

Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri

Kürşat ALGIN*, İsmet ŞAHİN**, Mehmet TOP***

ÖZET

Türkiye’de aile hekimliğinin yaklaşık yirmi yıllık geçmişi olmasına rağmen ülkemizde aile hekimliği uygulaması tam anlamıyla sağlık sistemine entegre edilememiştir. Günümüzde aile hekimliği uygulamasının Sağlık Bakanlığı tarafından tüm ülke geneline yaygınlaştırılması için yoğun bir çaba başlatılmıştır. Bu araştırmada, aile hekimi uzmanlarının mesleki sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin kendileri tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada veriler anket yoluyla toplanmıştır. Anketin hazırlanmasında aile hekimliği ile ilgili ülkemizde yapılan akademik çalımlar ve dokümanlar incelenmiştir. Araştırmada TAHUD’a (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) kayıtlı Ankara ilindeki 350 aile hekimine ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olan anket 1 Aralık 2001- 15 Ocak 2002 tarihleri arasında aile hekimi uzmanlarına uygulanmıştır. 350 aile hekimi uzmanından 147 tanesi anketi doldurmuştur. Yanıtlanan bu 147 ankette 102 tanesi analize uygun bulunmuştur. Anketlerin uygulanmasında posta yolu (elektronik posta) ve yüzyüze görüşme yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda aile hekimliği asistan eğitiminde iç hiyerarşinin yani aile hekimliği klinik disiplininin ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistemin olmaması, aile hekimliği eğitiminde bir standardizasyonun olmaması, ücret yetersizliği, yöneticilerin aile hekimliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması gibi mesleki sorunların olduğu anlaşılmıştır. Aile hekimi uzmanları karşılaştıkları mesleki sorunlara yönelik olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine daha çok yer verilmesi, aile hekimliğinin sağlık sistemimizdeki yerinin net olarak ortaya konması, aile hekimliği eğitiminde standardizasyonun sağlanması gibi bazı çözüm önerileri getirmişlerdir. Araştırma kapsamında mesleki sorunların ve çözüm önerilerinin önemlilik dereceleri de ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, aile hekimlerinin sorunları

* Uz., Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

*** Uz. Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

Professional Problems of the Family Physicians and the Corresponding Solutions from Their Own Perspectives in Turkey

ABSTRACT

In Turkey, although family practice has a history of about 20 years, it has not been integrated into the health care system. An enormous effort by the Ministry of Health has been launched to expand family practice across the country. The purpose of this study was to assess professional problems of the family physicians and corresponding solutions from their own perspectives. The data were collected through a questionnaire. The questionnaire was developed as a result of reviewing the existing studies and documents on family practice in Turkey. Total 350 family physicians in Ankara who are registered in the Turkish Association of Family Physicians were reached. The questionnaire was administered to family physicians in December 1, 2001 to January 15, 2002. Total 147 family physicians out of 350 responded to the questionnaire. Of these 147 questionnaires, 102 were accepted as suitable for the analysis. Questionnaires were administered through mail (e-mail) and in-person interview techniques. The study found the existence of a number of professional problems, such as lack of internal hierarchy (i.e., clinical branch of knowledge) and a system of its applications in education of family practice assistants, lack of standardization in family practice education, low salaries, insufficient knowledge of the managers on family practice. The family physicians proposed some solutions to these problems such as putting greater emphasis on family practice in primary health care, providing a clear description of family practice in the Turkish health care system, and standardizing education in family practice. In the study, the level of significance of the problems and solutions were also determined.

Key Words: Family physician, problems of family physicians

I. GİRİŞ

Aile Hekimliği (AH) 1990 sonrası birçok devlet dokümanında yer almıştır. Son olarak VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında aile hekimliği uygulamasının gerçekleştirilemediği vurgulanmaktadır. Kalkınma planında aile hekimliğinin uygulamaya konulması sağlık sektöründe hedefler arasında gösterilmektedir (DPT 2000). Son olarak aile hekimliği uygulaması Türkiye Cumhuriyeti 58. Hükümeti Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almaktadır (Başbakanlık 2003; Sağlık Bakanlığı 2003).

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından (aile hekimleri veya aile doktorları gibi) yürütülmesi T.C. 58. Hükümetinin sağlık reformları arasında yer almaktadır. Bireylerin sağlık kayıtlarının aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamakta tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimleri ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçmek için oldukça yetersizdir. Uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli eğitimden geçirilerek başlanması ve uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır (Sağlık Bakanlığı 2003).

Türkiye sağlık hizmetleri sunum reformları içinde yer alan aile hekimliği uygulamasına yönelik çabalar göz önüne alındığında, mevcut aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini belirlemek önem arz edecektir. Buradan hareketle, bu çalışmanın aile hekimliğinin sorunları ve olası çözüm önerilerine ilişkin olarak okuyucularda genel bir kanı bırakacağı varsayılmaktadır.

AH kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan AH uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de AH bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (Başak, Görpelioğlu 1998; Görpelioğlu ve diğerleri 2002).

AH kavramı ilk olarak VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı I. Dilim Tedbirler Bölümü'nde yer almıştır: "Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. AH müessesesi kurulacaktır" (DPT 1989). Türkiye'de BBSH ve AH'ne ilişkin tartışmanın başlangıcı, Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında gerçekleştirdiği ve kendisinin formüle ettiği "reform" önerilerini kamunun gündemine sunduğu 1. Ulusal Sağlık Kongresi'ne (23-27 Mart 1992, Ankara) rastlamaktadır (Belek 1997). Bunu takiben sağlık reformu ile ilgili Kanun Tasarı Taslakları ve Gerekçeleri hazırlanmıştır. 1992'de Sağlık Bakanlığı hizmet sunum reformu adı altında çalışmalar başlatmıştır.

AH uzmanlık eğitimi halen Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Eğitim ve Araştırma, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma, Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji, Haseki Eğitim ve Araştırma, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma, Kartal Eğitim ve Araştırma, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma, Taksim Eğitim ve Araştırma, İzmir Eğitim ve Araştırma, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde verilmektedir. Türkiye'de öğrencisi bulunan 50 Tıp Fakültesi'nin 31'inde AH Anabilim Dalı bulunmaktadır. Halen 1000 aile hekimi uzmanı ve 500 kadar aile hekimi asistanı bulunmaktadır. Ancak bunların uygun yerlerde istihdam edilmemesi en önemli problemidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde şimdiye kadar aile hekimi uzmanlarının istihdamı için kadro sağlanamamıştır (Görpeliolu ve diğerleri 2002).

AH'nin bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesiyle birlikte birçok tartışma da ortaya çıkmıştır. Bu tartışmaların kökeninde, Türkiye'deki AH tanımının bir uzmanlık dalı olarak değil de bir "sistem" olarak yapılması yatmaktadır (Başak 2000). AH uzmanlık eğitiminin Türkiye'de sağlıkta özelleştirme girişimleriyle aynı zamanda başlaması, disiplinin gelişimi açısından talihsizlik olmuştur (Görpeliolu, Tüzer 1998). Hem hekim meslek örgütü hem de idare AH'nin yeni bir disiplin, üstelik klinik tıbbın yapısındaki kökten değişimin göstergesi olan yeni bir disiplin oluşunu gözardı ederek sağlık hizmeti sunma sistemi olarak AH üzerinde durmayı yeğlemiştir (Fidaner 1995). Sistemin de özellikle finansman ile ilgili yanına odaklanıp, konu devletçi ve özelleştirmeci anlayışlar diyalektiğine indirgenmiş, tıbbi ve profesyonel boyutları ihmal edilmiştir. Kişisel ya da grupsal çıkarlar nedeniyle, bazı siyasal görüş ve hedeflerle

bağlantılı göstermeye çalışarak, bu dalın gelişmesine engel olma çabaları mevcuttur (Kadioğlu 1997).

