği
AHUZEM	: Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü
DÜTF	: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
RIA	: Rahim İçi Araç
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

ÖZET

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

Giriş ve Amaç: Aile Hekimliği, toplumun sağlık açısından iyilik halinin sağlanması ve bunun sürdürülmesini görev edinen klinik bir uzmanlık dalıdır. Bundan dolayı birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temelidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu konuda gerekli adımlar atılmış ve sağlık sistemine entegre edilmeye çalışılmıştır. Bunun en iyi yolu Aile Hekimliği uzmanlıklarının yaygınlaştırılması, Aile Hekimi olacak hekimlerin bilgi düzeyleri ve yetkinliklerinin arttırılmasıdır. Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulaması hakkındaki görüşlerini ve bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerine Aile Hekimliği hakkında görüş ve bilgi düzeylerini sorduğumuz 42 sorudan oluşan bir anket uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS 15,0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Bağımsız iki grupta oranların karşılaştırmaları Ki Kare Testi ile yapıldı. Alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 144 hekim adayının %43,1'i (n=62) kadın, %56,9'u (n=82) ise erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 24,8 olarak bulundu. Çalışmamıza katılan intern hekimlerin %34'ü (n=49) Aile Hekimliği seçmeyi düşündüğünü belirtirken %35,4'ü (n=51) düşünmediğini, %30,6'sı (n=44) ise kararsız olduğunu belirtti. Katılımcılara yöneltilen 21 soruluk bilgi düzeyi ölçeği sorulara verilen doğru yanıt ortalaması 11,3 olmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda intern hekimlerin kariyer hedeflerinde Aile Hekimliğine önemli oranda yer verdiği görülmektedir. Aile Hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi düşünüldüğünde intern hekimlerin bu konuda bilgi düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Bu nedenle tıp müfredatında yapılacak değişikliklerle hem teorik hem de pratik eğitimlerle Aile Hekimliğinin nemi daha iyi anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Tıp Eğitimi, Aile Hekimliği, İtern



ABSTRACT

EVALUATION OF DICLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY 6TH GRADE STUDENTS' OPINIONS AND KNOWLEDGE LEVELS ON FAMILY MEDICINE PRACTICE IN TURKEY

Objectives: Family Medicine is a clinical specialty that aims to ensure and maintain the well-being of the society in terms of health. Therefore, primary health care services are the foundation of the health system. As in the rest of the world, necessary steps have been taken in our country in this regard and have been tried to be integrated into the health system. The best way to do this is to expand the Family Medicine specialties and to increase the knowledge level and competencies of the physicians who will be Family Physicians. In our study, we aimed to evaluate the opinions and knowledge levels of Dicle University Faculty of Medicine 6th grade students about Family Medicine Practice in Turkey.

Materials and Methods : Our study was planned as a cross-sectional study. A questionnaire consisting of 42 questions was applied to the 6th grade students of Dicle University Faculty of Medicine, in which we asked their opinions and knowledge levels about Family Medicine. SPSS 15.0 for Windows program was used for statistical analysis. Descriptive statistics; numbers and percentages for categorical variables, mean, standard deviation, minimum and maximum for numeric variables. Comparisons of the rates in two independent groups were made with the Chi-Square Test. Alpha significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results : Of the 144 physician candidates who participated in our study, 43.1% (n=62) were female and 56.9% (n=82) were male. The median age of the participants was 24,8. While 34% (n=49) of the intern physicians participating in our study stated that they were considering choosing Family Medicine, 35.4% (n=51) stated that they did not, and 30.6% (n=44) stated that they were undecided. The average of correct answers given to the questions measuring the knowledge level of 21 questions directed to the participants was 11.3.

Conclusion : As a result of our study, it is seen that intern physicians give a significant place to Family Medicine in their career goals. Considering the importance of family medicine and primary health care services, intern physicians should have a high level of knowledge on this subject. For this reason, the importance of Family Medicine should be better explained with both theoretical and practical trainings with the changes to be made in the medical curriculum.

Keywords : Medical Education, Family medicine, Intern

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

İnsanlık, tarihin her döneminde sağlıklı olmak ve bunu sürdürmek için çabalamıştır. Farklı coğrafyalarda farklı yöntemlerle yapılan bu girişimler zamanla bilge ve esrarengiz kişilikler doğurmuştur. Bu tecrübelerden doğan bilgiler usta-çırak ilişkisiyle de gelecek nesillere aktarılmış bu da bir nevi tıbbın temelini oluşturmuştur.

18. yüzyıldan itibaren sanayi devriminin de etkisiyle artan bilgi birikimi tıp dünyasını da etkilemiş değişmeye ve gelişmeye zorlamış. Bunun sonucunda uzmanlaşma süreci başlamıştır. Fakat bu gelişme beraberinde bazı olumsuzlukları da getirmiş ve aşırı uzmanlaşmaya neden olmuş artık hekimler hastalara bütüncül yaklaşamamış bu da hekim-hasta ilişkisini kötü etkilemiştir(1).

Bu süreç sonucunda yeni bir tıp dalına ihtiyaç duyulmuş ve Aile Hekimliği ortaya çıkmıştır. İlk olarak Francis Peabody 1923 yılında bazı sorunlara dikkat çekerek yeni bir uzmanlık dalına olan ihtiyacı savunmuştur(2).

Bu görüş ışığında ilk olarak İngiltere, 1952 yılında Royal College of General Practitioners'ı kurmuştur. Bunu takiben American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) 1966 yılında Milis ve Willard Raporları'nı yayınlamış 3 yıl sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur(3,4).

Zamanla insanlar artık sadece hayatta kalmayı değil sağlıklı olup bu halin sürdürülmesini amaçlamıştır(5).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır; "Sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur(6)."

Bu tanımdan da anlayacağımız üzere sağlığın korunması ve bunun sürdürülmesi daha önemli bir hal almaya başlamıştır. Ülkeler de buna yönelik adımlar atmaya başlamış ve aile hekimliği kürsüleri kurulmaya başlamıştır(7).

Ülkemizde de 1. Basamak sağlık sisteminin önemi anlaşılmış ve buna yönelik ilk defa 5 Temmuz 1983 'te Tababet Uzmanlık Tüzüğünde, Aile Hekimliği Uzmanlığı yer almıştır. İlk

Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde kurulmuştur. 1985 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde mezuniyet sonrası eğitimi başlamıştır. YÖK'ün aldığı kararla 1993 yılında Tıp Fakólterinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması yönünde karar alınmıştır(8).

6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Resmi Gazete'de yayınlanmasıyla, pilot uygulama ilk defa Düzce ilinde uygulamaya konulmuş ve 2010 yılında da tüm ülkede Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır(9).

1.2. Amaç

Araştırmamızda, Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi 6. Sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

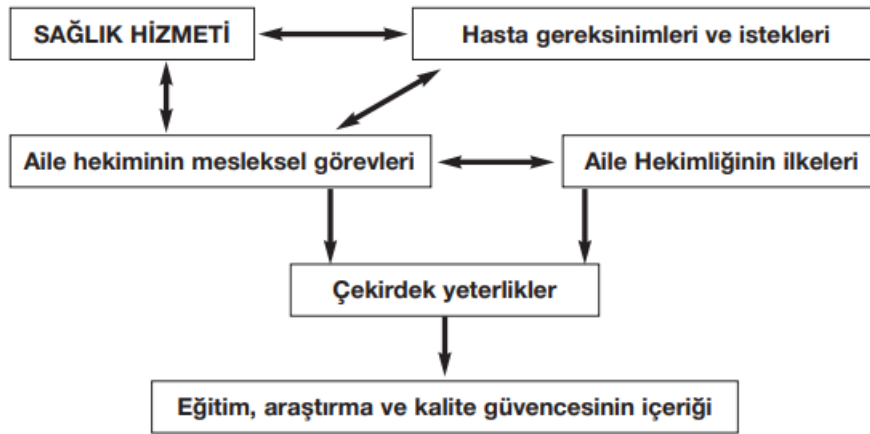
Aile hekimliği, farklı ülkeler tarafından farklı tanımları olan ve zamanla değişen bir kavramdır. Aile hekimliğinin tarihi çok eskiye dayanmamaktadır.

1974 yılında Leeuwenhorst grubu “Avrupa’da Genel Pratisyen” başlıklı bildirgesini hazırladı. Leeuwenhorst’a göre aile hekimliğinin tanımı şu şekildedir; ; “Genel Pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır(10).”

Leeuwenhorst’tan sonra onu izleyen ve kökenleri bakımından büyük ölçüde ona benzeyen iki tanım, WONCA 1991 ve Olesen 2000 tanımları yapılmıştır. WONCA 1991 tanımına göre ; Aile Hekimi kavramı Genel pratisyen ve Aile Hekimi olarak geçer. Bu hekimler sağlık hizmetine ihtiyaç duyan herkes için kapsamlı bir tedavi düzenleyen gerekirse diğer branş hekimleri ve sağlık çalışanlarını bu tedavi sürecine dahil etme sorumluluğuna sahip hekimdir. Genel pratisyen/Aile Hekimi sağlık hizmeti isteyen herkesi kabul eder. Fakat diğer diğer branşlarda hastaların yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı durumlarla ilgili olarak hastaların başvuracağı hekimler değişiyor. Genel pratisyen / Aile Hekimi din, ırk, kültür ve toplumsal sınıf ayırt etmeksizin herkese eşit şekilde yaklaşır ve hem aile hem de toplum düzeyinde sağlık hizmeti sunar. Bireyleri tedavi ederken sadece hastalığa odaklanmaz kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik durumlarını da hesaba katarak kapsamlı bir sağlık hizmeti sunar. Bu sağlık hizmetinin kapsamlı ve sürekli olması sorumluluğunu üstlenir. Genel pratisyen /Aile Hekimi mesleki görevlerini toplumun sağlık gereksinimlerini ve elindeki kaynaklara ve imkanlara göre doğrudan ya da dolaylı bir şekilde yerine getirir (11).

2000 yılına geldiğimizde Olesen şöyle bir tanım yapmıştır; “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(12).”

WONCA tanımı 2002 yılında şu şekilde güncellemiştir; “Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır(7).”



