

Türkiye’de aile hekimliğinin kökenleri ve gelişimi: Yarım yüzyıllık bir hekim deneyimi

The roots and development of family practice in Turkey: 50-year-experience of an internist

Nil Tekin¹, Okay Başak², Ahmet Yıldırım³

Özet

Amaç: Bu çalışmada yarım yüzyıla yaklaşan birinci basamak hekimlik deneyimi olan bir iç hastalıkları uzmanının hekimlik uygulaması ışığında, ülkemizde aile hekimliği uygulama özelliklerinin geçmiş ve gelişiminin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Birinci basamak temelli çalışan bir iç hastalıkları uzmanının, çalıştığı 1950–1994 yılları arasındaki dönemde tuttuğu hasta kayıtları incelendi. 49500 hasta kartından sistematik rasgele örneklem yöntemiyle 1650’si seçildi. Seçilen kartlar yüz yüze görüşme yoluyla kaydı tutan hekimle birlikte çözümlenerek değerlendirildi.

Bulgular: İncelenen 1650 hastanın %53.8’i kadın, %46.2’si erkekti. Yaş ortalaması 33.8±17.9 (0–86 yaş) olan hastaların %12.1’ini 15 yaş ve altındaki çocuklar oluşturmaktaydı. Yalnızca bir epizot izlenenlerin oranı %77.2 iken, hasta başına ortalama epizot sayısı 1.5±1.4 (aralık: 1–23 epizot) idi. Hastaların en sık başvuru nedenleri öksürük, karın ağrısı, ateş, mide ağrısı ve halsizlik-kırgınlık idi. Hastalara en sık konulan tanılar ise piloro-duodenal irritabilite, bronşit, romatoid ağrı ve gribal enfeksiyon şeklinde sıralanıyordu.

Sonuç: Bir iç hastalıkları uzmanının yarım yüzyıla varan hekimlik uygulamasında ilk temas hekimliği, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin tüm hastalara bakma, kapsayıcı bakım, hastalarla sürekli bir ilişki kurma, koordinasyon gibi aile hekimliği özellikleri gözlenmiştir. Bu uygulamanın iyi bir kayıt tutma ile desteklenmiş olması, hasta-hekim ilişkisinin sürekliliğinde önemli bir rol oynamıştır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, tıp tarihi, Dr. Ahmet Yıldırım.

Summary

Objective: In this study, we aimed to evaluate the roots and development of the features of family practice in our country in light of 50-year-experience of an internist.

Methods: Patient records in the archive of the internist who worked as a primary care physician between 1950 - 1994 were evaluated. 1650 were randomly selected among 49500 patients. These records were analyzed with the help of the same internist.

Results: Of the 1650 patients, 53.8% were female and 46.2% were male. Mean age was 33.8 ± 17.9 (0-86 years) and 12.1% of patients were 15 years old or younger. Illness episode per patient was 1.5 ± 1.4 (range: 1-23 episode). 77.2% of the patients had only one episode. The most frequent presenting symptoms were cough, abdominal pain, fever, stomach ache, and fatigue. The most frequent diagnoses were pyloro-duodenal irritability, bronchitis, rheumatoid pain and upper respiratory tract infection.

Conclusions: The characteristics of family medicine such as first contact medicine, commitment to ongoing personal care, a comprehensive approach, acceptance of all patients regardless of their sex, age or type of illness and coordination were observed within the near half century experience of the internist. This practice was supported by an advanced record system which seemed to have an important role in continuous patient-physician interaction.

Key words: Family medicine, medical history, Dr. Ahmet Yıldırım.

Aile hekimliği tüm yaş, cins, organ ve hastalığı kapsayan bir uygulama alanında, kişileri fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısıyla bütün olarak değerlendiren bir uzmanlık alanıdır. Aile hekimleri, bu uzmanlık alanının ilkeleri çerçevesinde, kişilere aileleri, yaşadıkları top-

luluk ve kültürleri bağlamında sürekli bakım verirler.¹⁻⁴ Son yıllarda ülkemizde, aile hekimliği uygulamasını ülke çapında yaygınlaştırma çalışmaları sürerken, tanımı ve uygulanmasına yönelik tartışmalar da ön plana çıkmaktadır.

¹ SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi, Aile Hekimliği Uzmanı, Dr., İzmir

² Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr., Aydın

³ İç Hastalıkları Uzmanı, Emekli, Aydın

Ülkemizde birinci basamak hekimliği gelişimi değerdendirildiğinde memleket/hükümet/sağlık ocağı tabipliği ekseninde daima anonim bir nitelik taşımıştır.⁵ İkinci dünya savaşının ardından dünyada yaşanan gelişmelere koşut olarak 1947 yılında yalnızca hastane rotasyonu eğitimiyle yetiştirilen ‘genel sağlık uzmanlarına’, daha sonra 1955’de bu uygulamanın kaldırılmasıyla diğer alanlarda uzmanlık hakkı tanınmıştır.⁶

Kuşkusuz 1960’lı yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması anlayışıyla kurulmaya başlayan ve giderek tüm Türkiye’ye yayılan sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutmuş, ilerleyen dönemde birçok başarılı sağlık ocağı uygulaması gerçekleştirilmiştir.⁷ Ancak sağlık ocaklarının bölge tabanlı örgütlenmesi ve başlangıçta öngörülen kayıt sisteminin bir türlü istenen düzeylerde oluşturulamaması ve kullanılamaması, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda bakımın sürekliliğini sağlayamamıştır. Sağlık ocağında çalışan pratisyen hekimlerin kendi hasta listelerine sahip olmaması, aile hekimliğinin kişisel hekimlik ilkesinin yaşama geçirilmesini engellemiştir. Pratisyen hekimlerin tıp fakültesi sonrasında aile hekimliğine özgü özel bir eğitim almamış olması da yine sağlık ocaklarında aile hekimliği ilkelerine uygun hekimlik uygulamasının önünde önemli bir engel oluşturmuştur.