Sağlık Bakanlığı aile hekimi tanımını “... bakanlıkça belirlenmiş asgari standartlara uygun bir mekanı asli görev yeri olarak kullanan, bölge sağlık idaresi ile sözleşmeli olarak kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden sorumlu hekimdir” olarak yapmakta ve bu tanıyı zaman zaman değiştirse bile temel felsefesinden geri adım atmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sisteminde yapmayı planladığı köklü değişikliklerin temeline kendisinin yaptığı AH tanımını yerleştirilmesi, özellikle halk sağlığı anabilim dallarının karşı çıkmasına ve sanki aile hekimleri sadece genel sağlık sigortası varsa varmış ve hatta AH sosyalasyon sistemine bir alternatifmiş gibi tavrı almalarına neden olmuştur. Bu düşüncelere kendi mesleki alanlarına gireceği endişesini taşıyan bazı klinik uzmanları da katılmakla birlikte, uzmanlığının ikinci basamak uzmanlığı olduğu bilinci ve sorumluluğunu taşıyan uzman hekimlerin sayıca fazlalığı nedeniyle çok aktif olamamaktadırlar (Görpelioğlu, Tüzer 1998).

Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde sürdürülen AH eğitimi, içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Kazandırılması gereken temel bilgi, beceri ve tutumlar belirlenmemiştir. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadırlar. Bu durum asistanların bazı kliniklerde daha disiplinli çalışmaları, daha çok hastayı takip etmeleri, daha fazla sayıda nöbete katılmaları, daha bilgilendirici ve öğretici vizitlerde bulunmaları, daha çok sayıda girişim yapmaları, daha yoğun seminer, makale, vaka takdimi programlarına katılmaları ile daha bilgili ve becerili yetişmelerine, bazı kliniklerde ise daha az çalışarak ve öğrenerek rotasyonlarını tamamlamalarına yol açmaktadır (Ceyhun, Şener 1996).

AH uzmanlık eğitimi, Tüzüğe göre rotasyon ağırlıklı iken, bu konudaki ciddi eleştirilerden biri de, rotasyon yapılan anabilim dallarının AH’ye yaklaşımlarıdır. Rotasyona gidilen anabilim dalları ya aile hekimi asistanlarını kendi asistanlarıyla eşdeğer tutarak yeni başlayan asistan gibi davranmakta ya da geleneksel tarzda “rotasyon asistan sadece izleyerek öğrenir” felsefesi güdülmektedir (TAHUD 1998).

Türk Tabipleri Birliği, AH konusunda meslek örgütü değil sivil toplum örgütü olma özelliğini belirginleştirmekte, toplum çıkarlarına aykırı gördüğü sistem değişikliği politikasına karşı çıkmaktadır. Sosyalizasyonun aslında iyi bir sistem olduğu ve uygulanmasındaki aksaklıkların giderilebileceği, aile hekimi muayenehanelerinin sağlık ocaklarına göre daha çok masraf çıkarıp, etkisiz ve yetersiz kalacağı, ekip çalışmasının ve poliklinik hizmetlerini çevre sağlığı hizmetleriyle kombine etmenin önemli avantajlar sağladığı, değişiklik kaçınılmaz ise seçilenin değil başka bir AH sisteminin düşünülmesi gerektiği, karşı çıkışın başlıca gerekçeleridir (Türk Tabipleri Birliği 1995).

Daha önce de belirtildiği gibi, birinci basamak (BB) bir uygulama ortamıdır ve ‘sosyalizasyon reformuyla’ gerçekleştirilen yapılanma, bugün Türkiye’deki Sağlık Sistemi’nin birinci basamağını oluşturmaktadır. AH ise birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplindir ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile doğrudan ilgili değildir. Dünyada sağlık giderlerinin bütçe gelirlerinden, sağlık güvencesi primlerinden ya da bireylerin özel harcamalarından karşılandığı birçok farklı sağlık sisteminde ve birçok farklı BB uygulama ortamında aile hekimleri çalışmakta ve sağlık alanında beklenen gelişmeleri sağlamaktadırlar. Dolayısıyla AH’nin Türkiye’de bir disiplin olarak gelişmesi Türkiye sağlık sistemi’nin birinci basamağını oluşturun sağlık ocağı temelindeki sosyalizasyon örgütlenmesinin alternatifi değildir. Tersine AH, BBSH’de hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak ve sağlık sistemini tıkayan sorunların çözüme katkıda bulunacak bir yaklaşımdır. BB’da çalışan binlerce pratisyen hekimin mezuniyet sonrası meslek eğitimi almamış olması ve uygulanmakta olan AH uzmanlık eğitimi programının eksikliklerinin bulunması, bu gerçeği değiştirmemektedir (Görpelioğlu, Tüzer 1998).

Aile hekimlerinin dünyada karşılaştıkları sorunların başında eğitim sürecinde yaşanan sorunlar gelmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde hizmet veren aile hekimlerinin bu bölgelerde hizmet verecek nitelikte eğitilmedikleri çođu zaman dile getirilmektedir. Örneđin Barley ve arkadaşları tarafından Amerika Birleřik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada bayan aile hekimlerinin sorunları incelenmiştir. Araştırmaya katılan 587 aile hekiminden %39’u tıp fakóltesi eğitimi sırasında kırsal alana yönelik gerekli eğitim almadıklarını, %16’sı ise intörnlük döneminde kırsal bölgelerde staj yapma imkanı bulamadığını belirtmiştir (Barley et al. 2001).

Sonuç olarak AH'nin üniversitelerde yeterince tanınmaması, AH ile ilgili yasal düzenlemelerin gecikmesi, sağlık sisteminde merkezîyetçi yaklaşımdan vazgeçilememesi, kadro temininde sıkıntı olması, bazı üniversitelerdeki öğretim üyelerinin AH konusuna sıcak bakmamaları, AH'nin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesinde karşılaşılan direnç ve yeterli sayıda aile hekimi uzmanının yetiştirilmemesi aile hekimliğinin Türkiye sağlık sistemine entegrasyonunu önemli ölçüde engellemiştir. Bunlara ilave olarak mevcut aile hekimi uzmanlarının uygun kadrolarda değerlendirilmemesi, ücret yetersizlikleri, çalışma ortamlarındaki yetersizlikler dikkat çeken sorunlardır.