Şekil 1. Aile hekimliği disiplinin ilkeleri ve aile hekimlerinden talep edilen görevler arasındaki ilişki(13).

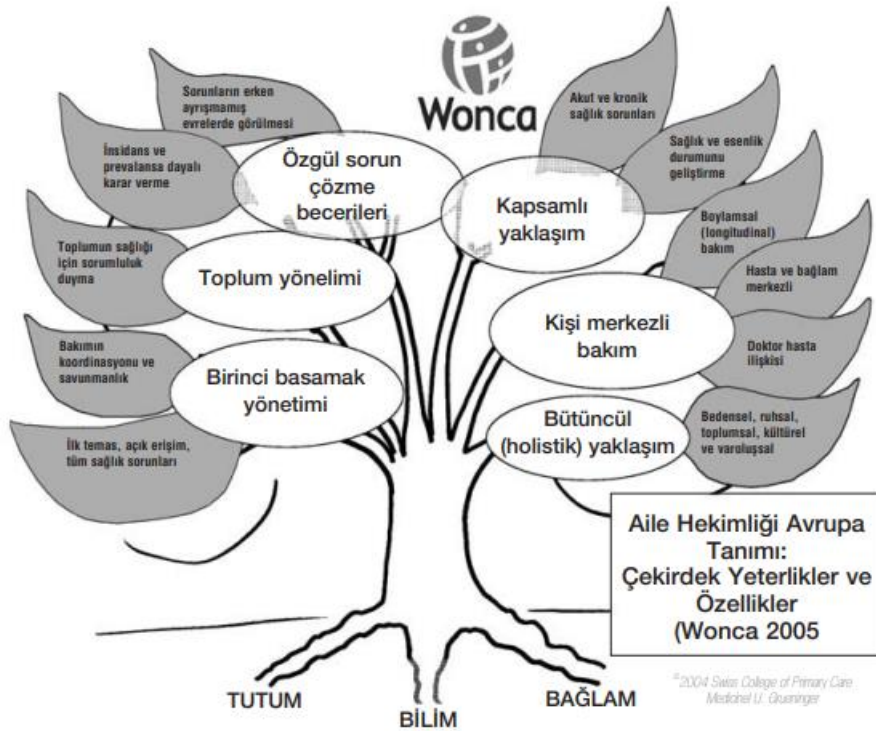
Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tanım şu şekildedir; “Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan Aile Hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir(14).”

2.1.2. Aile Hekimliği Disiplini ve Çekirdek Yeterlilikleri

Türkiye’de Aile Hekimi olmak için uzmanlık şart değildir. Mezun ya da uzman bir hekim Aile Hekimi olabilir.

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak 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(14).

Aile hekiminin tanımının gerektirdikleri ve disiplin özelliklerinin sonucu WONCA ilk defa 2002 yılında olmak üzere, Aile Hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini ortaya koymuştur. Daha sonra 2011 yılında güncellenerek günümüzdeki halini alan bu yapı “WONCA Çekirdek Yeterlilikler Ağacı” olarak bilinmektedir(3).



Şekil 2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri(13).

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

1) Birinci basamak yönetimi

İki özellik barındırıyor.

-İlk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları

-Hasta savunuculuğu ve koordinasyon

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

Aile hekimleri diğer sağlık merkezleri ile koordinasyon kurar ve diğer tıp branşlarıyla teması sağlar. Bu temas sayesinde uygun kişilerin uygun bölümlere yönlendirilmesi sonucu gereksiz test ve tetkik istenmemiş, aynı zamanda yetersiz ve aşırı dozda tedaviden kaçınılmış olur. Aile Hekimliğinin bu özelliği sayesinde kaynaklar daha etkin kullanılmış olur ve maliyet etkin bir sistem ortaya konulmuş olur.

2) Kişi merkezli bakım

Dört özellik barındırıyor

-Doktor-hasta ilişkisi

-Hasta-ortam merkezli olma

-Süreklilik

-Hastayla ortak karar verme

Aile hekimi etkili bir doktor- hasta ilişkisini sağlar birinci basamak değerlendirmesi oluşturur ve uygular. Problem çözümünde hastanın da fikrini alır ve ortak karar alır. Bu yöntem problemin çözümünde kolaylık sağlar. Hekim ile hastası arasındaki yakınlıktan dolayı hasta zamanla giderek daha da bilinç sahibi olur ve koruyucu hekimliğinin yayılması daha da kolaylaşır. Bu da toplumda sağlıklı olma halini daha kolaylaştırır.

Bu iyilik halinin sürekliliği de yine aile hekiminin sorumluluğundadır. Her yaştan insan doğumundan ölümüne kadar aile hekiminin takibinde olur.

3) Spesifik problem çözme becerisi

İki özellik barındırıyor.

-Hastalıkların prevalans ve insidansına göre karar verme

- Ayrışmamış hastalıklar

Aile hekimi ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmeli ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmalıdır. Bu da gösteriyor ki aslında hastaya en yakın branş aile hekimidir. Çünkü hiçbir ön eleme olmamasından dolayı Aile Hekimliğindeki insidans ve prevalans değerleri, ikinci ve üçüncü basamaktaki değerlerden farklıdır fakat toplumdaki değerlere en yakın basamak Aile Hekimliğidir(15).

4) Kapsamlı yaklaşım

İki özellik barındırıyor.

-Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek

-Sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi

Aile hekimi şikayeti olan hastanın tedavisi ve gerekli branşlara yönlendirilmesi gibi görevleri yanında bir de iyilik halinin sürdürülmesi ve koruyucu hekimliğin tüm topluma yayılması konusunda da sorumluluk sahibidir.

5) Toplum yönelimli olma

Bir özellik barındırıyor.

- Toplumun sağlığından sorumlu olma

Bireyler bir araya gelerek toplumları oluşturur. Bu yüzden bireyi toplumla beraber ele almak lazım. Aile hekimi toplumun karşılaşılabileceği sorunlara karşı sorumluluk alır ve bu konuda çözümler üretir. Örneğin bulaşıcı bir hastalık çıktığı an bunu teşhis ve tedavi eder.

Gereken yerlere bildirir böylelikle toplum sağlığını kötü yönde etkileyecek bir durumu daha başlangıçta kontrol altına almada görev alır.

6) Bütüncül yaklaşım-modelleme

Bir özellik barındırıyor.

-Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi.

Sağlık: “bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyilik hali “ tanımını yapan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aslında insanları, onları oluşturan bütün etmene karşı bütüncül bir tedaviyi işaret eder.

Aile hekimi toplumu, “biyopsikososyal” yapısına göre değerlendirir. Öncelikle buna hakim olur toplumu tanır ve geliştireceği yöntemleri ona göre seçer. Problemleri fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşçu boyutlarıyla ele alarak sağlığın geliştirilmesine katkı sağlar(16).

Wonca Ağacının dal ve yaprakları Aile Hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini temsil ederken ağacın gövde ve kök dalları Aile Hekimliğinin temel özelliklerini temsil etmektedir.

Bir aile hekimi klinik görevlerden, hastalarla iletişimden ve çalıştığı muayenehanenin yönetiminden sorumludur. Aynı zamanda Aile Hekimliği disiplininin üç temel özelliğine sahip olmak durumundadır. Bu üç özellik şunlardır:

a: Tutumla ilgili: Hekimliğin gerektirdiği yetenek ve bilgilere sahip olma ve meslek etiğine aykırı davranmamak

b: Bilimsel: Bir bilim insanı olarak kendisini sürekli geliştirip bilime katkıda bulunmak

c: Bağlamla ilgili: Toplumu her yönüyle ele alıp bunlar arasında bağlantı kurarak değerlendirmek(16).

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

Türkiye’de aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları; hangi şartlarda kimlerle çalışacağı, nüfus başına düşmesi gereken aile hekimi sayısı, aile sağlığı merkezinde hangi ekipmanların bulunacağı 25.01.2013 tarihli 28539 sayılı Resmî Gazete’nin Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde açıkça belirtilmiştir. Bu yönetmeliğe göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

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

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

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

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

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

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

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

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

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları

(kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

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

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

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

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

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

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

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

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

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak(17).”

2.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

2.2.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

19. Yüzyılda dünya açısından çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. Sanayi devrimi ile birlikte nüfus hızla artmış bilgiye ulaşmak da çok daha kolay hale gelmiştir. Artan nüfusla birlikte tıp dünyasında da önemli değişimler yaşanmıştır. Bu dönemde hekim sayısı artmış ve hızla branşlaşmaya gidilmiştir. 1892 yılında Osler'in "Branşlaşma Hakkında Görüşleri" söylevinin bunda büyük etkisi olmuştur(18).

Buna ilk tepki Dr. Francis Peabody tarafından gelmiştir. Dr. Peabody hızla branşlaşmayı eleştirirken hastalara daha bütüncül yaklaşacak bir uzmanlık dalı ihtiyacını gündeme getirmiştir(19).

İlk defa 1947 yılında A.B.D ' de American Board of General Practice kuruldu. Sonra 1952'de İngiltere'de Royal College of General Practitioners kuruldu(20). Böylelikle Aile Hekimliğinin ismi daha çok gündeme gelmeye başladı. Yine de bu süreç yavaş ilerledi Aile Hekimliğine geçiş 1960'lı yıllardan sonra ivme kazanmaya başladı(21).

1966 yılında Aile Hekimliğinin kilometre taşları olan Millis ve Willard raporları yayınlandı. Bu raporlarda mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliğinden ve "Family Practice" olarak adlandırılan yeni bir uzmanlık alanının kurulmasından bahsedilmektedir(21).

Bu gelişmelerin ışığında 1972 yılında 18 ülkenin üyeleri tarafından Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) kurulmuştur. Günümüzde WONCA 131 ülkede, dünya nüfusunun %90'ından fazlasına hitap eden yaklaşık 500.000 aile hekiminin üye olduğu 118 üye organizasyonuna sahiptir(22).

1978'de Alma-ata 'da yapılan konferansla birlikte herkese sağlık fikri tıp dünyasına iyice yerleşmiştir. Alma-Ata Bildirgesi sağlığın bir insan hakkı olduğu ile başlar, sağlık eşitsizliklerini politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez bulur(23).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün 1998'de yayınladığı raporda sağlık hizmetlerinin temelini birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturması ve Aile Hekimliği uzmanlığının önemi tekrardan vurgulanmıştır(24).