Gerek 1960 öncesinde ve gerekse 1960’lı yıllarda başlayan sosyalizasyon örgütlenmesi döneminde pratisyen ya da genel tıp disiplinlerinden birinde uzmanlık eğitimi almış hekimler birinci basamakta serbest hekim olarak çalışmışlardır. Bu hekimlerin birinci basamak deneyimleri, aile hekimliği uygulamasının temel ilkeleri açısından zengin özellikler taşımaktadır.

Dr. Ahmet Yıldırım 1930’lu yılların sonlarına doğru tıp fakültesini bitirmiş, 1940’lı yıllarda koruyucu hekimlik savaşıma katılmış, iç hastalıkları uzmanlık eğitimi almış ve 1950’den itibaren de kent merkezinde muayenehane hekimliğine başlamıştır. Bu çalışmada Dr. Yıldırım’ın mesleksel deneyiminin irdelenmesinin, aile hekimliğinin ülkemizdeki kökenlerini ortaya koymak ve bugünkü gelişimine ışık tutmak bakımından yararlı olabileceğini düşündük. O dönemde uzmanlık eğitimi alıp yalnızca hastane dışında çalışan hekimlerin azlığı dikkate alındığında, Dr.

Yıldırım nadir bir ‘kasaba doktoru’ olarak değerdendirilebilir. İç hastalıkları uzmanı olmasına karşın hasta kayıtlarından anlaşıldığı üzere o, aile hekimliği kavramına yabancı olmayan ve bölgede ‘ailemizin doktoru’ olarak bilinen bir hekimdir. Örgütlenmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin sınıf arkadaşı Dr. Nusret Fişek tarafından ilerleyen yıllarda uygulanmasına kadar geçen uzun süreçte, tüm kasaba doktorlarında olduğu gibi muayenehanesi yöre halkının ilk başvuru yeri olmuştur. Bu konuda yol gösterici çok güzel örneklere ve anılara ulaşmak olası ise de, günümüze kadar gelen kapsamlı hasta kayıtlarına ulaşamamış olması, Dr. Yıldırım örneğinin değeri artırılmaktadır.

1950’lerde hekimlik uygulama ortamı, sağlık güvence sistemlerinin yeterince gelişmediği bir dönemdir. O yıllarda Anadolu’da tıp fakültesini bitirmiş birçok pratisyen hekim hükümet tabipliliği dışındaki sağlık hizmetlerini özel muayenehaneleri aracılığıyla yürütmeye çalışmıştır. Özellikle ‘kasaba doktorlarının’ özel muayenehanelerinde çalışması halk tarafından da kabul görmüştür.⁸ 1950’lerde sağlık güvencesi sistemlerinin oluşmaya başlamasıyla birlikte, devletin tüm sağlık hizmetleri alanında sorumluluk almaya başladığını görüyoruz. 1961 sosyalizasyon reformu da bu sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak gelişmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda ülkemizde ikinci ve üçüncü basamağın giderek öne çıktığı hizmet sunumunda, özellikle 80’li yıllardan sonra tablo tamamen karışık bir hal almıştır.⁹

Bu çalışmada, Türkiye’de yaklaşık yarım yüzyıllık süreçte, birinci basamak temelli çalışan bir hekimin tuttuğu hasta kayıtlarından aile hekimliği uygulamasına yaklaşan sağlık bakımı örnekleminin çıkarılması, halkın sağlıkta ilk başvuru tercihlerindeki özelliklerin belirlenmesi, en önemlisi ülkemizde aile hekimliğinin gelişimine ışık tutulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız geriye dönük tanımlayıcı bir çalışmadır. Dr. Ahmet Yıldırım uzun yıllar kent merkezinde birinci basamak temelli çalışmış bir iç hastalıkları uzmanıdır. Dr. Yıldırım’ın etkin hekimlik yaptığu Ocak 1951-Aralık 1994 tarihleri arasındaki dönemde muayenehanesine başvuran hastalar için tuttuğu kayıtlar çalışmamızın evrenini oluş-

turmuştur. Hala olduğu gibi korunan muayenehanesinde söz konusu dönem içinde elle tutulmuş ve özel olarak hazırlanmış dolapta günümüze kadar korunmuş 49.500 hasta kayıt kartı saptanmıştır. Bu hasta kartlarından sistematik örnekleme yoluyla 1.650 tanesi seçilmiş ve çalışmanın amacına yönelik olarak incelenmiştir.

Seçilen hasta kartları Ocak 2004-Eylül 2004 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yoluyla, kaydı tutan hekimle birlikte çözümlenerek değerlendirilmiş, elde edilen niceliksel veriler özel olarak geliştirilen bir veri toplama formunda toplanmıştır. Dr. Yıldırım'ın çalışma döneminin ilk 10 yılında Arap Alfabesi ile tuttuğu kayıtlar yine aynı görüşmeler sırasında Türkçe çevirisi yapılarak incelenmiştir. İncelenen her hasta kartında var olan bilgiler hastanın kaç hastalık epizodu (dilimi) için kaç kez başvurduğu temel alınarak düzenlenmiştir. Çalışmada bir hastalık epizodu olarak, bir sağlık sorunu nedeniyle hizmet almak için yapılan ilk başvurudan, aynı sorun için en son kurulan ilişkiye kadar devam eden süre dikkate alınmıştır.