Yıllardır Türkiye'de gündemde olan, ancak bir türlü ülke sağlık sistemine entegre edilemeyen aile hekimlerinin mesleki sorunlarının ve bunlara ilişkin çözüm önerilerinin kendi değerlendirmeleri ile ortaya çıkarılması, sağlık politikacılarına ve eğitimcilerine faydalı veriler sağlayabilecektir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Türkiye'deki aile hekimlerinin mesleki sorunları ve olası çözüm önerilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. "Türkiye'de faaliyet gösteren aile hekimlerinin mesleki sorunları ve olası çözüm önerilerine dair değerlendirmeleri nelerdir?" sorusu bu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

Türkiye'de toplam 1500 kadar aile hekimliği uzmanlığı eğitimi almış kişinin varlığı kabul edilmektedir. Bu çalışmada evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olmakla birlikte, mevcut aile hekimlerinin tümünün çalışma alanları ve adreslerinin tespiti, yapılan tüm girişimlere rağmen sonuçsuz kalmıştır. Sağlık Bakanlığı kayıtları, MEDSİS Aile Hekimliği Grubu kayıtları, TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) Ankara şubesi ve internet ortamında aile hekimliği elektronik-grupta kayıtlı toplam 350 aile hekimliği uzmanına ulaşılabilmiş ve geliştirilen soru formu bunların tamamına uygulanmıştır. Aile hekimlerinin çalıştıkları kurumlarla yapılan görüşmelerde, aile hekimlerinin çalıştıkları kurumlardan geçici görevle ayrıldıkları, askerlik, istifa, yurt dışına çıkma, kurum değiştirme, adres değişikliği gibi mazeretlerle anketlerin bazılarının cevapsız bırakıldığı anlaşılmıştır. 350 aile hekiminin 147'sinden cevap alınmış ancak bunların 102'si değerlendirilmeye uygun bulunmuştur. Anketlerin cevaplanma oranı % 29 olarak hesaplanmıştır.

Veriler anket yoluyla toplanmıştır. Anketin hazırlık aşamasında yararlanılan kaynaklar şunlardır;

- Aile hekimliğinin sorunlarının ve çözüm önerilerinin tartışıldığı ve yaklaşık 300 aile hekiminin üye olduğu internet e-grup portalı.

- Sahada çalışan aile hekimleri ve aile hekimliği anabilim dalları öğretim elemanları ile bire-bir görüşmeler yapılarak, Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlarının sorunları ve olası çözüm önerileri hakkındaki görüşleri alınmıştır.

- Dalda tarafından hazırlanan "Ankara'da Çeşitli Kamu Sağlık Kuruluşlarında Çalışan hekimlerin Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgileri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" uzmanlık tezi (Dalda 1994).

- TAHUD İzmir Şubesi tarafından hazırlanan "Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Değerlendirilmesi" toplantı raporu (TAHUD 2001).

- Demirtaş ve arkadaşları tarafından hazırlanan "Köstence Sağlık Ocağında Aile Hekimliği Uygulama Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması" kırsal hekimlik stajı intörn araştırma raporu (Demirtaş ve diğerleri 1999).

- Güney tarafından hazırlanan "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" yüksek lisans tezi (Güney 1998).

- Özçelik tarafından hazırlanan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Aile Hekimliği" doktora tezi (Özçelik 1995).

Anketin amaca uygun olup olmadığını öğrenmek için 20 aile hekimine ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sırasında karşılaşılan problemler dikkate alınarak anket formu düzeltilip son şekli verilmiştir.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümü aile hekimlerinin demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bazı değişkenleri, ikinci bölümü aile hekimliği uzmanlarının olası sorunlarını içermekte, üçüncü bölüm ise olası çözüm önerilerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Ankette aile hekimliğindeki sorunlar 3 başlık altında toplanmaktadır. Bunlar aile hekimliği eğitiminde nitelik ve kapsam sorunları, çalışma ortamı özellikleri ile ilgili

sorunlar, iş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlardır. Buna ilave olarak ayrıca aile hekimlerine Türkiye sağlık sistemi ile ilgili genel sorunlar, aile hekimlerinin nerelerde istihdam edilmesi gerektiği, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yetersiz olduğu düşünülen alanlar ve aile hekimi çalışma ekibinde bulunması gereken diğer sağlık personeline ilişkin tamamlayıcı sorulara da yer verilmiştir.

Araştırma anketinde değişkenlerin boyutlarını ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li Likert yöntemi kullanılmıştır. Skorlar "5" değerine yaklaştıkça aile hekimlerinin sorunu kabullenme derecelerinin arttığı, "1" değerine yaklaştıkça da azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde çözüm önerilerinde de aile hekimlerinin yanıtları "5" değerine yaklaştıkça kabullenme derecesi artmakta, "1" değerine yaklaştıkça azalmaktadır.

Puanlama şu şekildedir:

Kesinlikle katılmıyorum	1
Katılmıyorum	2
Kararsızım	3
Katılıyorum	4
Kesinlikle katılıyorum	5

Anket, sahadaki aile hekimlerine birinci yazar K. Algin tarafından yüz yüze ve posta yolu ile (internet ortamında e-posta ile) uygulanmıştır. Araştırma süresi olan 01 Aralık 2001- 15 Ocak 2002 tarihleri arasında veri toplama aracı aile hekimlerine dağıtılmıştır. Toplanan 147 anketin 94 tanesi internet ortamında e-posta servisi ile, 53 tanesi ise yüz yüze uygulanarak toplanmıştır. Geliştirilen anketin iki farklı yöntemle (yüz yüze görüşme ve kendi kendine) katılımcılara uygulanmıştır. Bundan dolayı bu iki farklı yöntemin sonuçlar üzerine farklı etkiler yapacağı varsayılmaktadır. Elde edilen bulgu ve sonuçların tüm aile hekimlerine genellenmesinde bu önemli bir kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca araştırmada 102 aile hekimine ulaşmak sonuçların genellenmesi açısından ciddi sakıncalar yaratabilmektedir.

Bağımsız ölçümler arasındaki kararlılık olarak ifade edilen ve bilimsel bir çalışmanın ilk koşulu olan (Karasar 1998) güvenilirlik için; aile hekimliği eğitiminde nitelik ve kapsam sorunları, çalışma ortamı özellikleri, iş koşulları ve diğer çalışanlar ile ilgili sorunlar, sağlık sistemi ile ilgili sorunlar ve bunlara yönelik çözüm önerileriyle ilgili genel ve alt boyutları kapsayan soruları içeren

güvenirlilik analizi yapılmıştır. Bu analizde Cronbach Alpha katsayısına bakılmıştır. Bu katsayının yüksek olması ölçüm aracının güvenilir olduğunu ifade etmekte ve Cronbach Alpha değerinin 0,50 ve üstünde olması önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir (Karasar 1994; Carey, Seibert 1993; Alpar 2000).

Araştırma sonucunda anketteki sorulara verilen yanıtlara dayalı olarak güvenirlilik çalışması yapılmış ve güvenirlilik katsayıları Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmada tüm boyutların güvenirlilik katsayıları kabul edilebilir oranın üzerinde çıkmıştır. Güvenirlilik değerlerinin kabul edilebilir oranın üzerinde çıkması, geliştirilen testin güvenirliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Anketin Alt Bölümlerinin Güvenirlilik Katsayıları (cronbach alpha)

BOYUTLAR	Alpha Değeri
Aile hekimliği eğitiminde nitelik ve kapsam sorunları	0,86
Çalışma ortamı özellikleri ile ilgili sorunlar	0,76
İş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlar	0,82
Sağlık sistemi ile ilgili sorunlar	0,80
Çözüm önerileri	0,86
Anketin genel güvenirliliği	0,88

Araştırmanın geçerliliği için de araştırma kapsamındaki aile hekimlerine “veri toplama aracındaki sorunlar uygulamadaki sorunlarla örtüşüyor mu ve bu sorunlara yönelik oluşturulan çözüm önerileri uygulanabilir mi?” sorusu sorulmuş ve % 85’i “evet” cevabını vermiştir.