Avrupa Birliği (AB) tarafından 2001-2006 yılları arasında “Halk Sağlığı Programı” hazırlanmış ve programla koruyucu hizmetlerin öneminden bahsedilmiş, yine bu programla mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin önemi vurgulanmıştır(7).

2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Anadolu tarihte hem bilimsel hem de kültürel açıdan modern uygarlığa birçok konuda öncülük etmiş bir toprak parçasıdır. Bu bilim dallarından biriside tıptır(25).

Geçmişte sağlık dahil birçok konuda ileride olmamıza rağmen sonraları, ülkemizi yönetme ve geliştirmede, batının bilimsel, sosyal ve ekonomik gelişmelerine ayak uyduramadığı için, her alanda ve bu arada sağlık hizmetlerinde de bir gerileme başlamıştır. 19. yüzyılda sağlık hizmetlerinde ilerleme çabalarının başladığını görmekteyiz. Örneğin, 1827’de çağdaş tıbbi öğreten bir okul açılmış, 1861’de “Tababet-i Belediye Nizamnamesi” ile belediye sağlık örgütü ve 1870 de “İdare-i Umumiye-i Tıbbiye” ile memleket hekimlikleri kurulmuştur(26).

14 Mart 1827 yılında İstanbul’da Tıphane-i Amire ve ardından Cerrahhane-i Mâmore’nin kurulması Türk Tıp Tarihi için kilit taşları olarak kabul edilmektedirler. Fakat yapılan zorlu savaşların da etkisiyle hekim sayısı istenilen düzeye getirilememiştir(26).

Cumhuriyet’in kurulmasıyla hükümet tabiplikleri kurulmuş fakat koruyucu hekimlik istenilen düzeye getirilememiştir. 1961 anayasasında ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun’’ kabul edilmesiyle birlikte sağlık ocaklarının açılması başlamış, hükümet tabiplikleri sağlık ocağı hekimi olarak görev yapmaya başlamıştır. 1961 Anayasası ile ülkemizde, tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu ilkesi kabul edilmiştir. Fakat gelişmiş ülkelere nazaran Aile Hekimliği sisteminde geride kalınmıştır(27).

Ülkemizde modern tıbbın gelişmesi ve toplumun sağlık algısının değişmesi Türkiye’de de Aile Hekimliğini zorunlu kılmaktaydı. 1983 yılına gelindiğinde ilk defa Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer aldı ve yeni bir uzmanlık dalı ortaya çıkmış oldu(28).

Bunu takiben 1984 yılında Gazi Üniversitesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş, peşinden 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimleri başlamıştır(29).

22 Haziran 1990 tarihinde Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulmuş.22 Mart 1998 tarihinde, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ismini almıştır(30).

1993 yılında "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim dalları kurulmaya ve asistan eğitimine başlanmıştır. Yine 1993 yılında ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" düzenlenmiştir. Aynı yıl içerisinde Bilecik ili pilot il seçilerek Aile Hekimliği temelli uygulamalar yapılmaya başlanması planlanmış fakat istenilen başarıya ulaşılamamıştır(31).

2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Acil Eylem Planı” açıklanmış olup, bu planda “Herkesin Sağlığı” başlığıyla temel hedefler açıklanmıştır. 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” duyurulmuştur. Bu programla koruyucu hizmetler ön plana çıkarılmış ve Aile Hekimliğine geçiş süreci hızlandırılmıştır(32).

24 Kasım 2004 tarihinde “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” un çıkarılmasının ardından, 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” in Resmî Gazete ‘de yayınlanmasıyla beraber Düzce ilinde 15 Eylül 2005 tarihinde Aile Hekimliği pilot uygulaması başlatıldı. Bir yıl içerisinde Düzce iline on il daha eklenerek pilot uygulamanın kapsamı genişletildi(33,34).

2005 yılında Düzce’de ‘‘Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi’’ isimli 6 günlük eğitim programları düzenlenmiş, 2012 yılında ise Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesince hazırlanmış olan ‘‘2. Aşama Uyum Eğitimleri’’ Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Modülü (AHUZEM) ile eğitimler sürdürülmüştür(35).

2010 yılında da tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapıldı(31).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre toplam aile sağlığı merkezi sayısı 7979, toplum sağlığı merkezi sayısı 776, aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus ise 3405 kişidir. Aile Hekimliğine müracaat ise 2018 yılı için 258 436 607’dir(36).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi Türkiye’de mezuniyet sonrası 3 yıldır. 3 yıl sürecince 18 ay rotasyon, 18 ayda Aile Hekimliği üzerine eğitimler sonucunda uzmanlık belgesi verilir. Yapılması zorunlu olan rotasyonlar; İç Hastalıkları (4 ay), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (4 ay), Kadın Hastalıkları ve Doğum (3 ay), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2 ay), Acil Tıp (1 ay), Kardiyoloji (1 ay), Göğüs Hastalıkları (1 ay), Deri ve Zührevi Hastalıkları (1 ay) ve Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon veya Genel Cerrahi (1 ay)rotasyonları olmak üzere 18 ayı kapsamaktadır(37). (Tablo 1)



Tablo 1. Aile hekimliği rotasyonları ve süreleri

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

2.3. Dünyadan Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarına baktığımız zaman bunun ülkelerin nüfus yapısından, sosyal ve ekonomik yapıdan etkilendiği ve hem isim olarak hem de pratikte farklı yaklaşımlar ortaya çıktığını görüyoruz.

2.3.1. İngiltere

İngiltere’de Aile Hekimliği uygulamaları ile ilgili olarak 1952 yılında “Royal College of General Practitioners” (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Bu gelişme Aile Hekimliğinin tarihsel gelişimi açısından çok önemlidir.(38).

Tıp fakültelerinde AH’nin ana hatlarının eğitimi üniversitelerdeki AH kürsülerinde verilmektedir. AH uzmanlık eğitimi 1979 yılında zorunlu hale getirildikten sonra bir yıllık

intörnlük dönemi olur. Daha sonra hekimler 2 yıl hastanede, 1 yıl ise sahada daha önce bu eğitimlerden geçen tecrübeli bir aile hekiminin yanında çalışarak uzman olmaktadır(39).

1948 yılında National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri) teşkilatı kurulmuştur. Sağlık hizmetinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kişiler, genel pratisyenlere başvurur gerekli gördüğü takdirde ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurulabiliyor. Genel pratisyenler gerekli görmezse sevk edilmez(40).

2.3.2. Almanya

Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle AH uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı mevcuttur. Aile Hekimliği uzmanı olabilmek için zorunlu bitirme sınavı uygulanıyor. Birinci basamakta çalışmak isteyen hekimler için AH uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir(41).

Almanya’da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimi kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ortaklaşa üstlenir(41).

2.3.3. Küba

Küba’da 1970’li yıllara kadar hâkim sağlık hizmet birimi poliklinikler olup, bu dönemde yaşanan bazı olumsuzluklar sistemde yeni bir düzenleme yapma zorunluluğuna neden oluyor. Bunun üzerine ülkede 1984 yılında “aile hekimliği” uygulamasına geçildi(42).

“ Aile hekimliği, Küba sağlık sisteminin toplumun tüm katmanlarına evrensel ve kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunabilmesindeki en önemli programı. Küba’da hekim-hasta ilişkileri Batı ülkelerinin tersine oldukça sosyal ve enformeldir(42).”

Birincil bakımdaki başarının temel faktörü sağlığın sosyal belirleyicilerini geliştirmek için yerel düzeyde çeşitli sektörler arasında hızlı işbirliği yapılması. Aile hekimi kendi yerel alanındaki örgütlerle devamlı iletişim halinde olup, tespit ettiği sorunları rapor halinde üst makamlara periyodik olarak iletiyor. Kurumlar arasında sağlanan bu işbirliği merkezi otoritenin iradesi ile sağlanıyor(43).

Küba sağlık sisteminin bu kadar başarılı olmasının sebebi şüphesiz birinci basamak sağlık sisteminin güçlü ve etkili olmasıdır.

2.3.4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD çok eyaletli yapısından dolayı her eyaletin kendi sağlık örgütü bulunmaktadır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası 3 yıldır(44).

A.B.D. 'de düzgün uygulanan bir sevk sistemi yoktur. Hastalar hekimlerinin yönlendirmesi ile ya da özel sağlık sigortalarının kapsamı dahilinde uygun hekimlere başvurabilmektedir(45).

Amerikan Aile Hekimliği Kurulu (American Board of Family Practice) sertifikasyon sürecinden sorumlu kurul olarak görev yapmaktadır. Ücretlendirme kişi ve hizmet bazlı olarak değerlendirilip hesaplanmaktadır(21).

2.4. Tıp Eğitiminde Aile Hekimliğinin Yeri

Aile hekimliği henüz genç bir anabilim dalı olmasına rağmen hızla büyümekte hem Türkiye’de hem de dünyada emin adımlarla yayılmaktadır.2022 yılı itibariyle TAHUD verilerine göre anabilim dalı sayısı 79 ve Eğitim-Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği sayısı 35 olmak üzere profesör ve doçent sayısı 56, doktor öğretim üyesi sayısı 71, başasistan sayısı 20, eğitim görevlisi ile eğitim ve idari sorumlu sayısı 10 ve uzman sayısı 50 olan akademik bir kadro oluşmuştur(30,46).

Görev ve süre olarak Üniversitelere göre değişkenlik gösterse de mezuniyet öncesi 6 yıllık tıp eğitiminde Aile Hekimliği stajı vardır ve öğrenciler teorik ve pratik olarak 1. Basamak sağlık hizmetleri konusunda eğitim görür.

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırmamız 01.10.2022 ve 01.12.2022 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde (DÜTF) internet üzerinden anket doldurma yöntemi ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Etik kurula başvurulduğu sırada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 180 6. Sınıf Öğrencisi evreninden %5 hata payı ile %90-%99 arasında güvenlik düzeyi ile 109 öğrencinin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiş ve toplam 144 öğrenci çalışmaya katılmıştır.