Ayrıca Dr. Ahmet Yıldırım'la yüz yüze görüşme yapılarak döneminin hekimlik uygulamasına ve aile hekimliği-ne ilişkin görüşleri alınmıştır. Yaklaşık iki saat süren bu görüşmenin video kaydı yapılmış ve daha sonra bu kayıtlardan görüşme metni tam olarak çıkarılmıştır. Ham verilerin niteliksel değerlendirilmesinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 10.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler sıklık analizleri, t testi, ki-kare testi ve korelasyon analizleri kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Kayıtları incelenen 1650 hastanın 886'sı (%53.8) kadın, 759'u (%46.2) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 33.8 ± 17.9 (0-86 yaş arası) olup, %12.1'i 15 yaş ve altındaki çocuklardı. Çocukluk döneminde gelen hasta grubunun %62.3'ünü 7-15 yaş arası okul çağı çocukları oluşturmaktaydı. 2 kişinin ise yaşı belirtilmemişti (n=1648). Kayıtlı hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Yaş gruplarının yıllar içindeki dağılımında ise çocuk yaş grubunun giderek azalma göstermesi dikkat çekmektedir. 1951-1960 yılları arasındaki çocuk hasta oranı %17.1 iken, 1981-1994 arasındaki son dönemde bu oran %4.6'ya düşmüştür.

Hastaların yalnızca %17'si il merkezinden gelmekte iken en yoğun hasta grubunu %59.2 ile ilçelerin belde ve köylerinden gelenler oluşturmaktaydı. Komşu illerden gelen hasta sayısı ise %7.4'e ulaşmakta idi. Dr. Yıldırım'ın hastalarının neredeyse üçte ikisi (%63.2) kırsal alanda yaşamaktaydı. İlk olarak 1951 Ocak ayında başlatılan kayıtlar, Dr. Yıldırım'ın etkin hekimlik uygulamasını bıraktığı 1994 Aralık ayında sona erdirilmişti. Bu dönemde kayıtları incelenen 1650 hasta 2365 hastalık epizodunda izlenmiştir. Yalnızca bir hastalık epizodu izlenenlerin oranı %77.2 iken, hasta başına ortalama epizot sayısı 1.5 ± 1.4 (1-23 epizot arası) idi. Hastalık epizodlarının izlem tarihlerine göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Üç hastalık epizodunun izlem tarihlerinin kaydına ise ulaşamamıştır (n=2362).

Tablo 1. 1951-1994 yılları arasında kayıtlı hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Hastanın yaşı	Sayı	%
1 yaş altı	9	0.6
1-6 yaş	66	4.0
7-15 yaş	124	7.5
16-24 yaş	359	21.8
25-64 yaş	963	58.4
65 yaş ve üzeri	127	7.7
Toplam	1648	100.0

Tablo 2. Hastaların başvuru tarihlerine göre hastalık epizotlarının dağılımı

Tarih	Epizot sayısı	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
1951-1960	776	32.9
1961-1970	576	24.4
1971-1980	804	34.0
1981-1994	206	8.7
Toplam	2362	100.0

Hastaların birden fazla hastalık epizotunun izlendiği 375 (%22.8) hasta kaydı saptandı. Yaş ilerledikçe birden fazla izlem oranı da artıyordu. Buna göre bir yaş altı çocukların yalnızca %11.1'i birden fazla hastalık epizotunda izlenmiş iken, bu oran 65 yaş ve üzeri hastalarda %26.7'ye çıkıyordu. Ancak hastaların yaşları ve yaşadıkları yerler ile hastalık epizot sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hastalar yaklaşık yarım yüzyıla varan dönem içinde birçok farklı yakınmayla başvurmuşlardı. Tüm başvuru nedenleri içerisinde %23.9 (566 hasta) ile en sık belirtilen yakınma olan öksürüğü, %21.3 (506 hasta) ile karın ağrısı ve %21.1 (502 hasta) ile ateş izlemekteydi. Bütün yakınmaların büyük kısmını gastrointestinal sistem (GİS), enfeksiyon ve kas iskelet sistemi yakınmaları oluşturmaktaydı (Tablo 3).

Tüm hastalık epizotlarının %61.6'sında hastaların kan basıncı (KB) ölçülmüştü. Tüm epizotlarda sistolik KB değerleri ortalaması 139.2 ± 22.5 (90–260 mmHg arası) iken, diyastolik KB ortalaması 92.9 ± 12.6 (60–150 mmHg arası) olarak saptandı. 18 yaş üstü 1343 kişiden %65.2'sinin (948 hasta) ise ilk gelişlerinde KB ölçülmüştü. İlk hastalık epizodunda KB ölçülen hastaların %44.1'inin KB değerleri 140 ve/veya 90 mmHg ve üstünde bulunmuş ve hipertansif olarak değerlendirilmişti. KB ölçümlerinin tümü cıvalı manometre ile yapılmıştı.