III. BULGULAR

Önceki bölümde belirtildiği gibi, araştırmada az sayıda aile hekimine ulaşılmış olması sebebiyle, bulguların ülke geneline veya tüm aile hekimlerini kapsayacak şekilde genellenmesi yanlış yorumlara yol açabilir. Ancak araştırma en azından aile hekimlerinin mesleki sorunları ve olası çözüm önerilerinin kendi değerlendirmeleri ile açıklanması açısından önem arz etmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı (n=102)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	35	34,3
Erkek	67	65,7
<i>Çalıştığı Kurumdaki Unvanı</i>		
Aile hekimliği uzmanı	70	68,6
Öğretim üyesi	21	20,6
Yönetici	11	10,8
<i>Çalışılan Alan</i>		
Sahada çalışan aile hekimleri	81	79,4
Akademik çalışan aile hekimleri	21	20,6
<i>Çalışılan Kurumun Mülkiyeti</i>		
Sağlık Bakanlığı	57	55,8
Üniversite	29	28,5
Özel	16	15,7
<i>Çalışılan Süre</i>		
=< 5 yıl	78	76,5
>= 6 yıl	24	23,5
Toplam	102	100

Tablo 2’de araştırmaya katılan aile hekimi uzmanlarının bazı niteliklere göre dağılımı verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin çoğunluğu erkektir, sahada çalışan aile hekimi uzmanı olarak ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapmaktadır.

Tablo 3. Aile Hekimliği Eğitiminde Nitelik Ve Kapsam Sorunlarının Önem Derecelerine Göre Dağılımı (n=102, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum)

	AH Eğitiminde Nitelik Ve Kapsam Sorunları	\bar{x}	SS
1	AH asistan eğitiminde iç hiyerarşinin, yani AH klinik disiplini ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistemin olmaması	4,14	0,94
2	AH uzmanlık eğitiminin AH kavramına ve felsefesine yer ayırmaması	4,07	1,07
3	AH eğitim programının, birinci basamakta aile hekiminin yerini belirlemekten uzak olması	3,89	0,93
4	AH eğitim programı içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında rotasyonların olmaması	3,83	1,20
5	AH eğitim programının, AH'nin diğer uzmanlık dalları ile arasında var olan yetki ve pratik ayrımlarına değinmemesi, kendi sınırlarını çizememesi	3,83	1,13
6	AH uzmanlık eğitiminin toplum yönelimli verilmemesi	3,68	0,98
7	AH uzmanlık eğitiminin birinci basamak kavramı oluşturmaya yönelik olmaması	3,66	1,09
8	AH eğitim programında korunma kavramlarına (birincil-ikincil-üçüncül korunma) yeterince önem verilmemesi	3,64	1,12
9	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde birinci basamak için verilen eğitimlerin kaynaklarla uyumlu olmaması	3,63	1,13
10	Türkiye'de devlet hastanelerinde uygulanmakta olan AH uzmanlık eğitiminin içeriğinin yeterli olmaması	3,62	1,06
11	TUS'da devlet hastanesi kadroları için mesleki bilginin değerlendirilmemesi	3,53	1,23
12	AH eğitim sürecinde hastalığın gelişimine ve buna yol açan psikolojik, toplumsal, çevresel ve ekonomik etmenlere yeterince değinilmemesi	3,53	1,14
13	AH uzmanlık eğitiminin Türkiye'nin toplumsal gereksinimleri doğrultusunda sağlık sorunlarına çözüm bulmak ve kaynakları optimum kullanmak üzere tasarlanmamış olması	3,51	1,26
14	AH asistanlarının eğitim faaliyetlerinden (kongre, sempozyumlar) yeterince yararlanamaması	3,47	1,22
15	AH eğitim programının Türkiye gereksinimleri ile tam örtüşmemesi	3,36	1,19
16	AH eğitim sürecinde daha çok hastalığın bedensel ögesine ağırlık verilmesi	3,29	1,12
17	AH asistanlarının rotasyonlarında belirli bir sıranın olmaması	2,95	1,27
18	AH eğitim programının, AH pratiğinden uzak rotasyonlardan oluşması	2,76	1,21
	GENEL	3,57	0,62

Tablo 3, Türkiye’de aile hekimliği eğitiminde karşılaşılan nitelik ve kapsam sorunlarına, aile hekimlerinin verdikleri önem derecelerinin dağılımını göstermektedir. Aile hekimlerinin aile hekimliği eğitiminde nitelik ve kapsam sorunlarına verdikleri önem dereceleri incelendiğinde en önemli sorunlar, “AH asistan eğitiminde iç hiyerarşinin, yani AH klinik disiplini ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistemin olmaması” ($\bar{x}=4,14$), “AH uzmanlık eğitiminin AH kavramına ve felsefesine yer ayırmaması”dır ($\bar{x}=4,07$). Aile hekimlerinin değerlendirmelerine göre son sırada yer alan sorunlar da “AH eğitim programının, AH pratiğinden uzak rotasyonlardan oluşması” ($\bar{x}=2,76$) ve “AH uzmanlık eğitiminin toplum yönelimli verilmemesi” ($\bar{x}=2,95$) olarak tespit edilmiştir. AH eğitiminde nitelik ve kapsam sorunlarına aile hekimlerince verilen önem derecesi değerleri 3. ve 16. sorular için $\bar{x}=3,29-3,89$ arasındadır. Aile hekimlerinin 18 soru altında toplanan “AH eğitiminde nitelik ve kapsam sorunlarına” verdikleri önem derecelerinin genel ortalaması $\bar{x}=3,57$ olarak bulunmuştur. Bu ortalama skor genel olarak aile hekimlerinin veri toplama aracında ifade edilen sorunları önemli gördüklerini göstermektedir.

Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Yetersiz Olduğu Düşünülen Alanlar (Klinik Bilimler, Klinik Dışı Bilimler)

<i>Klinik bilimler</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Klinik dışı bilimler</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>
Cilt hastalıkları	85	20,4			
Birinci Basamak saha uygulamaları	81	19,4	Epidemiyoloji	72	15,5
Kulak Burun Boğaz	67	16,1	Sağlık Yönetimi	62	13,3
Ortopedi	56	13,4	Koruyucu hekimlik	56	12,0
Enfeksiyon hastalıkları	53	12,7	Eğitici eğitimi	53	11,4
Göz hastalıkları	53	12,7	Biyoistatistik	49	10,5
İç hastalıkları	5	1,2	Sağlık Politikaları	46	9,9
Genel cerrahi	5	1,2	İletişim	43	9,2
Psikiyatri	5	1,2	Yetişkin eğitimi	42	9,0
Kadın hastalıkları ve doğum	4	0,9	Psikoloji	21	4,5
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	2	0,4	Sosyoloji/Antropoloji	20	4,3
TOPLAM	416	100	TOPLAM	464	100

Tablo 4, aile hekimlerinin AH uzmanlık eğitiminde yetersiz olduğunu düşündükleri alanları göstermektedir. Bu alanlar “klinik bilimler” ve klinik dışı bilimler” olarak iki gruba ayrılmıştır. Her iki alt grubun da kümülatif yüzdeleri alınmıştır. Aile hekimlerinden birden fazla seçenek işaretlemeleri istenmiştir. Klinik bilimle ilgili olarak yetersiz olduğu en fazla düşünülen alanlar cilt hastalıkları (%20,4), birinci basamak saha uygulamaları (%19,4), KBB (%16,1), ortopedi (%13,4), enfeksiyon hastalıkları (%12,7), göz hastalıkları (%12,7) olarak sıralanmıştır. Diğer disiplinler ise; iç hastalıkları (%1,2), genel cerrahi (%1,2), psikiyatri (%1,2), kadın hastalıkları ve doğum (%0,9), çocuk sağlığı ve hastalıkları (%0,4) olarak tespit edilmiştir.