3.4. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

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

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu aracılığı ile toplandı. Anket formları oluşturulurken sıra ile araştırmacı tarafından literatür taranarak amaca uygun anket soruları belirlendi. Anket formu oluşturulduktan sonra formun uygunluğu uzmanlar tarafından denetlendi ve uygun şekilde revize edildi.

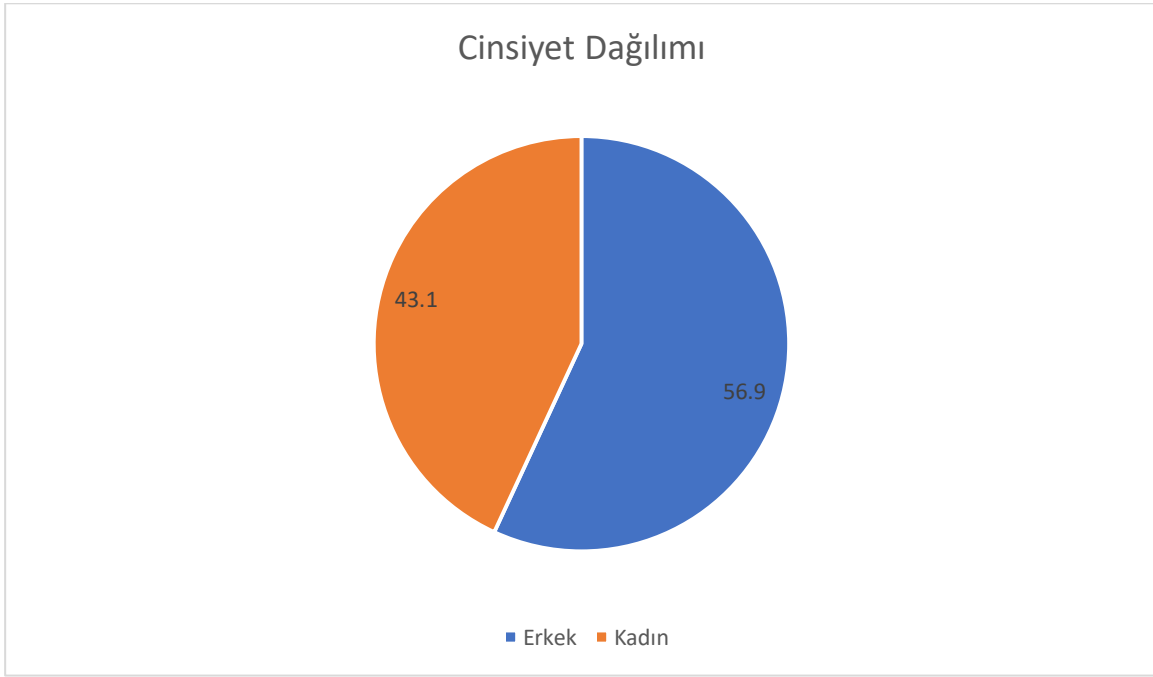
42 sorudan oluşan anket formu oluşturuldu. Anket formu demografik veriler, eğitim hayatı ve hedefler ile ilgili çoktan seçmeli ve açık uçlu 7, Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki düşünceleri içeren puanlamalı 14, Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen 21 sorudan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Bağımsız iki grupta oranların karşılaştırmaları Ki Kare Testi ile yapıldı. Alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

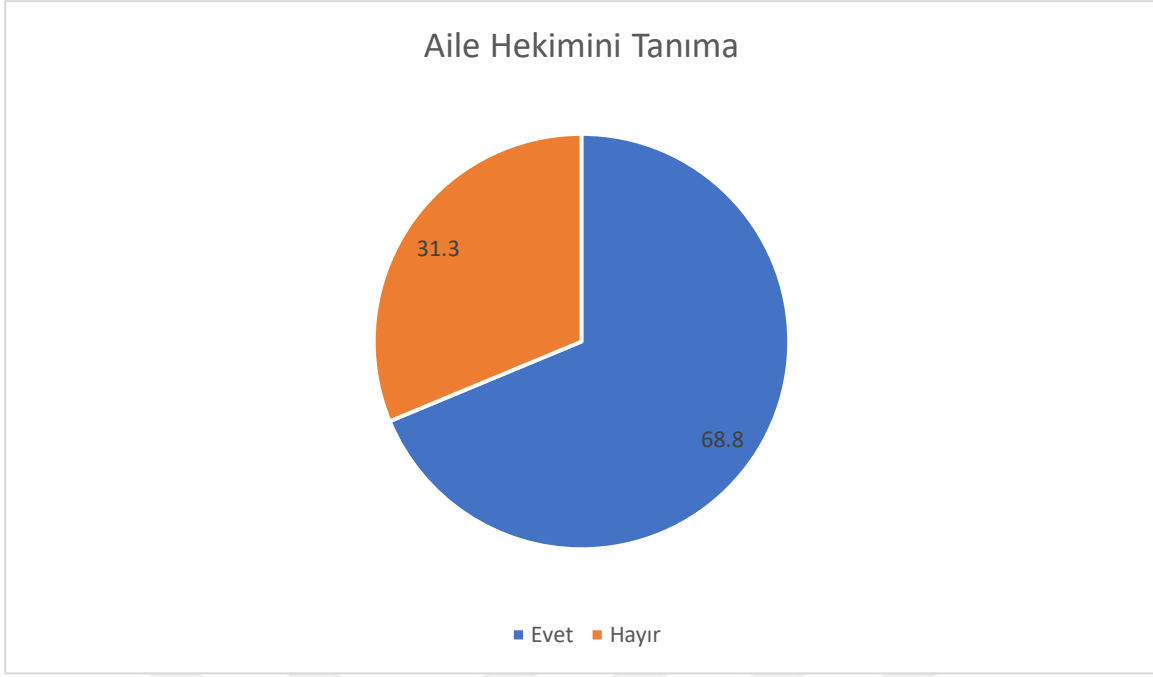
Araştırmamıza katılan 144 katılımcının %43,1'i (n=62) kadın, %56,9'u (n=82) ise erkekti (Grafik 1).



Grafik 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı

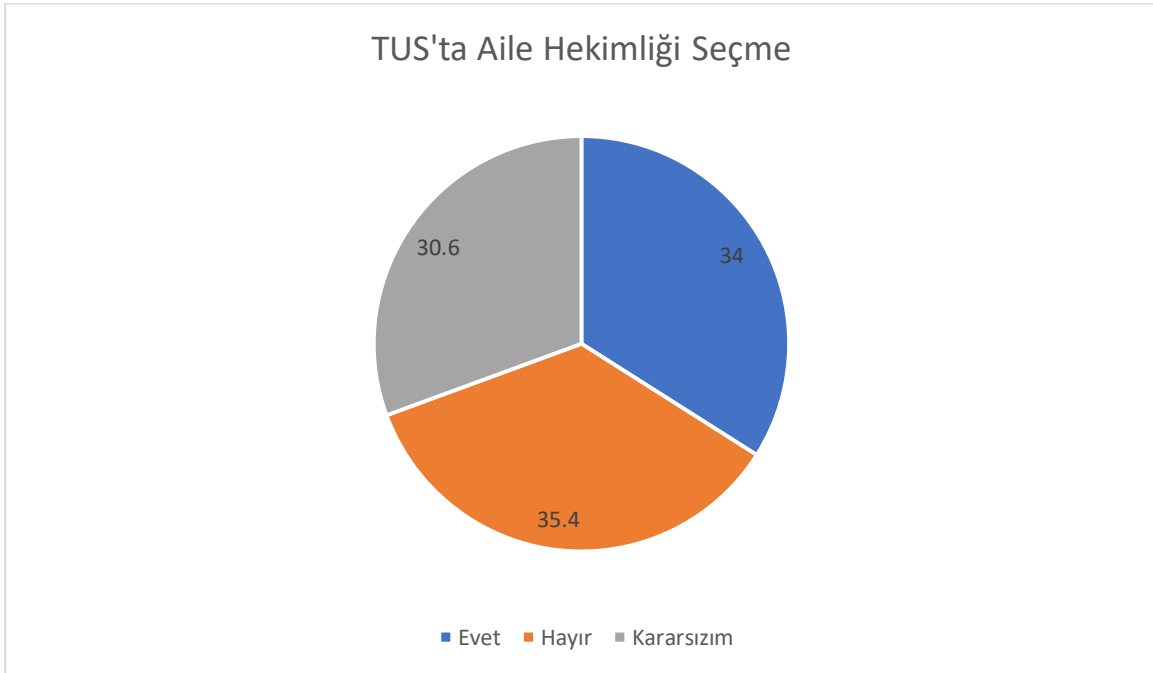
Katılımcıların yaş ortalaması $24,8 \pm 2,2$ (22-38) olarak hesaplandı.

Katılımcılara “Aile hekiminizi tanıyor musunuz?” diye soruldu. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar 68,8'i (n=99) evet, %31,3'ü (n=45) ise hayır oldu (Grafik 2).



Grafik 2. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumlarına göre dağılımı

Katılımcılara “Tıpta uzmanlık sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünür müsünüz?” şeklinde soru soruldu. Bu soruya katılımcılar %34 (n=49) evet, %35,4 (n=51) hayır, %30,6 (n=44) kararsızım şeklinde cevaplar verdi (Grafik 3).



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

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

Tablo 2: Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünme sebepleri

Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünüyorsanız sebepleri nelerdir?	Evet	
	n	%
Gelirinin yüksek olması	12	13,3
Hedefim olan bölüm olması	6	6,7
İş yükünün görece az olduğunu düşünmem	78	86,7
Acil, yoğun bakım, servis vs. yönlerinin olmaması	62	68,9
Birinci basamakta çalışma isteği	15	16,7
Sağlık sisteminin temelinde Aile Hekimliğinin olduğunu düşünmem	18	20,0
Hastane ortamında çalışmama isteği	28	31,1
Akademik yükselme imkanının nispeten daha fazla olması	4	4,4
Malpraktis ve dava edilme riskinin az olması	39	43,3

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

Tablo 3: Katılımcıların Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeme sebepleri

Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmüyorsanız sebepleri nelerdir?	Evet	
	n	%
İdealimde başka branş olması	69	67,6
Gelirinin yetersiz olması	24	23,5
İş yükünün görece fazla olduğunu düşünmem	1	1,0
Yeterince prestijli bulmamam	20	19,6
Mesleki tatmininin az olduğunu düşünmem	22	21,6
Tıp dışı gereksiz bürokratik işlerinin fazlalığı	9	8,8
Pratisyen olarak da Aile Hekimliği yapabilecek olmam	10	9,8

Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi için iki farklı değerlendirme anketi sonuçları tablo 4 ve tablo 5'te verilmiştir. "Aile hekimi olmak için uzmanlık gereksizdir." sorusuna katılımcıların %25,2'si (n=36) "Hiç katılmıyorum", %35,7'si (n=51) "Katılmıyorum", %20,3'ü (n=29) "Kararsızım", %11,9'u (n=17) "Kısmen katılıyorum" ve %7'si (n=10) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevaplar verdi.

"Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum." sorusuna katılımcıların %14,6'sı (n=21) "Hiç katılmıyorum", %12,5'i (n=18) "Katılmıyorum", %31,3'ü (n=45) "Kararsızım", %36,8'i (n=53) "Kısmen katılıyorum", %4,9'u si (n=7) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevaplar verdi.

Katılımcılara "Sağlık hizmeti talebinde ilk başvuru yeri aile hekimi olmalıdır." sorusu yöneltildi. Katılımcıların %0,7'si (n=1) "Katılmıyorum", %5,6'sı (n=8) "Kararsızım", 28,2 si% (n=40) "Kısmen katılıyorum" ve %65,5'i (n=93) "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevap verdi.

“Tıbbi problemlerin yönetilmesinde aile hekimlerine güvenirim.” sorusuna katılımcıların %0,7’si (n=1) “Hiç katılmıyorum”, %7,6’sı (n=11) “Katılmıyorum, %22,2’si (n=32) “Kararsızım, %50’si (n=72) “Kısmen katılıyorum” ve %19,4’ü (n=28) “Tamamen katılıyorum” şeklinde cevap verdi.

Tablo 4: Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri

		Total	
		n	%
Tıp fakültesinde aldığım eğitimin Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi ve yeterlilik verdiğini düşünüyorum	Hiç katılmıyorum	21	14,6
	Katılmıyorum	18	12,5
	Kararsızım	45	31,3
	Kısmen katılıyorum	53	36,8
	Katılıyorum	7	4,9
Türkiye’deki Aile Hekimliği uygulamasını etkin buluyorum.	Hiç katılmıyorum	27	18,8
	Katılmıyorum	51	35,4
	Kararsızım	29	20,1
	Kısmen katılıyorum	30	20,8
	Katılıyorum	7	4,9
Türkiye’deki Aile Hekimliği uygulamasını gerekli buluyorum.	Hiç katılmıyorum	1	0,7
	Katılmıyorum	1	0,7
	Kararsızım	8	5,6
	Kısmen katılıyorum	43	30,1
	Katılıyorum	90	62,9
Gelecekte Aile Hekimliği uygulamasının yerini yapay zeka alabilir.	Hiç katılmıyorum	33	23,1
	Katılmıyorum	48	33,6
	Kararsızım	37	25,9

	Kısmen katılıyorum	23	16,1
	Katılıyorum	2	1,4
Aile hekimi olmak için uzmanlık gereksizdir.	Hiç katılmıyorum	36	25,2
	Katılmıyorum	51	35,7
	Kararsızım	29	20,3
	Kısmen katılıyorum	17	11,9
	Katılıyorum	10	7,0
Sağlık hizmeti talebinde ilk başvuru yeri aile hekimi olmalıdır.	Katılmıyorum	1	0,7
	Kararsızım	8	5,6
	Kısmen katılıyorum	40	28,2
	Katılıyorum	93	65,5
Hastalar aile hekimlerine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine başvuramamalıdır.	Hiç katılmıyorum	4	2,8
	Katılmıyorum	10	7,0
	Kararsızım	7	4,9
	Kısmen katılıyorum	35	24,5
	Katılıyorum	87	60,8
Aile hekimleri haftanın her günü ulaşılabilir olmalıdır.	Hiç katılmıyorum	20	14,0
	Katılmıyorum	27	18,9
	Kararsızım	24	16,8
	Kısmen katılıyorum	37	25,9
	Katılıyorum	35	24,5
Yeni mezun hekimlerin direkt aile sağlığı merkezlerine atanması gerektiğini düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	9	6,3
	Katılmıyorum	20	14,0
	Kararsızım	31	21,7
	Kısmen katılıyorum	45	31,5
	Katılıyorum	38	26,6
Aile hekimlerinin yaptıkları işe göre az maaş aldıklarını düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	2	1,4
	Katılmıyorum	13	9,1
	Kararsızım	35	24,5
	Kısmen katılıyorum	33	23,1
	Katılıyorum	60	42,0
	Hiç katılmıyorum	33	22,9

	Katılmıyorum	40	27,8
Aile hekimlerinin toplum içinde yeterince saygınlığı olduğunu düşünüyorum.	Kararsızım	42	29,2
	Kısmen katılıyorum	21	14,6
	Katılıyorum	8	5,6
Aile hekimlerinin randevu sistemi ile çalışması gerektiğini düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	14	9,7
	Katılmıyorum	25	17,4
	Kararsızım	32	22,2
	Kısmen katılıyorum	41	28,5
	Katılıyorum	32	22,2
Bir aile hekimine bağlı nüfusun azaltılması gerektiğini düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	4	2,8
	Katılmıyorum	13	9,0
	Kararsızım	32	22,2
	Kısmen katılıyorum	45	31,3
	Katılıyorum	50	34,7
Aile Hekimliği bünyesinde verilen bazı hizmetler ücretli olmalıdır	Hiç katılmıyorum	28	19,4
	Katılmıyorum	43	29,9
	Kararsızım	30	20,8
	Kısmen katılıyorum	21	14,6
	Katılıyorum	22	15,3
Tıbbi problemlerin yönetilmesinde aile hekimlerine güvenirim.	Hiç katılmıyorum	1	0,7
	Katılmıyorum	11	7,6
	Kararsızım	32	22,2
	Kısmen katılıyorum	72	50,0
	Katılıyorum	28	19,4

“Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri için sorulan 21 soruya verilen ortalama doğru cevap sayısı ortalama $11,3 \pm 3,1$ (minimum:0; maximum:21) olarak bulundu. Katılımcılar “Aile hekimi tüm hastalıklarla ilgilenir.” sorusuna katılımcıların %22,9’u (n=33) “Evet”, %67,4’ü (n=97) “Hayır” ve %9,7’si (n=14) “Fikrim yok” şeklinde cevaplar verdi.”

Katılımcılara “Aile hekimi çevre sağlığı konularında (İçme suyu hijyeni, hava kirliliği vs.) doğrudan sorumludur.” sorusu soruldu. Katılımcıların %34,0’ ü (n=49) “Evet”, %45,1’i (n=65) “Hayır” ve %20,8’i (n=30) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

“Aile hekiminin reçete ettiği raporlu/raporsuz tüm ilaçlar SGK tarafından ödenir.” sorusuna katılımcıların %17,4’ü (n=25) “Evet”, %47,2’si (n=68) “Hayır” ve %35,4’ü (n=51) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

Katılımcılara “Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir.” Sorusu yöneltildi. Katılımcıların %37,5’i (n=54) “Evet”, %41,7’si (n=60) “Hayır” ve %20,8’i (n=30) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

“Evde sağlık hizmetleri tamamen aile hekiminin yükümlülüğündedir.” şeklindeki soruya katılımcıların %20,8’i (n=30) “Evet”, %54,9’u (n=79) “Hayır” ve %24,3’ü (n=35) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

Katılımcılara “Aile hekimi rahim içi araç takabilir.” Sorusu yöneltildi. Katılımcıların %34,0’ü (n=49) “Evet”, %34,0’ü (n=49) “Hayır” ve %31,9’u (n=46) “Fikrim yok” şeklinde cevapladı.

Tablo 5: Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri

		Total	
		n	%
Aile hekimi tüm hastalıklarla ilgilenir	Evet	33	22,9
	Hayır	97	67,4
	Fikrim yok	14	9,7
Ulusal aşı programındaki tüm aşılar Aile Hekimliği uygulaması üzerinden ücretsiz olarak yapılabilir	Evet	105	72,9
	Hayır	18	12,5
	Fikrim yok	21	14,6
Aile hekimi ulusal tarama programı kapsamındaki kanser taramalarını takip etmekle yükümlüdür.	Evet	94	65,3
	Hayır	25	17,4
	Fikrim yok	25	17,4
Aile hekimi sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlüdür.	Evet	119	82,6
	Hayır	11	7,6
	Fikrim yok	14	9,7
Aile hekimi gebe takibi yapmakla yükümlüdür.	Evet	127	88,2
	Hayır	7	4,9
	Fikrim yok	10	6,9
Aile hekimi çevre sağlığı konularında (İçme suyu hijyeni, hava kirliliği vs.) doğrudan sorumludur.	Evet	49	34,0
	Hayır	65	45,1
	Fikrim yok	30	20,8
Aile hekimi işe giriş raporlarını vermekle yükümlüdür.	Evet	70	48,6
	Hayır	26	18,1
	Fikrim yok	48	33,3
Aile hekiminin reçete ettiği raporlu/raporsuz tüm ilaçlar SGK tarafından ödenir.	Evet	25	17,4
	Hayır	68	47,2

	Fikrim yok	51	35,4
Aile hekimi acil müdahale yapabilir.	Evet	110	76,9
	Hayır	13	9,1
	Fikrim yok	20	14,0
Sürücü belgesi raporları aile hekiminden ücretsiz olarak alınabilir.	Evet	105	72,9
	Hayır	6	4,2
	Fikrim yok	33	22,9
Aile Hekimliğinde esnek mesai uygulanabilir.	Evet	84	58,3
	Hayır	35	24,3
	Fikrim yok	25	17,4
Aile hekimi tüm hastaların sağlıkla ilgili kayıtlı verilerine ulaşabilir	Evet	86	59,7
	Hayır	29	20,1
	Fikrim yok	29	20,1
Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir.	Evet	54	37,5
	Hayır	60	41,7
	Fikrim yok	30	20,8
Aile hekimi ev ziyaretlerinde bulunur	Evet	88	61,1
	Hayır	30	20,8
	Fikrim yok	26	18,1
Evde sağlık hizmetleri tamamen aile hekiminin yükümlülüğündedir	Evet	30	20,8
	Hayır	79	54,9
	Fikrim yok	35	24,3
Aile hekimi hasta görmeden reçete yazabilir.	Evet	8	5,6
	Hayır	129	89,6
	Fikrim yok	7	4,9
	Evet	98	68,1