Tüm hastalık epizotlarında en sık saptanan fizik bulguları %33.1 batında hassasiyet, %9.7 ateş, %7.5 sırt kaslarının ağrılı olması idi ve başvuru nedenlerine benzer olarak GİS, enfeksiyon hastalıkları ve kas iskelet sistemi ile ilişkiydi. Kayıtlarda yer alan bütün hastalık epizotlarında konan ilk tanılarının sıklığı Tablo 4'te, dönemsel özelliği olan hastalıkların yıllara göre dağılımı ise Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 3. Kayıtlarda yer alan bütün başvuru nedenleri

Yakınma	Sayı	%
1. Öksürük	566	23.9
2. Karın ağrısı	506	21.3
3. Ateş	502	21.1
4. Mide ağrısı	408	17.2
5. Halsizlik-kırgınlık	394	16.6
6. Bel ağrısı	320	13.5
7. İştahsızlık	312	13.2
8. Üşüme-titrete	281	11.8
9. Bulantı	281	11.8
10. Sırt ağrısı	274	11.5

Tablo 4. Tüm hastalık epizotlarında konan ilk tanılarının sıklığı

Tanı 1	Sayı	%
1. Pیلoro-duodenal irritabilite	466	19.9
2. Gribal enfeksiyon	171	7.3
3. Bronşit	155	6.6
4. Romatoid ağrı	110	4.7
5. Miyalji	87	3.7
6. Zaafiyet	72	3.1
7. HT	67	2.8
8. Renal taş-kolik	64	2.7
9. Akciğer tüberkülozu	58	2.5
10. Gastroenterit	51	2.2

Hastalara verilen ilaçlar incelendiğinde en sık kullanılan gruplarda yer alan benzer ilaçların, aynı epizotta birden fazla sayıda verildiği dikkati çekmekteydi. Aynı epizotta verilen aynı grup ilaçlar bir grup olarak değerlendirildi.

Tablo 5. Dönemsel özellik gösteren tanılarının yıllara göre dağılımı

	1951–1960 Sayı (%)	1961–1970 Sayı (%)	1971–1980 Sayı (%)	1981–1994 Sayı (%)	Toplam n (%)
Sıtma	26 (92.8)	-	2 (7.2)	-	28 (100)
Akciğer Tbc	45 (58.4)	16 (20.7)	12 (15.5)	4 (5.1)	77 (100)
Akciğer dışı Tbc	40 (85.1)	2 (4.2)	4 (8.5)	1 (2.1)	47 (100)
Avitaminoz, Pellegra	8 (33.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	-	16 (100)

dirmeye alındı. Tüm epizotlarda vitamin-mineral preparatları %45.5 ve analjezik-antipiretikler %43.3 ile tedavi en fazla kullanılan ilaçlardı. Bu ilaçları %32,0 ve %25.1 ile sırasıyla antiasitler-mide koruyucuları ve penisilinler izlemektedir.

2365 hastalık epizodunda 139 hastada 196 laboratuvar incelemesi istenmişti. Laboratuvar kullanma oranı yalnızca %5.8 idi. 131 hastada (%5.5) tek bir laboratuvar incelemesi yapılırken, tüm laboratuvar incelemeleri içinde ise en fazla idrar bakısı istenmişti (%85.2) ve büyük çoğunluğu (%95.9) muayenesindeki laboratuvarında Dr. Yıldırım tarafından yapılmıştı. Epizotların %83.3'ünde (1973 epizot) yapılan radyolojik incelemelerin %94.8'ini oluşturan skopilerin tümünü, Dr. Yıldırım bizzat kendisi muayenehanesindeki aynı radyolojik aleti kullanarak yapmıştı. Bazı hastalara gelişlerine göre birden fazla skopi uygulanmış, bazı hastalara da (özellikle çocuklara) hiç uygulanmamıştı. İncelenen kartlarda yalnızca 31 sevk kaydına ulaşılmıştı. Gebe hastaların kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk sevkler arasında %19.6 ile en fazla iken, kulak burun boğaz ve genel cerrahi ise %12.9 oranında idi. Kendi alanı olan dahiliye sevkleri ise hastaya yatış endikasyonu olduğunda yapılmıştı.

Tartışma

Bu çalışmada aile hekimliği disiplinin gelişimine ışık tutmak amacıyla, birinci basamakta düzenli tutulmuş hasta kayıtları olan ve aile hekimliği uygulamasına benzer bir örneğin değerlendirilmesine çalışılmıştır.

Ülkemizde sağlık sistemimizin ve özellikle birinci basamağın örgütlenmesi 1960'lı yıllarda hız kazanmıştır. 1960'lara kadar hükümet tabiplikleri ve ağırlıklı olarak serbest çalışan hekimler tarafından yürütülen ilk temas hekimliği, sosyalizasyon uygulamasıyla tüm ülkede kurulmaya başlayan sağlık ocakları bünyesinde örgütlenmiştir. Günümüzde tüm dünyada giderek yaygınlaşan aile hekimliği uygulamasının ülkemizdeki temelleri esas olarak bu sağlık ocağı örgütlenmesiyle başlamıştır. Kuşkusuz yaklaşık 40 yılı aşan uygulama deneyimi sürecinde sağlık ocakları aile hekimliği uygulama ilkeleri açısından birçok olumlu örnekler vermiştir. Bununla birlikte sosyalizasyon hizmetlerinin çeşitli nedenlerle istenilen doğrultuda ge-

liştirilememiş olmasının yanı sıra, toplumun değişen gereksinimleri ve sağlık ocaklarının bölge tabanlı örgütlenmiş olması, aile hekimliğinin temelini oluşturan sürekli ve kişisel hekimlik uygulamasının hayata geçirilememesine de yol açmıştır.