Klinik dışı bilimlerde yetersiz olduğu en çok düşünülen alanlar, epidemioloji (%15,5), sağlık yönetimi (%13,3) ve koruyucu hekimlik (%12,0). Daha az düzeyde yetersiz olduğu düşünülen alanlar ise psikoloji (%4,5) ve sosyoloji /antropolojidir (%4,3).

Tablo 5. Aile Hekimlerinin, Çalışma Ortamı İle İlgili Sorunlarının Önem Derecelerine Göre Dağılımı (n=102, 1=Çok Kötü, 5= Çok İyi)

Çalışma Ortamı Özellikleri	\bar{x}	SS
Çalışma arkadaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilişkiler	3,81	0,81
Çalışılan ortamın (işyerinin) fiziki durumu (ısıtma, aydınlatma vb. gibi)	3,56	0,97
Çalışma ortamının teknik donanım yeterliliği	3,29	1,10
Aldığımız ücretin yeterliliği	1,97	1,11
GENEL	3,15	0,77

Tablo 5, aile hekimlerinin çalışma ortamı ile ilgili sorunlarının önem derecelerine göre dağılımını göstermektedir. Burada ölçeklendirme olarak 1= çok kötü, 5= çok iyiyi temsil etmektedir. Buradan hareketle ücretin yetersizliği aile hekimlerinin çalışma ortamı ile ilgili olarak gördükleri en önemli sorundur ($\bar{x}=1,97$).

Tablo 6, aile hekimlerinin iş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlarının önem derecelerine göre dağılımını göstermektedir. Aile hekimlerinin algıladıkları en önemli sorun olarak; “klinisyenlerin aile hekimlerini, ekonomik çıkarlarını zedeleme potansiyeline sahip bir grup olarak görmesi ($\bar{x}=4,26$)”, “meslek örgütlerinin AH’ye karşı olumsuz ön kabulleri ($\bar{x}=4,25$)”, “yöneticilerin aile hekimliği hakkında yeterince bilgiye sahip olmaması” olarak görülmektedir ($\bar{x}=4,26$). Ayrıca aile hekimlerinin iş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlarının genel ortalama skor etrafındaki değişiminin nispeten düşük olduğu ($\bar{x}=3,52$), başka bir ifade ile sorunların skorlarının “katılıyorum” a yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Aile Hekimlerinin, İş Koşulları Ve Diğer Çalışanlarla İlgili Sorunlarının Önem Derecelerine Göre Dağılımı (n=102, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum)

İş Koşulları Ve Diğer Çalışanlarla İlgili Sorunlar	\bar{x}	SS
1. Klinisyenlerin aile hekimlerini, ekonomik çıkarlarını zedeleme potansiyeline sahip bir grup olarak görmesi	4,26	0,82
2. Meslek örgütlerinin AH karşı olumsuz önkabulleri	4,26	0,88
3. Yöneticilerin aile hekimliği hakkında yeterince bilgiye sahip olmaması	4,25	0,97
4. Birinci basamakta uzmanlaşmanın gerek olmadığını savunan sağlık profesyonellerinin bulunması	3,92	1,17
5. Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak görülmemeyip, tıp fakültesinden mezun olmuş herkesin zaten yapabileceği bir uygulama olarak görülmesi	3,87	1,20
6. Aile hekimliği mesleğini profesyonel olarak uygulayabilme imkanının bulunmaması	3,66	1,35
7. Pratisyen ve diğer uzman hekimlerin AH'ne karşı olumsuz tutum ve davranışları	3,54	1,15
8. Çalışma ortamında kişisel gelişme ve yükselme fırsatının olmaması	3,43	1,13
9. Formal eğitim alınan alanda çalışamama	3,38	1,11
10. Görev ve yetkilerde dengesizlik	3,36	1,07
11. İş başında yetiştirilme, sürekli tıp eğitimi pratiği ve uygulamalarından yararlanma fırsatının yetersizliği	3,31	1,25
12. Görevini yaparken engellendiği duygusuna kapılma	3,18	1,10
13. Aile hekiminin idari görev alması	2,88	0,95
14. Yürütülen işin dışında bilgi verilmeme, dışlanma	2,84	1,14
15. İş yükünün fazlalığı	2,75	1,07
GENEL	3,52	0,58

Tablo 7, aile hekimlerinin sağlık sistemi ile ilgili sorunlarının önem derecelerine göre dağılımını göstermektedir. Tabloda belirtilen sorunların skorlarının, genel ortalama skoruna çok yakın olduğu görülmektedir. 1-14 arası sorunların skorları $\bar{x}=4,17-4,67$ arasındadır. Aile hekimlerinin değerlendirmelerine göre son sırada yer alan sorunlar da; "AH asistan

kadrolarının kısıtlı olması ($\bar{x}=3,82$)”, “sağlık ocaklarına uzman kadrosunun verilmemesi (=3,58)” olarak tespit edilmiştir. Aile hekimlerinin sağlık sistemi ile ilgili olası soru alanlarının tamamını önemli gördükleri söylenebilir. Aile hekimlerinin kendi mesleki sorunlarından önce maaş, bütçe gibi konuları en önemli sorun olarak görmeleri dikkati çekmektedir. Bu da sağlık personelinin ekonomik açıdan ciddi sorunlarla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir.

Tablo 7. Aile Hekimlerinin, Sağlık Sistemi İle İlgili Sorunlarının Önem Derecelerine Göre Dağılımı (n=102, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum)

Sağlık Sistemi İle İlgili Sorunlar	\bar{x}	SS
1. Sağlık personelinin ücret/maaşlarının düşük olması	4,67	0,60
2. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük olması	4,62	0,75
3. Ulusal sağlık politikasının olmaması	4,59	0,69
4. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekiminin görev tanımının yapılmaması	4,59	0,65
5. Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliğine yönelik politikasının olmaması	4,59	0,74
6. İnsan gücü planlamalarının, gereksinimlere göre yapılmaması	4,54	0,74
7. Ulusal sağlık hizmeti modelinin politize edilmesi	4,49	0,90
8. Mevzuatın yetersizliği	4,39	0,79
9. Birinci basamakta etkin bir kayıt sisteminin oluşturulamaması	4,39	0,90
10. Sektörler arası eşgüdüm yokluğu	4,38	0,73
11. Sevk zincirinin olmaması,	4,37	0,89
12. Aile hekimlerinin sağlık sistemi tarafından yeterince motive edilmemesi	4,37	0,92
13. Genel sağlık sigortası olmaması	4,21	1,01
14. Sağlık ocaklarına gereken önemin verilmemesi,	4,17	0,98
15. AH asistan kadrolarının kısıtlı olması	3,82	1,13
16. Sağlık ocaklarına uzman kadrosunun verilmemesi	3,58	1,26
GENEL	4,36	0,44