Hastalık belirtisi olmadan da aile hekimine başvurulabilir.	Hayır	32	22,2
	Fikrim yok	14	9,7
Aile hekimi rahim içi araç takabilir.	Evet	49	34,0
	Hayır	49	34,0
	Fikrim yok	46	31,9
Aile hekimi erişkin bağışıklamada aşı reçete edebilir.	Evet	105	72,9
	Hayır	8	5,6
	Fikrim yok	31	21,5
Aile hekimi aile sağlığı merkezinde işveren konumundadır.	Evet	84	58,3
	Hayır	31	21,5
	Fikrim yok	29	20,1
Aile hekimi narkotik ilaç reçete edemez.	Evet	83	57,6
	Hayır	14	9,7
	Fikrim yok	47	32,6

Katılımcılara “Aile hekiminizi tanıyor musunuz ?” sorusu soruldu ve cinsiyetlere göre karşılaştırıldı. Buna göre kadın ve erkek cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark bulundu($p=0,001$). (Tablo 6)

Tablo 6: Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimlerini tanıma durumu

Aile hekiminizi tanıyor musunuz ?	Cinsiyet				
	Kadın		Erkek		
	n	%	n	%	p
Evet	52	83,9	47	57,3	0,001
Hayır	10	16,1	35	42,7	

Katılımcıların Türkiye’deki Aile Hekimliği uygulamasını etkin bulma açısından cinsiyetler ile karşılaştırma yapıldı. Anlamlı bir fark bulundu ($p=0,035$). (Tablo 7)

Tablo 7: Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimliğini etkin bulma düzeyleri

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	p	
Türkiye’deki Aile Hekimliği uygulamasını etkin buluyorum.	Hiç katılmıyorum	9	14,5	18	22,0	0,035	
	Katılmıyorum	26	41,9	25	30,5		
	Kararsızım	8	12,9	21	25,6		
	Kısmen katılıyorum	13	21,0	17	20,7		
	Katılıyorum	6	9,7	1	1,2		

Katılımcılara Aile hekimlerinin yaptıkları işe göre az maaş aldıklarını düşünüp düşünmedikleri soruldu ve cinsiyetleri ile karşılaştırma yapıldı. Buna göre erkeklerin maaşı daha fazla yetersiz bulmasının yanında iki cinsiyette de bu düşüncenin hakim olduğunu görüyoruz. ($p=0,033$) (Tablo 8)

Tablo 8: Katılımcıların cinsiyete göre Aile Hekimliği maaşları hakkında görüşleri

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	p	
Aile hekimlerinin yaptıkları işe göre az maaş aldıklarını düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	0	0,0	2	2,5	0,033	
	Katılmıyorum	10	16,1	3	3,7		
	Kararsızım	16	25,8	19	23,5		
	Kısmen katılıyorum	16	25,8	17	21,0		
	Katılıyorum	20	32,3	40	49,4		

Katılımcıların Aile Hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri ile cinsiyetleri karşılaştırıldı. Kadınların (11,5±3,2) bilgi düzeyi erkeklerden (11,1±3,1) yüksek bulundu ama anlamlı farklılık çıkmadı(p=0,339)(Tablo 9)

Tablo 9: Cinsiyete göre doğru yanıt verme oranları

Doğru Yanıt Sayı				
		Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Cinsiyet	Kadın	11,5±3,2	1-18 (12)	0,339
	Erkek	11,1±3,1	4-18 (11)	
	Total	11,3±3,1	1-18 (12)	

5.TARTIŞMA

Anketimizi dolduran intörn hekimlerin %68,8'i aile hekimini tanıdığını %31,3'ü ise tanımadığını belirtmiştir. Altunışkoğlu'nun 2021 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %58,7'sini aile hekimini tanıdığını belirtmiştir. İki çalışmada da yakın değerler çıkmasının sebebi katılımcıların intörn hekim olması olarak yorumlanabilir. Canpolat'ın 2017 yılında yaptığı çalışmaya katılanların %75'i aile hekimini tanıdığını belirtirken 2013 yılında Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %84,9 olmuştur. Bu oranların bizim çalışmamızdan yüksek çıkmasının sebebi bu çalışmalara katılan katılımcıların yaş ortalamasının bizim katılımcılarımızdan daha fazla olması ve katılımcılarımızın tamamının sağlık çalışanı olup sağlık hizmeti için bulundukları fakülte hastanelerini kullanmaları olarak yorumlanabilir(47,48).

Katılımcılara yöneltilen “Tıpta Uzmanlık Sınavında Aile Hekimliği uzmanlığı seçmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna anketimizi dolduranların %34'ü evet , %35,4'ü hayır, %30,6'sı kararsızım diye cevap vermiştir.1999 yılında Birleşik Krallık'ta Lambert ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %24'ü aile hekimliğini tercih edeceğini belirtmiş. Çalışmamızdaki oranın daha fazla olması ülkemizde aile hekimliği adına olumlu bir gelişmedir(49).

İsrail'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %5,6'sı ilk tercih olarak , %24,9'u ise aile hekimliğini ilk üç tercih içerisinde belirtmiştir(50).

Altunışkoğlu'nun 2021 yılında yaptığı çalışmada Tıpta Uzmanlık Sınavında Aile Hekimliğini seçenlerin oranı %23,3 olmuştur(47).

Bu oranlara baktığımız zaman Aile Hekimliği uygulamasının hem ülkemizde hem de dünyada epey yol kat ettiğini görüyoruz. Zira hekim adaylarının tercihleri arasında popülariteye rağmen Aile Hekimliği seçmeyi düşünenlerin oranı azımsanmayacak düzeyde hatta çok iyi bir konuma

geldiğini söyleyebiliriz. Bu da hem Türkiye’de hem de dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşıldığını ve bu konuda önemli çalışmaların yapıldığı yorumunu yapabiliriz. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hekim adaylarının dikkat çeken bir düzeyde Aile Hekimliği uzmanlığını istemesi Dicle üniversitesinin uyguladığı Aile Hekimliği stajı, sahip olduğu nitelikli akademisyen sayısı ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcı hekim adaylarımızdan Uzmanlık olarak Aile Hekimliği seçmek isteyenlere bunun nedenini sorduk ve birden fazla seçeneğin işaretlenebileceğini belirttiğimizde “görece iş yükünün az olması” seçeneğinin öne çıktığını görüyoruz. Ardından da “Acil, yoğun bakım, servis vs. yönlerinin olmaması” seçeneği en çok işaretlendi.

Dikici ve arkadaşlarının Türkiye’nin farklı bölgelerindeki dört üniversitede yaptıkları çalışmada uzmanlık alanı olarak Aile Hekimliği seçenlerin öne sürdükleri sebepler “Aile Hekimliğinin kolay olması, daha az acil durum olması ve hayatları üzerindeki kontrolün daha fazla olmasıydı”(51).

Bu sonuçlara baktığımız zaman Aile Hekimliğinin pratikte diğer branşlara göre kolay olması, uzmanlık süresinin kısa olması, hem okurken hem de çalışırken diğer branşlara göre daha rahat hissedilmesi, hekimlerin kendilerine daha çok zaman ayırabilmesi, malpraktis gibi maddi-manevi olarak insanı yıpratıcı durumların olmaması gibi sebepler hekim adaylarının kariyerlerine yön verirken Aile Hekimliğini seçmeye yönlendirdiğini düşünebiliriz.

Katılımcılarımıza Aile Hekimliği seçmeme nedenlerini sorup birden fazla cevap verilebileceğini belirttiğimiz sorumuza “ideelimde başka branş olması” seçeneği en çok işaretlendi. Daha sonra bunu “gelirinin yetersiz olması, mesleki tatmininin az olduğunu düşünmek ve yeterince prestijli bulmamak” seçenekleri takip etti.

Altunışkoğlu’nun 2021’de yaptığı çalışmada ilk seçenek “ideelimde başka branş olması” olup bizimle aynı sonuç çıktı(47).

Dikici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en az seçilen uzmanlık alanı Aile Hekimliği olmuş ve uzmanlık seçme sebepleri arasında en çok “para, prestij ve kişisel gelişim” öne çıkmıştır.

Buna göre katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında yeterince bilgiye sahip olmadığı düşünülebilir. Çünkü Aile Hekimliğinin de son zamanlarda diğer branşlara göre hem kazanç hem de popülerlik anlamında çok da geri olmadığını görüyoruz(51).

Çalışmamızda da görülen Aile Hekimliğinin lehine olan yüksek oranlar bunu desteklemektedir. Birinci basamakta görülen bu değişim ülkemiz adına çok önemli bir gelişmedir.

Yener'in 2011 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %53'ü Aile Hekimliği konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı belirtmiş, %81,7'si ise Aile Hekimliğinin toplumda yeterince tanınmadığını belirtmiş. Bu çalışmaların erken dönemde yapıldığından dolayı ve şu an olduğu yerden geride olmasından dolayı Aile Hekimliği Uygulamasının çok yol kat ettiğini söyleyebiliriz(52).

Bu çalışmalara baktığımız zaman Aile Hekimliği Uygulamasının faydalı olmasına rağmen ülkemizde hala istenen seviyede olmadığını görüyoruz. Ülke olarak hızlı bir şekilde hem sağlık çalışanları arasında hem de vatandaşlar arasında Aile Hekimliğinin önemi ve faydaları yayılmalı buna yönelik eğitimler, stajlar, dersler vb. uygulamalarla iyice sağlık sistemimize entegre etmeliyiz. Birinci basamakta uzmanlığın artması şüphesiz koruyucu hekimliğinin güçlenmesiyle toplumun iyilik halinin sürdürülmesi ve bu konuda farkındalığın yükselmesine imkan verir. Bir de kronik hastalık takibi de çok önemlidir. Uzmanlığın yaygınlaşması bunu daha kolay ve etkili kılar. Böylelikle sadece ilaç yazmanın ötesinde hasta Aile hekimi tarafından her seferinde yeniden değerlendirilip hem hayatını kolaylaştıracak tavsiyeler alır hastalığın gidişatı ve düzeyi değerlendirilir hem de olası tedavi yan etkileri olursa tespit edilip tedavi verilir veya yönlendirilir. İntörn hekimlere yönelik 6. Sınıfta verilen Aile Hekimliği stajı da böylelikle önem kazanmış oluyor. Bu stajda hekim adayları Birinci basamak uzmanlığı konusunda bilgilendirilip Aile Hekimliği uzmanlığına yönlendirilmelidir.