Biz çalışmamızda esas olarak muayenehane hekimliği yapmış bir iç hastalıkları uzmanının yarım yüzyıla yaklaşan hekimlik deneyimini aile hekimliği ilkeleri açısından irdelemeye çalıştık. Bunun nedeni büyük ölçüde Dr. Yıldırım'ın neredeyse Cumhuriyet tarihiyle örtüşen tıp eğitimi ve mesleki deneyimi, İç Hastalıkları uzmanı olmasına karşın muayenehanesinin her yaşta ve cinsten yöre halkının ilk başvuru yerini oluşturması ve hepsinden önemlisi büyük bir titizlikle tutulan ve günümüze kadar korunan hasta kayıtlarıyla sürekli bakımın desteklenmiş olmasıdır.

Bu konuda başka yol gösterici örneklerle ulaşmak olası ise de, diğer örneklerde günümüze kadar gelen kapsamlı hasta kayıtlarına ulaşılamaması, Dr. Yıldırım örneğinin değerini artırmaktadır. Avrupa'da bile kayıtların önemi ancak yıllar içinde anlaşılmış, örneğin Hollanda'da 1980'li yılların başında kayıtların birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunu geliştireceği ortaya konmuş, 1990'lı yılların başında bugün tamamen oturmuş olan elektronik hasta kaydına başlanmıştır.¹⁰ Bu bağlamda Dr. Yıldırım'ın 1950'lerde başlayan hasta kayıtları, Avrupa'da bile benzerlerine az rastlanacak kadar geçmiş döneme uzanan uzun süreli ve sağlıklı kayıtlardır. Dr. Ahmet Yıldırım'ın 1951 yılından başlayarak 1994 yılı sonuna uzanan hasta kayıtları, bizzat kendisi tarafından özenle tutulması ve yaklaşık 50.000'e ulaşması nedeniyle ülkemizde örneğine pek rastlamadığımız bir arşiv oluşturmaktadır. Bu kayıtların dışında, öldüğü düşünülen ya da uzun süredir gelmeyen on binlerce hasta kaydı da yer darlığı nedeniyle yok edilmiştir. Bu kayıtları tutan kişinin halen yaşaması ve o kayıtların yüz yüze görüşme ile yeniden değerlendirilmesi de kayıtlardaki verilerin sağlıklı aktarımını sağlamıştır.

Burada özellikle bir noktayı vurgulamak istiyoruz. Ülkemizde 1980'li yılların sonlarına doğru gündeme gelmeye başlayan aile hekimliği uygulaması, dünyada ve Türkiye'de sağlık sektöründe özelleştirmenin de sık tartışıldığı bir dönemde disiplinimiz için büyük bir talihsiz-

lik olarak “muayenehane hekimliği” damgasını yemiştir. Çalışmamızda bir muayenehane hekiminin aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi açısından incelenmesi tümüyle yukarıda sıralamaya çalıştığımız nedenlerle olmuştur. Bunun dışında bir amaç taşımamaktadır.

Dr. Yıldırım’ın hasta kayıtları incelendiğinde, yaş sınırlaması yapmadan oluşturduğu hasta portföyü bir iç hastalıkları uzmanından çok, aile hekimine yakın durmaktadır. Ancak çocuk hastalarının toplamda daha az olması ve çocuk başvurularının giderek azalmasının, ana çocuk sağlığı merkezlerinin ve sağlık ocaklarının açılmasının yanı sıra, çocuk hastalıkları uzmanlarının kent merkezi ve çevresinde sayılarının artmasıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kent merkezinde çalışan bir hekim olmasına karşın hastaların en büyük kısmını kırsal bölgeden gelenlerin oluşturması, o döneme ait nüfus yapısıyla ilişkilidir. 1955 yılında Dr. Yıldırım’ın hizmet alanı içindeki kent ve kır nüfusunun toplam nüfus içindeki ağırlığı sırasıyla %30 ve %70 iken, 2002 yılında bu oran %69.5 ve %30,5 olmuştur. Yaklaşık 50 yıllık dönemde kırsal ve kentsel nüfus oranları tersine dönmüştür.^{11,12} Hastaların geniş bir bölgeden gelmesi, Dr. Yıldırım’ın hekimlik uygulamasının nüfusa ve dar bölgeye dayalı hekimlik olmamasından ve özel muayenehane hekimliğinden kaynaklanmaktadır. Kırsal bölgelerde yeterli sağlık hizmeti verecek kuruluşların olmayışı ve dönemsel hekim azlığı ile de bu durum açıklanabilir. Ancak kentlerde yeni devlet hastaneleri ve sonrasında sigorta hastanelerinin kurulması ve hekim sayısının yine kentlerde hızla artmasıyla yeni seçenekler ortaya çıkmıştır.

Tüm hastaların sayılarının da yıllar içinde düştüğü görülmektedir. 1951–1960 yılları arasında %32.8 olan ve 1971–1980 yılları arasında %34.0’e ulaşan hasta oranı 1981 yılından 1994 yılına kadar geçen dönemde %8.7’e düşmüştür. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayanların o yıllarda sosyal güvencesinin olmayışı ve hastalık giderlerini ceplerinden karşılama zorunluluğu, onları daha kaliteli hizmet alacaklarını düşündükleri özel hekimlere yöneltmiştir. 1952 yılında SSK’nın işçilere hizmet vermesiyle başlayıp ilerleyen dönemde çeşitlenen sağlık güvenceleri özel hekime giden hasta sayısının düşmesinde etkilidir.⁵

Sosyal güvenlik kurumlarının gelişimi, memleket hastanelerinin yerini alan devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri ile ikinci basamak sağlık kuruluşlarının çeşitlenmesi, sosyalizasyon yasası ile de ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmeye başlaması, hasta tercihini oldukça etkilemiştir.