Tablo 8. Aile Hekimlerinin Çalışacakları Yerler Ve Aile Hekimliğinin Özellikle En İyi Şekilde Sunulabileceği Kuruluşlara Göre Dağılımı (n=102)

KURUM VE KURULUŞLAR	Frekans	Yüzde (%)
1. Sağlık Bakanlığı'nın eşgüdümüyle donanımlı (laboratuvar, röntgen vb.) birinci basamak sağlık birimlerinde	93	17,1
2. Özel muayenehanede	69	12,7
3. AÇS/AP merkezinde	64	11,7
4. Kurum polikliniğinde	54	9,9
5. Sağlık ocağında	50	9,2
6. Özel poliklinikte	49	9,0
7. Üniversite sağlık biriminde	44	8,1
8. Turistik işletmede	43	7,9
9. Fabrikada	38	6,8
10. Hastane polikliniğinde	32	5,8
11. Diğer	7	1,2
TOPLAM	543	100

Tablo 8'de aile hekimlerinin, "aile hekimleri nerede çalışmalıdır? AH hizmeti hangi kurumda en iyi bir şekilde sunulabilir?" sorusuna verdikleri önem derecelerinin dağılımı gösterilmektedir. Bu soruda hekimlerden birden fazla seçenek işaretlemeleri istenmiştir. Aile hekimlerinin değerlendirmelerine göre ilk üç sırada "Sağlık Bakanlığı'nın eşgüdümüyle donanımlı (laboratuvar, röntgen vb.) birinci basamak sağlık birimlerinde (% 17,1)", "özel muayenehanede (% 12,7)", "AÇS/AP merkezinde (% 11,7)" çalışması gerektiği belirtilmektedir. Diğer birimlerde de frekanslar birbirine çok yakın olarak çıkmıştır (% 5,8- % 9,9). Onbirinci sıradaki diğer olarak adlandırılan bölüm içinde; SSK hastaneleri, semt poliklinikleri gösterilmektedir. Aile hekimleri anketi cevaplarırken bire-bir görüşmelerde ve ankete düşülen notlarda, aile hekimliği hizmetinin, aile hekimlerinin birinci basamak hizmet verilen her yerde çalışabileceği belirtilmiştir. Bu yerlere günümüzde herkesin hiçbir sevk zincirine tabi olmadan başvurabildiği üniversite poliklinikleri de dahildir. Ancak iyi bir sevk zinciri kurulursa, o zaman aile hekimlerinin de sadece sahada çalışması gerektiği belirtilmiştir.

Tablo 9. Aile Hekimlerinin Birlikte Çalışacağı Ekipte Yer Alması Gerektiğini Belirttikleri Meslek Gruplarının Dağılımı

Meslek Grupları	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	99	10,6
Laboratuvar Teknisyeni	96	10,3
Tıbbi Sekreter	84	9,0
Röntgen Teknisyeni	82	8,8
Ebe	79	8,5
Sosyal Hizmet Uzmanı	67	7,2
Psikolog	67	7,2
Diyetisyen	64	6,9
Diş Hekimi	57	5,9
Sağlık Memuru	55	5,8
Bilgisayar Operatörü	37	3,9
Çocuk Gelişim Uzmanı	34	3,6
Muhasebeci/İşletmeci	33	3,5
Fizyoterapist	26	2,8
Tıbbi Teknolog	24	2,7
Diğer Dal Hekimleri	22	2,3
TOPLAM	926	100

Tablo 9’da aile hekimlerinin birlikte çalışacağı ekipte yer almasının gerekli olduğunu düşündükleri meslek gruplarının dağılımı gösterilmektedir. Bu soruda hekimlerden birden fazla seçenek işaretlemeleri istenmiştir. Aile hekimlerinin değerlendirmelerine göre ilk sıralarda; hemşire (% 10,6), laboratuvar teknisyeni (% 10,3), tıbbi sekreter (% 9,0), röntgen teknisyeni (% 8,8), ebe (% 8,5), sosyal hizmet uzmanı (% 7,2), psikolog (% 7,2) olarak tespit edilmiştir. Yüz yüze görüşme ile anket dolduran aile hekimleri bu soruyu yanıtlamadan önce “birinci basamak ekibinin isimlerle sınırlandırılmayacağı, ekibin konfigürasyonunu gereksinimlerin belirleyeceği” ifade etmişlerdir.

Tablo 10. Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunlarına Yönelik Olarak Oluşturulan Çözüm Önerilerinin Önem Derecelerine Göre Dağılımı (n=102, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum)

	Çözüm Önerileri	\bar{x}	SS
1	Birinci basamakta uzmanlaşmanın gerekliliğinin ve aile hekimliği disiplininin diğer sağlık profesyonellerine, yöneticilere ve halka tanıtılması	4,83	0,37
2	Sağlık sistemi içinde AH'nin yerinin net bir şekilde ortaya konması	4,80	0,47
3	Ulusal sağlık politikasının oluşturulması	4,73	0,62
4	Sağlık sistemi içinde AH'nin görev tanımlarının açık ve net olarak tanımlanması	4,67	0,67
5	AH eğitim programında, standardizasyonun sağlanması ve eğitimin ve sınavın bu standardizasyon doğrultusunda yapılması	4,66	0,59
6	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tüm dünyada uygulanmakta olan AH disiplinine ülkemizde de kademeli olarak geçiş sağlanması	4,64	0,74
7	AH'nin sürekli tip eğitimleri için kongre ve sempozyumlara katılımlarının sürekliliğinin sağlanması	4,64	0,52
8	AH'nin birinci basamak hekimi olduğu ve ayakta başvuran hastasının her türlü yakınmasıyla ilgilenme ve bunları ayrıştırabilme bilgi ve formasyonunun kazandırılması	4,62	0,61
9	Birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması	4,59	0,81
10	AH eğitim programının içeriği ve müfredatının Türkiye gereksinimleri göz önüne alınarak düzenlenmesi	4,58	0,78
11	AH anabilim dallarının yaygınlaştırılarak, gerekli akademik kadroların tahsis edilmesi	4,55	0,70
12	Sağlık Bakanlığı'nın eşgüdümüyle donanımlı (laboratuvar, röntgen vb.) birinci basamak sağlık birimlerinin oluşturulması	4,54	0,61
13	Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim hastanelerinde AH klinik şefliğinin tamamlanması	4,52	0,77
14	AH uzmanlık eğitiminde, birinci basamak sağlık kurumlarında rotasyonların düzenlenmesi	4,38	0,80
15	Diğer uzmanlık dalları ile yetki ve pratik ayrımların yapılması ve AH'nin sınırlarının çizilmesi	4,32	0,82
16	Genel sağlık sigortasının oluşturulması	4,29	0,93
17	TUS sınavında AH kadrolarının artırılması	4,29	0,92
18	TUS sınavında AH asistanlarının seçiminde mesleki bilgi ve yabancı dil bilgilerinin birlikte değerlendirilmesi	4,27	1,12
19	Pratisyen hekimlerin de belirli bir süre eğitimden sonra birinci basamakta uzmanlaşmalarının sağlanması	3,60	1,33
	GENEL	4,50	0,42