Tıp fakültesinde alınan eğitimin Aile Hekimliği konusunda yeterli bilgi ve yeterlilik verilmesi ile ilgili sorduğumuz soruya hekim adaylarının %27'si olumsuz yanıt verirken %41'i olumlu olarak yanıtlamış. Altunışıkoglu'nun 2021'de Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptığı çalışmada olumlu yanıt verenlerin oranı %76 olup bizim çalışmamızdan fazla çıkmıştır. Bu anlamlı farkın sebebi DÜTF'ün daha genç bir üniversite olması olabilir(47).

Katılımcıların %25,7' si Aile Hekimliği Uygulamasını etkin bulduğunu belirtmiş. Altunışkoğlu'nun yaptığı çalışmaya çok yakın bir sonuç alınmış(47).

Aile Hekimliğinde uzmanlaşmanın yaygınlaşması ve birinci basamağa giderek daha fazla yapılan yatırımlar şüphesiz bu etkinliği artıracaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri etkin olduğu zaman bu diğer basamaklara da olumlu yönde etki ediyor. Hastaya yönelik tanı, tedavi ve tedavi takibi iyi yapıldığı zaman diğer basamakların da doğal olarak yükü azalıyor. Ülkemizde acil servise yapılan gereksiz başvuruları düşündüğümüz zaman etkin bulma oranının düşük çıkması anlaşılabilir. Yapılan bir çalışmaya göre ülkemizde hastaneye gelen 3 hastadan 1'inin acile başvurduğu ortaya çıkmış gelişmiş ülkelerde bu oran çok daha az(53). Bu da acillerde yığılmaya sebep oluyor ve bu hem hekim-hasta ilişkisini zedeliyor hem de toplumda sağlık çalışanlarına karşı olumsuz bir algı oluşmasına sebep oluyor. Bu hasta yükünün oluşmaması için hastaların doğru yönlendirilmesi lazım. Bu da Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini gösteriyor. Türkiye'de aile hekimi başına düşen hasta sayısının 3405 olduğunu belirtmiştik. Aile Hekimliğinin daha etkin olması için bu sayı düşürülebilir(15).

Katılımcılarımızın %17,5'u gelecekte yapay zekanın Aile Hekimliğinin yerini alabileceğini belirtmiş. Altunışkoğlu'nun yaptığı çalışmada bu oran %27,2 olmuş. Bu durum yapay zekanın Aile Hekimliği konusunda hala beklenen konumda olmadığını gösteriyor olabilir(47).

Kanada'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %48,6'sının yapay zekanın radyoloji branşı için kaygı verici olduğu belirtmiş. Yapay zekanın branşlara göre etkinliği farklı olabildiği yorumu yapılabilir. Başka bir çalışmada yapay zekanın branşlara göre gelecekte insan yerini ne kadar alabileceği araştırılabilir(54).

Katılımcılarımızın %93,7'si hastaların ilk başvurusunun aile hekimliği olması gerektiğini belirtmiştir. Bu da Aile Hekimliğine yönelik çarpıcı bir beklentidir. Yine Altunışkoğlu'nun yaptığı çalışmada buna benzer bir sonuç almıştır. Her ne kadar farklı görüşler olsa da hekimler etkili bir sevk zinciri konusunda hemfikirdir(47).

Katılımcılara sorulan 21 tane bilgi düzeyi ölçen sorulara verilen ortalama doğru yanıt $11,3\pm 3,1$ olarak bulundu. Canpolat'ın yaptığı çalışmada 46 puan üzerinden verilen doğru yanıt oranı $27,203\pm 10,531$ olup bizim çalışmamızla benzer bir sonuç çıkmıştır(48).

Yine Altunışıkoglu'nun yaptığı çalışmada bu oran $11,47\pm 3,92$ olmuş ve yine çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca yakın olmuştur. Bu oranların yakın olmasının sebebi katılımcıların sağlık çalışanı ve çoğunun hekim adayı olması olabilir ve çalışmalar arasında anlamlı farklar oluşmamıştır(47).

Çalışmamıza katılan kadın hekim adaylarının doğru yanıt verme oranı erkek katılımcılara göre fazla olmuş fakat anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. ($p=0,339$)

Aile Hekimliğine yapılacak düzenleme ve uygulamalarla hem toplumda hem de hekim adayları arasında daha iyi bir konuma getirebiliriz. Unutulmamalı ki bir ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri etkin olduğu zaman bu hem bilimsel hem de toplumsal olarak o ülkeye büyük katkılarda bulunur.

Katılımcılar, kendilerine yöneltilen bilgi düzeyi soruları içerisinde aşılama, sağlam çocuk takibi, tarama, gebe takibi, sürücü belgesi raporları, aile hekiminin acil müdahale yapabilmesi ve reçete yazma gibi konulara yüksek oranda doğru yanıt vermişlerdir.

Oranlar birbirinden farklı olsa da hem bizim hem de Canpolat ve Altunışıkoglu'nun yaptıkları çalışmalarda Aile Hekimliğinin temel konuları hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması sevindiricidir(47,48).

Katılımcılarımızın yaklaşık %90'ı Aile Hekiminin hasta görmeden ilaç yazmadığını bilmesi olumlu ve diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur. Bu oran yüksek olsa da gelecekte hekim olacak katılımcılarımızın bu konuda bilgi sahibi olmaları ve bundan kaçınmaları gerekir. Zira bu hapis cezasına kadar gidebilen bir suçtur. Hasta yakınları ile bazen bu konuda tartışmalar yaşanmakta hatta sözlü ve fiziki şiddet bile görülebiliyor(55).

Hekim adayları bazı sorularda çok kararsız kalmışlardır. Rahim içi araç (RİA) takma konusunda cevaplar neredeyse eşit olmuştur. Her ne kadar kadın hastalıkları ve doğum branşıyla özdeşleşmiş olsa da Aile Hekimleri de RİA takabilir. Bu konuda intörn hekimlerin daha etkili bir teorik ve pratik eğitimle bilgi düzeyleri yükseltilebilir.

Katılımcılarımızın %37,5'i “Aile hekimi diğer branş hekimleri tarafından başlatılan tedaviyi hasta durumu ve gidişata göre yeniden düzenleyebilir” sorusuna “evet” yanıtı vermiştir. Oysa elbette aile hekimi böyle bir yetkiye sahiptir. Gidişata göre hastayı değerlendirip tedavi düzenleyebilir ya da gereken yerlere yönlendirebilir.

Katılımcılarımızın %65,3'ü “Aile hekimi ulusal tarama programı kapsamındaki kanser taramalarını takip etmekle yükümlüdür” sorusuna olumlu yanıt vermiş ve diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur. Fakat bu kadar yaygın reklamı yapılmasından dolayı oranların yüksek çıkması beklenirdi. Bu konuda farklı yöntemler kullanılarak hekim adaylarının bilgi düzeyi arttırılabilir.

Anketimizi hekim adaylarımıza gönderdiğimizde hepsinin Aile Hekimliği stajını almadığını göz önüne alırsak bu stajın tamamlanması durumunda bu oranların değişebileceğini öngörebiliriz. Pandemi dolayısıyla yüz yüze yapılmadığı için yine oranların etkilendiği şayet görüş ve önerileri de alınsaydı daha isabetli sonuçlar alınabileceğini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcılarımızın 68,8'i (n=99) Aile Hekimini tanıdığını belirtirken, %31,3'ü (n=45) ise olumsuz yanıt verdi.

Katılımcılarımızın %34'ü (n=49) TUS'ta Aile Hekimliği uzmanlığını tercih edeceğini belirtirken %35,4'ü (n=51) olumsuz yanıt verdi. %30,6'sı (n=44) ise kararsız olduğunu belirtti.

Bilgi düzeyini ölçen 21 soruya verilen doğru cevap ortalaması $11,3 \pm 3,1$ (minimum:0; maximum:21) olarak bulundu.

Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünenlerin en çok tercih ettiği seçenek İş yükünün görece az olduğunu düşünmesi iken Aile Hekimliği ihtisası yapmayı düşünmeyenlerin en fazla sunduğu sebep İdealimde başka branş olması seçeneği idi.

Katılımcı hekim adaylarımızın kararsızlarla birlikte çoğu Aile Hekimliği Uygulaması hakkında olumlu düşünüyor. Fakat kararsızların toplam katılımcıların 3'te 1'i olması düşündürücüdür. Onların kafasında soru işareti bırakan durumlar hızla çözülmelidir. Aile Hekimliği seçmeme nedenlerini araştırdığımız sorumuzda geçen olumsuz durumlar giderilmelidir. Sağlık politikası belirleyicilerinin Aile Hekimlerinin ücretinde iyileştirmeler yapması, Aile Hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması, toplumda Aile Hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi anlatılıp farkındalığın artırılması, maddi ve manevi olarak destek verilmesi gibi adımlarla hekim adayları bu branşa teşvik edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerin daha etkin olması ülkemizin hem ekonomik hem sosyal yönden daha da ilerleyeceği anlamına gelir.

Hekim adaylarımızın yarısından azı tıp fakültelerinin Aile Hekimliği konusunda kendilerini eğittiğini belirtmektedir. Bundan dolayı tıp fakültelerinin müfredatları yeniden düzenlenebilir.

Covid- 19 pandemisinin getirdiği olumsuzlukları göz önüne alırsak yüz yüze yapılacak bir çalışmada hekim adayları, hocalar ve sağlık politikası belirleyicilerinin birlikte değerlendirilmesi ve çalışmaya destek verilmesi sorunların çözümünde fayda sağlayabilir.