Tüm bu etmenlerin, yalnızca bir hastalık epizodu izlenenlerin oranının %77’ye ulaşmasında, hasta başına ortalama epizot sayısının 1.5 olmasında etkin olduğu düşünülebilir. 2005 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Polikliniği’nde yapılan bir çalışmada yalnız bir kez başvuran hasta oranının %74.9 ile Dr. Yıldırım örneğine yakın olduğunu belirtmek gerekir.¹³ Ancak birkaç yıla ulaşabilen hasta kayıtları ile hasta bakımının sürekliliğini tartışmak ve Dr. Yıldırım’ın kayıtlarını karşılaştırmak oldukça güçtür. Yine de bu verilerdeki yakınlık Dr. Yıldırım’ın hasta kayıtlarının güvenilirliğinin yanı sıra, halen aile hekimliğinin süreklilik ilkesinin tam uygulanamadığını da göstermektedir.

Hastalık (bakım) dilimi tanımlamasında, bir sağlık sorunu nedeniyle hizmet almak için yapılan ilk başvurudan, aynı sorun için en son kurulan ilişkiye kadar devam eden süre göz önüne alındığında, örneklem grubumuzu oluşturan 1650 hastada 2368 epizot ve toplam 2521 başvuru sayısı o yıllar için iyi bir rakamdır. Çünkü hastalar sürekli farklı nedenlerle başvurmamakta ve farklı epizotlarda değerlendirilmemektedirler. ABD’de aile hekimlerine başvuran hastaların %55.1’inin aynı sorunlarla başvuran eski hastalar, %32.6’sının yeni sorunlarla gelen eski hastalar, %14.1’inin ise yeni hasta olduğu bulunmuştur.¹⁴

Dr. Yıldırım’ın hasta kayıtlarında hastaların yaşları ve yaşadıkları yerler ile (kişi başına) hastalık epizot sayıları ve izlem süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak hastaların birden fazla epizotta izlemi en yüksek oranda %27.7 ve %27.2 olarak il merkezine bağlı belde ve köylerden gelen hastalar ile il merkezinden gelen hastalarda gerçekleşmiştir. Bunda ulaşım kolaylığının etkili olduğu düşünülebilir.

Hastalar her dönemde olduğu gibi birçok farklı yakınmayla başvuruda bulunmuşlardır. Tüm başvuru nedenleri ele alındığında en sık belirtilen yakınma olan öksürüğü karın ağrısı ve ateş izlemektedir. ABD’de yapılan

bir çalışmada aile hekimlerine en sık başvuru nedeni olarak genel sağlık kontrolü, ikinci olarak da öksürük bulunmuştur.¹⁵ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi ve Adana Aile Hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmalarda en sık başvuru nedeni öksürük iken, ikinci sıklıkla halsizlik, üçüncü olarak da ateş görülmektedir.^{16,17}

Bulgularda da belirtildiği üzere tüm yakınmaların büyük kısmını GIS, enfeksiyon ve kas iskelet sistemi yakınmaları oluşturmaktadır. Yıllara göre değerlendirmede, 1951–1960 yılları arasında tüm hastalık epizotlarında en sık görülen yakınmalar enfeksiyon ile ilişkilidir. Bu yıllarda sıtma, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların sık görülmesi bu başvuru nedenlerini arttırmaktadır. Ancak 1981–1994 döneminde baş ağrısı ve sırt ağrısının 2. ve 3. sırayı alması ile giderek nörolojik, psikiyatrik ve kas iskelet sistemi yakınmalarının öne çıktığı görülmektedir. Çalışmamızda en sık görülen başvuru nedenleri, sıralamalarda bazı farklılıklar gösterse de dünyada ve ülkemizde birinci basamak ve aile hekimliği uygulama ortamlarında yapılan çalışmalardaki başvuru nedenleriyle örtüşmektedir.^{14,16,17}

Hastalık epizotlarının çoğunluğunda (%61) hastaların kan basıncı (KB) ölçülmüştü. Dr. Yıldırım, genç hastaların ilk gelişlerinde yakınmaları olmadıkça KB ölçme gereksinimi duymadığını ancak yaşlı hastaların ilk başvurularında yakınmalarından bağımsız olarak KB ölçümü yaptığını belirtmiştir. Ayrıca kayıtlarda, ölçüm öncesi antihipertansif tedaviye ilişkin kesin bir bilgi yoktur. İlk hastalık epizodunda KB ölçülen hastaların %44.1'inin KB değerleri 140/90 mmHg ve üstünde bulunmuştur. Bu veriler değerlendirildiği dönemdeki sınırlarda hipertansif olarak ele alınmıştır. Bu oran oldukça yüksek gibi görünmektedir. 1995 yılında Aydın'da yapılan bir prevalans çalışmasında 18 yaş ve üstündeki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı ise %29.6 olarak saptanmıştır.¹⁸ Dr. Yıldırım'ın çalışmasındaki hipertansif hasta oranının fazlalığı özellikle hipertansiyondan şüphelendiği veya daha önce tanı konan hastaları ölçme eğiliminden ve popülasyonun tümünün herhangi bir hastalık nedeniyle başvurmasından kaynaklanabilir.