Tablo 10, Türkiye’de AH uzmanlarının sorunlarına yönelik olarak oluşturulan çözüm önerilerine aile hekimlerinin verdikleri önem derecelerinin dağılımını göstermektedir. Aile hekimlerinin çözüm önerilerine ilişkin verdikleri önem dereceleri incelendiğinde, “birinci basamakta uzmanlaşmanın gerekliliğinin ve aile hekimliği disiplininin diğer sağlık profesyonellerine, yöneticilere ve halka tanıtılması” ($\bar{x}=4,83$), “sağlık sistemi içinde AH’nin yerinin net bir şekilde ortaya konması” ($\bar{x}=4,80$)” ilk iki sırada yer almaktadır. Aile hekimlerinin değerlendirmelerine göre son sırada yer alan çözüm önerileri “pratisyen hekimlerin de belirli bir süre eğitimden sonra birinci basamakta uzmanlaşmalarının sağlanması” ($\bar{x}=3,60$) ve “TUS sınavında AH asistanlarının seçiminde mesleki bilgi ve yabancı dil bilgilerinin birlikte değerlendirilmesi” ($\bar{x}=2,95$) olarak tespit edilmiştir. Aile hekimlerince çözüm önerilerine verilen önem derecesi değerleri 1 ve 18 sorular için $\bar{x}=4,83-4,27$ arasındadır, üst sınır olarak belirlenen “tamamen katılıyorum”a yakın olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin 18 soru altında toplanan “çözüm önerilerine” verdikleri önem derecelerinin genel ortalaması $\bar{x}=4,50$ olarak bulunmuştur. Bu ortalama skor genel olarak aile hekimlerinin veri toplama aracında ifade edilen çözüm önerilerini önemli gördüklerini göstermektedir.

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada aile hekimlerinin sorunlarının belirlenmesi, bu sorunların önem derecesine göre dağılımlarının oluşturulması, aile hekimlerinin “aile hekimliği” uygulamasına ilişkin sorunlara ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerine verdikleri önem derecelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Son dönemde Sağlık Bakanlığı’nın üzerinde yoğunlaştığı aile hekimliği uygulamasını başlatma çalışmaları ışığında, bu araştırma Türkiye’deki aile hekimlerinin mesleki sorunlarını ve olası çözüm önerilerini aile hekimleri değerlendirmelerine göre sunmaktadır. Çalışmada genel sorunlar ve çözüm önerileri üzerinde durulmuş, ayrıntıya gidilmemiştir.

Araştırmada tespit edilen aile hekimliği uzmanlık eğitiminde nitelik ve kapsam sorunlarına aile hekimlerinin verdikleri önem derecelerine göre “aile hekimliği asistan eğitiminde iç hiyerarşinin, yani aile hekimliği klinik disiplini ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistemin olmaması”, “aile hekimliği uzmanlık eğitiminin aile hekimliği kavramına ve felsefesine yer ayırmaması”, “aile hekimliği eğitim programının, birinci basamakta aile hekiminin yerini belirlemekten uzak olması”, “aile hekimliği eğitim programı içinde birinci

basamak sağlık kuruluşlarında rotasyonların olmaması”, “aile hekimliği eğitim programının, aile hekimliğinin diğer uzmanlık dalları ile arasında var olan yetki ve pratik ayrımlarına değinmemesi” en önemli beş sorun olarak yer almıştır.

Aile hekimlerinin çalışma ortamı içerikli sorunları ile ilgili olarak, çalışma arkadaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilişkiler, çalışılan ortamın (işyerinin) fiziki durumu (ısıtma, aydınlatma vb. gibi), çalışma ortamının teknik donanım yeterliliğinin genel olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. Fakat en önemli sorun, aldıkları ücretin yetersizliği olarak çıkmıştır. Çalışma ortamının aile hekimliği pratiğine uygun olmaması ve buna bağlı olarak zamanla aile hekimlerinin belirli konulara yoğunlaşp diğer bilgilerde körelmesine yol açmaktadır. Aile hekimliğinin yeterince anlaşılabilmesi, iş tanımının net yapılmamış olması nedeniyle aile hekimleri çalışma ortamlarında çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. Birinci basamak kavram ve sınırlarının oluşturulmaması, birinci basamağa gereken önemin verilmemesi, hastaların beklentilerinin yüksek olması ve teknik donanım ve personel eksikliği nedeniyle beklentilere cevap verilememesi, pratisyen hekimlerin TUS nedeniyle hasta-hekim ilişkisini en aza indirip hastalık tedavi ilişkisine yönelmiş olması sahada çalışan aile hekimlerinin çeşitli sıkıntılarla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.

Aile hekimlerinin iş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlarıyla ilgili olarak “klinisyenlerin aile hekimlerini, ekonomik çıkarlarını zedeleme potansiyeline sahip bir grup olarak görmesi”, “meslek örgütlerinin aile hekimliğine karşı olumsuz ön kabulleri”, “yöneticilerin aile hekimliği hakkında yeterince bilgiye sahip olmaması”, “birinci basamakta uzmanlaşmanın gerek olmadığını savunan sağlık profesyonellerinin bulunması”, “aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak görülmemiş, tıp fakültesinden mezun olmuş herkesin zaten yapabileceği bir uygulama olarak görülmesi” gibi sorunlar ilk sıralarda yer almaktadır. Aile hekimliğinin yasal prosedürü (Avrupa Topluluğuna girme süreci ile uyumlu olarak) tamamlanamadığı için, aile hekimleri Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (World Organization of Family Physicians -WONCA-) görev tanımlamasına uymayan her işte “joker” olarak çalıştırılmalarına neden olmaktadır. Türkiye’deki sağlık örgütlenmesinin ve kamusal sosyal güvenlik sistemlerinin aile hekimlerinin istihdamına uygun yapıda olmayışı, bazı sivil toplum örgütlerinin ve sağlık profesyonellerinin etikten uzak politik çabaları, Türkiye’de aile hekimliğinin gelişmesinin önünde büyük bir engel teşkil etmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sisteminde yapmayı planladığı köklü değişikliklerin temelini kendisinin yaptığı aile hekimliği tanımını yerleştirmesi, özellikle halk sağlığı anabilim dallarının karşı çıkmasına ve sanki aile hekimleri sadece genel sağlık sigortası varsa varmış ve hatta aile hekimliğinin sosyalizasyon sistemine bir alternatifmiş gibi tavır almalarına neden olmuştur. Bu düşüncelere kendi mesleki alanlarına girileceği endişesini taşıyan bazı klinik uzmanları da katılmaktadır. Bu tür yanlış anlaşılmanın giderilmesi için, Türkiye'de aile hekimliği uygulaması tanımı, tanımlanmış bir topluluğa, aile hekimliği ilkeleri çerçevesinde, birinci basamak ortamlarda sunulan, acil hekimlik ve iş sağlığı hizmetleri dışındaki birincil sağlık bakımı şeklinde olabilir. Mevcut sistem içinde etkin bir sevk zincirinin kurulması, teknik ve personel eksikliklerinin de giderilmesiyle, aile hekimlerinin sağlık ocaklarında hizmet sunmaları sağlanabilir. Aile hekimliği uzmanlarının kendi uzmanlık kavramlarını tam olarak benimsemiş olmaları da gerekmektedir.

Sağlık personelinin ücretleri yıldan yıla reel olarak gerilemektedir. Kamu kurumları arasında ücret farklılıkları bulunmaktadır. Sağlık personeli moralsiz ve motivasyonsuzdur. Sağlık personelinin motivasyonunu artıracak en önemli araçlardan birisi de ücretlerdir. Türkiye'de yapılan araştırmalar bunu göstermektedir.

Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerine girişte mesleki bilginin değerlendirilmemesi uygulaması devam etmektedir. Bunun değişmesini de içeren Tababet Uzmanlık Tüzüğü değişikliği ile ilgili çalışmalar yürürlüğe sokulamamıştır. Aile hekimliği anabilim dalları, ihtisasa kabullerde klinik puana göre değerlendirme yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde de ihtisasa kabullerde klinik puana göre değerlendirme yapılmalıdır.

Aile hekimlerinin çalışma ortamıyla ilgili sorunlarının başında "aldıkları ücretin yetersizliği" ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kuruluşlarda çalışan aile hekimleri bu sorunu daha önemli görmektedirler. Aile hekimlerinin ekonomik olarak ciddi sorunlarla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Bu sorun ile birlikte, kamu sektöründen istifalarla özel sektöre doğru bir geçiş olduğu da görülmektedir. Devletin belirli bir süreç ve maliyetle yetiştirmiş olduğu bu uzman personelin kaçışını önlemek için gerekli düzenlemeleri yapması gerekmektedir.

Aile hekimliğinin ve bu hizmetleri sunan aile hekimlerinin birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplini olduğunun yöneticilere, meslek örgütlerine, diğer sağlık personeline ve halka yeterince tanıtılması gerekmektedir. Birinci basamakta yapay ayrılıklara izin verilmemelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirttiği gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel tıp eğitiminden sonra bu alanda en az 3 yıl uzmanlık yapmış bir uzman hekim tarafından sunumunun sağlanması gerekmektedir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yetersiz olduğu düşünülen alanlar klinik bilimler ve klinik dışı bilimler olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. Aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi sırasında programı hazırlayanlar tarafından bu eksikliklerin de gözönünde bulundurulması gerekir. Uzmanların da bu alanlardaki eksiklikleri sürekli tıp eğitimi ve hizmet içi eğitim programları ile giderilebilir.

Türkiye'de kapsamlı bir aile hekimliği uygulamasına geçmek için yaklaşık 20.000 civarında aile hekimine ihtiyaç olduğu tahmin edilmektedir. Ülkenin kısa bir sürede bu kadar aile hekimi yetiştirmesi imkansız görünmektedir. Bu yüzden, aile hekimliğine geçişte, başta sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler olmak üzere birinci basamak sağlık birimlerinde çalışan pratisyen hekimlerin bir eğitimden geçirildikten sonra aile hekimliği uygulamasına katılmasının kaçınılmazlığı tartışılmazdır. Öncelikle Avrupa Birliği uyum çalışmaları ile birlikte bütün tıp fakültelerinde AH anabilim dalı kurulmalı ve buralardaki asistan kontenjanları artırılmalıdır.

AH'nin ülke genelinde işlerlik kazanması, bu araştırmada tespit edilen bir çok sorunun çözümü anlamına gelecektir. Hükümetin aile doktorluğu adı altındaki reform çalışmasının kısa vadede gerçekleştirilmesi için pratisyen hekimlere ve devlet hastanesinde çalışan uzman doktorlardan dileyenlere tıp fakülteleri işbirliği ile aile hekimliği eğitimi hızlandırılmış programlarla verilebilir. Bu amaçla kullanılacak sağlık ocakları eğitim sağlık ocakları olarak değerlendirilip, bölgedeki aile hekimliği anabilim dalının eğitim sorumluluğuna verilebilir. Mevcut aile hekimi uzmanları sağlık ocaklarındaki pratisyen hekimleri aile hekimliği konusunda eğitebilir. 500 aile hekimi uzmanının bu amaçla kullanıldığını varsayıldığında, bir yıl içinde 10.000 pratisyen hekim eğitilerek sisteme dahil edilebilir. Uyum eğitimi alan bu pratisyen hekimlere, eğitimlerini devam ettirmek ve rotasyonlarını tamamlamak koşuluyla, tez ve

bitirme sınavı sonrasında aile hekimi uzmanı sıfatı verilebilir (Görpeliöğlu ve diğerleri 2002).

KAYNAKLAR

1. Alpar R. (2000) **Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik**. T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara.
2. Barley G. E., et al. (2001) Characteristic of Issues Faced by Women Physicians. **The Journal of Rural Health** 17(3). (www.nrharural.org/research/Abs/192.htm) Erişim tarihi: 20.05.2004).
3. Başak O. ve Görpeliöğlu S. (1998) Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları. **Aile Hekimliği Dergisi** 1(2).
4. Başak O. (2000) **Birinci Basamakta Uzmanlık Eğitimi Paneli**. 22 Ocak 2000, Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul (<http://www.istabip.org.tr/bbue.htm> - Erişim tarihi: 09.10.2000).
5. Başbakanlık (2003) **T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı**. T.C. Başbakanlık, Ankara (<http://www.basbakanlik.gov.tr/acileyelem/aep.doc> -Erişim Tarihi: 10.10.2003).
6. Belek İ. (1997) Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli: Herkes İçin Sağlık Perspektifli Bir Değerlendirme. **Toplum ve Hekim Dergisi** 12 (78).
7. Carey R. and Seibert J. (1993) A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity. **Medical Care** 31 (9): 839-842.
8. Ceyhun G. ve Şener F. (1996) **Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Konusundaki Hazırlıkları ve Uygulamaları**. Aile Hekimliği II, İletişim yayınları, Cep Üniversitesi, İstanbul.
9. Dalda H.N. (1994) **Ankara’da Çeşitli Kamu Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Genel Sağlık Sigortası, AH, Genel Sağlık Sorunları Hakkındaki Bilgileri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi**. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
10. Demirtaş A. ve diğerleri (1999) **Köstence Sağlık Ocağında Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması**.

Yayımlanmamış Kırsal Hekimlik Staj Raporu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

11. DPT (1989) **VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara (<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/VI>. Erişim tarihi: 01.09.2001).
12. DPT (2000) **Uzun Vadeli Strateji Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
13. Fidaner C. (1995) **Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerindeki Yeri**. Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği Sempozyum Konuşması Metni (yayımlanmamış), İstanbul .
14. Görpelioğlu S. ve diğerleri (2002) **Sağlık Reformu ve Aile Doktorluğu: Edirne Raporu**. Trakya Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne (<http://aile.trakya.edu.tr/belgeler/rapor.doc> - Erişim tarihi: 10.01.2004).
15. Görpeloğlu S. ve Tüzer T.T. (1998) Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları. **Aile Hekimliği Dergisi** 1(2).
16. Güney M. (1998) **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali Hukuk Programı, İzmir.
17. Kadioğlu S. (1997) **Tıp Tarihi Çerçevesinde Bir Değerlendirme**. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesi, Ankara.
18. Karasar N. (1998) **Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler**. (8. Baskı), Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
19. Özçelik H. (1995) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Aile Hekimliği**. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
20. Sağlık Bakanlığı (2003) **Sağlıkta Dönüşüm Programı**. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
21. TAHUD (1998) **Aile Hekimi (AH/GP) Teknik Rapor**. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Ankara.

22. TAHUD (2001) **Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişimi**. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (www.tahud.org, Erişim tarihi: 05.07.2001).
23. Türk Tabipleri Birliği (1995) TTB Görüşü- Birinci Basamak ve Aile Hekimliği. **Toplum ve Hekim Dergisi** 10 (67).