Tıp eğitiminin başlangıcından itibaren Aile Hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin anlatılması, teorik ve pratik yöntemlerin geliştirilmesi hekim adaylarının bu konuda farkındalığını ve bilgi düzeylerini artırır.

Araştırmamıza katılan hekim adaylarına yönelttiğimiz bilgi düzeyini ölçen 21 sorunun doğru yanıt oranı yaklaşık %53'tür. Bu oran diğer çalışmalara yakındır. Tamamı sağlıkçı olan katılımcıların bilgi düzeyinin yeterli düzeyde olmadığını görüyoruz. Hekim ve kontenjan sayısına baktığımız zaman hekimlerin önemli bir kısmının Aile Hekimliği yapacağını söyleyebiliriz. Bu yüzden hekim adaylarının bilgi düzeyleri yükseltilmelidir. Buna yönelik teorik ve pratik eğitimler gözden geçirilmeli, Aile Hekimliği stajı iyi değerlendirilmeli ve hekim adayları bu konuda bilinçlendirilmelidir.

Son olarak Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimlerinin Aile Hekimliği hakkındaki bakış açılarını değerlendirdik ve olumlu sonuçlar aldık. Bunun arkasında DÜTF Aile Hekimliği programı, yetkin öğretim üyeleri ve etkili eğitim sistemi vardır. Fakat yine de eksiklerin giderilmesi daha iyi yetişmiş hekimlerin sayısının artırılması, müfredatın teorik ve pratik eğitimlerle zenginleştirilmesi hedeflenmelidir.

7.KAYNAKÇA

1. Ungan M, Yaman H. The Development of Family Medicine as a Discipline in Turkey. 2011 [cited 2022 Oct 29]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5490/gerofam.2010.1.1.4>
2. Textbook of Family Medicine, 9e 9th Edition - Medical Books Free [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://medicalbooksfree.com/textbook-of-family-medicine-9e-9th-edition/>
3. The European Definition of General Practice/Family Medicine Wonca Europe Wonca Europe – Geneva 2002 | Request PDF [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/247868187_The_European_Definition_of_General_PracticeFamily_Medicine_Wonca_Europe_Wonca_Europe_-_Geneva_2002
4. The Graduate Education of Physicians THE REPORT OF THE CITIZENS COMMISSION ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION Commissioned by the American Medical Association.
5. AKDUR Ankara P. TÜRKİYE’de SAĞLIK HİZMETLERİ VE AVRUPA TOPLULUĞU ÜLKELERİ İLE KIYASLANMASI.
6. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları - I [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. 2002;52(479).
8. (PDF) Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar/ Organization and Earnings in Discipline of Family Medicine [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/345829711_Aile_Hekimligi_Disiplininde_Orgutluluk_ve_Kazanimler_Organization_and_Earnings_in_Discipline_of_Family_Medicine
9. Durmaz S. TIP EĞİTİMİ HALK SAĞLIĞI STAJINDA UYGULANAN AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM PROGRAMINA YÖNELİK PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ.
10. The General Practitioner in Europe.
11. WONCA STATEMENT 1991 [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://1library.co/document/ky66m14y-wonca-statement.html>
12. (PDF) General practice-time for a new definition [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12658142_General_practice-time_for_a_new_definition
13. Aile T, Uzmanlık H, Yayınlar D. AİLE HEKİMLİĞİ AVRUPA TANIMI WONCA AVRUPA 2005 Başım Türkçe Çevirisi. 2011;
14. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTerTip=5>
15. Üstü Y, Uğurlu M, Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Y, Hekimliği Anabilim Dalı A, Yusuf Üstü Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi D. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Med J [Internet]. 2015 Feb 9 [cited 2022 Oct 29];15(4):244–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/amj/issue/1753/21590>

16. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Catholic JH, Svab I. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
17. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ.
18. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. McWhinney's Textb Fam Med. 2016 Apr 28;
19. Taylor RB. Family Medicine: Now and Future Practice. Fam Med [Internet]. 2003 [cited 2022 Oct 30];3–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/300670684_Family_Medicine_Now_and_Future_Practice
20. Family practice: birth and development of a specialty - PubMed [Internet]. [cited 2022 Oct 30]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9324908/>
21. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları. Millis ve Willard Raporları - PDF Ücretsiz indirin [Internet]. [cited 2022 Oct 30]. Available from: <https://docplayer.biz.tr/523515-Aile-hekimliginin-kilometre-taslari-millis-ve-willard-raporlari.html>
22. WONCA World - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği [Internet]. [cited 2022 Oct 30]. Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/wonca-world>
23. Enstit SB, Dal A, Seda E, Tez T, Erdo N. AİHekimliği Dünya VeTürkiye Uygulamaları :AİHekimliğindeHekim - Halişkisiletışimin Rolü Ve TaraflariMemnuniyetiÜzerine. 2014;
24. Petersen PE. World Health Organization. Organisation Mondiale de la Sante. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(6):471–471.
25. Yalçın BM, Ünal M, Pirdal H, Selçuk Y. The history of medicine in Anatolia – 1st Part. Türkiye Aile Hekim Derg. 2016;20(1):33–44.
26. Tip Y, Ana T. 19-20. Yüzyıllarda Tip Tarihinin Ana Hatları. 2013;(January 2007).
27. (PDF) AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ [Internet]. [cited 2022 Nov 8]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334647470_AILE_SAGLIGI_MERKEZI_YONETIMI
28. Струков БА, Леванюк АП. No TitleФизические основы сегнетоэлектрических явлений в кристаллах. 1983;240.
29. Algin K, Şahin İ, Top M, Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Z, Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu H, Arş Gör U. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri.
30. Tarihçe - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/tarihçe-1>
31. Kahramanmaraş Sütçü TC, Üniversitesi İ, Bilimler S, Kamu E, Ana Y, Dali B, et al. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HASTA SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: NURDAĞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu. 2008. 1–137 p.
33. ÜNSAL A, ÇULHACI A, TÖZÜN M. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TSK Koruyucu Hekim Bülteni

- [Internet]. 2008 [cited 2022 Nov 9];7(5):377–84. Available from: <http://search/yayin/detay/84719>
34. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
 35. Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Yıldız Yardımcı de, İren Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish J Fam Med Prim Care [Internet]. 2016 Jun 14 [cited 2022 Nov 9];10(2):81–90. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfm/issue/22175/238221>
 36. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Bilgi Sist Genel Müdürlüğü. 2019;27.
 37. Aile Hekimliği [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,31209/aile-hekimligi.html>
 38. (PDF) Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından Nasıl Sunulmalı [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/286932755_Birinci_Basamak_Hizmetler_Kimler_Tarafından_Nasıl_Sunulmalı
 39. DÜNYA’DA AİLE HEKİMLİĞİ - Demirtaş Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: <http://www.58noludemirtascumhuriyetasm.com/bilgiler/aile-hekimligi-2/dunyada-aile-hekimligi.html>
 40. Gör Ö, Akman E. TÜRKİYE VE İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMLERİ : BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILAŞTIRMASI TURKEY AND ENGLAND HEALTH SYSTEMS : COMPARISON OF PRIMARY HEALTH CARE. 2020;6(2):303–16.
 41. Betül Gülden Danışman D, Ungan P. AVRUPA’DA AİLE HEKİMLİĞİ.
 42. Sağlıkta Küba neyi, nasıl başardı? | EY - Türkiye [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://www.ey.com/tr_tr/tax/sosyal-guvenlikte-gundem/makaleler/dunya-gazetesi-makaleleri/saglikta-kuba-neyi-nasil-basardi
 43. (PDF) Sağlık sistemleri - 2: Bir Halk Sağlığı Destanı-Küba [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/340594399_Saglik_sistemleri_-_2_Bir_Halk_Sagligi_Destani-Kuba
 44. Saatçi E, Bozdemir N, Akp E. Amerika Birleflık Devletleri’nde Aile Hekimliği. 2006;10(2):79–86.
 45. Dünya’da Aile Hekimliği | Taşdelen Asm [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: <https://www.tasdelenasm.com/aile-hekimligi/dunyada-aile-hekimligi/>
 46. Mezuniyet Öncesi Aile Hekimliği Eğitimi: WONCA ve ÇEP Çerçevesinde Bir Program Önerisi Undergraduate Family Medicine Training: A Program Proposal in the WONCA and National Core Curriculum Framework ÖZET. [cited 2022 Nov 9]; Available from: <http://www.>
 47. Altunışikoğlu B. Ankara Yıldırım BeyazÜniversitesi TıpFakültesi 6. SinÖğrencilerininTürkiyeDekiAiHekimliği UygulamasıHakkındakiGörüşlerinin VBilgiDüzeyleriniDeğerlendirilmesi. 2021;

48. Kurt Canpolat E. Hastanemiz Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. Uzm Tezi. 2017;85.
49. Lambert TW, Goldacre MJ, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 1999 and 2000: Questionnaire surveys. Br Med J. 2003;326(7382):194–5.
50. [Specialty preference of medical students at one Israeli university: family medicine versus other specialties] | Request PDF [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/24176694_Specialty_preference_of_medical_students_at_one_Israeli_university_family_medicine_versus_other_specialties
51. Dikici MF, Yaris F, Topsever P, Filiz TM, Gurel FS, Cubukcu M, et al. Factors Affecting Choice of Specialty Among First-year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey. Croat Med J [Internet]. 2008 Jun [cited 2022 Oct 28];49(3):415. Available from: /pmc/articles/PMC2443626/
52. Yener ömer faruk. 272350. 2011.
53. Taha SERT E, Mutlu H, Yeşildağ K, Kokulu K, Saritaş A, Üniversitesi A, et al. Acil Servisimize Başvuran Hastaların 5 Yıllık Analizi 5-Year Analysis of Patients Admitted to Our Emergency Department. Orijinal Makal Artic Med J Mugla Sitki Kocman Univ. 2021;8(1):1–4.
54. Sci-Hub | Influence of Artificial Intelligence on Canadian Medical Students' Preference for Radiology Specialty: A National Survey Study. Academic Radiology | 10.1016/j.acra.2018.10.007 [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.acra.2018.10.007>
55. T [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>