Batında hassasiyet, ateş, sırt kaslarının ağrılı olması gibi en sık bulunan fizik bakı bulguları, başvuru nedenle-

ri ile ilişkilidir. Esas dikkat çekici konu, epizotların yalnızca %1.6'sında fizik bakı kaydına ulaşılamamasıdır. Böylesi bir oran, hastaların en iyi şekilde değerlendirildiği ve kayıtların en iyi şekilde tutulduğunun göstergesidir. Günümüzde bile fizik bakının genellikle yapılmadığı ya da kaydedilmediği bilinmektedir. Örneğin ülkemizde 2002 yılında bir sağlık ocağında yapılan çalışmada hastaların %61.9'una fizik bakı yapılmadığı ya da yapılanların kaydedilmediği bulunmuştur.¹⁹

Tüm tanıların sıralamasında ilk sırada yer alan piloro-duodenal irritabilite tanımı günümüzde kullanılmamakla birlikte, Dr. Yıldırım'ın ifadesine göre o dönemde kesin tanı koymanın zorluğu ve sınırlı olanaklar çerçevesinde pilordan duodenuma kadar tüm sorunlar bu tanıda birleştirilmiştir. Kesin bir tanı ve terminoloji gereksinimi duyulmamış, ileri incelemelerin yalnızca gerektiğinde yapılması amaçlanmıştır. Bu yaklaşım, birinci basamakta hastalığın kesin sınıflandırılmasının yerine, probleminin çözülmesi ilkesi ile örtüşmektedir. Öksürüğün en sık yakınma olduğu düşünülürse, bronşitin hastalara konulan tüm tanıların sıklığında ikinci sırada yer alması doğaldır. Romatoid ağrı da romatolojik tüm hastalıklarda görülen ağrıyı kapsayan bir tanım olup tüm tanımlar arasında üçüncü sıklıkla görülmektedir.

Dönemsel özelliği olan akciğer tüberkülozu tanısının %58.4'ü 1951–1960 yılları arasında konmuş olmakla birlikte, giderek azalan oranlarda tüm dönemlerde görülmektedir. Yoğun tüberküloz savaşımı ile ülkemizde 1950'lerde %25 olan prevalans 1975'te binde 1'e kadar düşürülmüştür. Dr. Yıldırım'ın verilerinde, 1980 yılı sonrasında tüberküloz olgularının sayısında dramatik azalma görülmektedir. Sıtma olgularının da çoğunlukla (%92.8) 1951–1960 yılları arasında görülmesi ve sonraki yıllarda hemen hemen hiç görülmemesi dikkat çekmektedir. 1925–1945 yılları arasında sıtma savaşımının yoğunlaştırılması, olguların saptanma oranlarının artması ve II. Dünya savaşımının olumsuz etkisi nedeniyle olgu sayısı yüksek görünmektedir. Ülkemizde 1945 yılından sonra sıtmaya karşı çalışmalar hızlanmış, 1970 yılında sıtma insidansı yüz binde 3.55 olmuştur.²⁰ Bu bilgiler de Dr. Yıldırım'ın verileri ile uyumludur. Daha çok ilk yıllarda tanı konan avitaminoz ve pellegra, 1981'den sonra görül-

memiştir. Bu durumda beslenme olanaklarının artmasının yanı sıra vitaminlere kolayca ulaşabilmek de etkili olmuştur.

İlaç tedavisi olarak, vitamin-mineraller tüm epizotlarda en sık tercih edilen ilaçlardır. Bu dönemdeki beslenme yetersizlikleri bu grup ilaç kullanımında artışa neden olmuştur. Analjezik-antipiretikler ise tercihte ikinci sırada yer almaktadır. Hastaların sağlıklarını korumak ve kontrol amaçlı değil, daha çok ağrı yakınmalarının giderilmesi için başvurdukları göz önüne alınırsa analjeziklerin büyük oranda tercih edilmesi doğaldır. Antibiyotiklerin içinde en sık oranda penisilinlerin kullanıldığı görülmektedir. Ancak yıllar içinde direnç gelişimi ve güçlü antibiyotiklerin ortaya çıkmasıyla bu eğilim değişmiştir.

Dr. Yıldırım, döneme göre iyi koşullarda sayılabilecek bir laboratuvarının olmasına ve deneyimine karşın, inceleme sayısının azlığını, tek başına çalışması ve hasta sayısının fazlalığı ile açıklamaktadır. Dr. Yıldırım'ın düşük bulduğumuz kullanım oranının bile sağlık ocaklarının çoğundan fazla olduğu düşünülebilir.

Dr. Yıldırım'ın başlıca radyolojik inceleme olarak uyguladığı skopi oranının fazlalığını ve sonuçların büyük oranda normal oluşunu tartışmak gerekir. Bu dönemde halk skopiyi 'ayna' olarak nitelendirmekte, aynanın tüm organları göstereceğine ve hastalıklarının bilineceğine inanmaktadır. Ayrıca tüberkülozun dönemsel yaygınlığı ve skopi ile tanı konabileceği de anımsanmalıdır.

Tüm epizotlarda hasta sevkini yalnızca 31 (%1.9) olması ise, Dr. Yıldırım'ın ifadesine göre sevklerin kayıtlara geçirilememesi ve hastalarca kabul görmemesi ile de açıklanabilir. Birçok hasta aslında Dr. Yıldırım'ın alanı dışındaki yakınmalarla başvuruda bulunmuştur. Hastalar bu durumu kendisine, 'sen bizim ailemizin doktoru değil misin, nereye gideceğimizi en iyi sen bilirsin' şeklinde açıklamışlardır. Aslında Dr. Ahmet Yıldırım örneğinde olduğu gibi, Cumhuriyet dönemi sonrasında tüm Türkiye'de birçok hekim bu görevi üstlenmeye çalışmıştır. Hastalar, zaman içinde yakınmalarına göre çok farklı uzman doktorlara gittiklerini, ancak kendilerini yakın hissettikleri, uzun süredir tanıdıkları ve kolayca ulaşabilecekleri bir aile hekimlerinin olmamasının bir eksiklik olduğunu ifade etmektedirler.²¹

Bu araştırmada, birinci basamakta etkin çalışabilen ve eğitilmiş uzman hekimlerin gerekliliği ortaya konmaya çalışılmıştır. Dr. Yıldırım örneğinde, bir iç hastalıkları uzmanının yarım yüzyıla varan hekimlik uygulamasında yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin tüm hastalara bakma, hastalarla sürekli ilişki kurma, koordinasyon gibi aile hekimliği özellikleri gözlenmiştir. Bu uygulamanın iyi bir kayıt tutma ile desteklenmiş olması, hasta-hekim ilişkisinin sürekliliğinde önemli rol oynamıştır. Elbette uygulayıcının aile hekimliği uzmanı olmaması nedeniyle, kayıtlar ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde, hasta profilinde ve tedavi yaklaşımlarındaki ikinci basamak hekimliğine yönelik farklılıklar görülmektedir. Ancak ülkemizde aile hekimliği uzmanlık alanının tanımlanması, gerekliliği ve uygulanabilirliğinin tartışıldığı bu günlerde, aile hekimliği uygulamasına benzer örneklerin ortaya konması, aile hekimliğinin gelişimine ışık tutacaktır.

Kaynaklar

1. Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's view. *Family Medicine: The Maturing of a Discipline*'de. Ed. Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB. 1.Baskı. New York, The Haworth Press, 1987; 1-22.
2. 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: 526-527.
3. Rakel R.E. The family physician. *Textbook of Family Practice*'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, WB Saunders, 1995; 3-19.
4. American Academy of Family Physicians. Definition of Family Medicine. <http://www.aafp.org/x6809.xml> adresinden 17.06.2005 tarihinde erişilmiştir.
5. Çağlayaner H. Aile Hekimliğini hazırlayan koşullar. *Türk Aile Hek Derg* 1997; 1(2): 105-8.
6. Mc. Whinney. *A Textbook of Family Medicine*, 2. Baskı. New York, Oxford University Press, 1997; 3-25.
7. Öztekin Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Adli Tıp Ders Notları. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3043.doc> adresinden 17/06/2005 tarihinde erişilmiştir.
8. Sertaboğlu M. Kasaba doktoru II. Anılar. İstanbul, İstanbul Tabip Odası. 2. Baskı 2003; 68-73, VIII-IX.
9. Dirican R. Türk Hekimlerinin Düşünüş ve Davranışları ve Bunun Toplum Sağlığına Etkileri. 1. Baskı. Erzurum, Atatürk Üniversitesi Yayınları, 1965; 32-74.
10. van der Lei J, Duisterhout JS, Westerhof HP, ve ark. The introduction of computer-based patient records in Netherlands. *Ann Intern Med* 1993; 119 (10): 1036-41.
11. Aydın Valiliği. Sosyal Durum. <http://aydin.gov.tr/tr/sg.asp?ID=215> adresinden 10.09.2005 tarihinde erişilmiştir.

12. Aydın Sağlık Müdürlüğü, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü. 2002 Yılı Çalışma Raporu. Aydın, 2002; 2-14.
13. Şensoy N. Umurlu aile hekimliği merkezinde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: Aile hekimliği alan gereksinimi ne ölçüde karşılıyor? T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Aydın, 2005.
14. Starfield B. Primary care: Balancing Health Needs, Services and Technology. 1. Baskı. New York, Oxford University Press, 1998; 3-212.
15. White RE. The role of primary care. Medicine: A Primary Care Approach'da. Ed. Rubin RH, Voss C. 1. Baskı. Philadelphi, W.B. Saunders, 1996; 1-4.
16. Gemalmaz AF, Gürel FS, Başak O. 1473 olgu ve 2304 başvurunun incelenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi aile hekimliği uygulaması deneyimi. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 366.
17. Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'da bir aile hekimliği örneği. *Türk Aile Hek Derg* 2006; 10(1): 20-24.
18. Sönmez HM, Başak O, Camcı C, ve ark.. The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydın, Turkey. *J Hum Hypertens* 1999; 399-404.
19. Akhüseyinoğlu M, Ayhan S, Kızıldaş S, ve ark. Uyanış sağlık ocağına 3-6 haziran 2002 tarihleri arasında başvuran hastaların bekleme süreleri ve memnuniyet düzeyleri. http://www.dicle.edu.tr/_halks/m96.htm adresinden 30/08/2005 tarihinde erişilmiştir.
20. Yıldırım C, Yıldırım U. Dünyayı ve Türkiye'yi Tehdit Eden Bir Hastalık: Sıtma. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0800/index.html> adresinden 19/06/2005 tarihinde erişilmiştir.
21. Çağlayaner H, Önder A, Birgül E, ve ark. Aile Hekimliği II. 1. Basım. İstanbul, İletişim Yayınları, 1996; 16-8.

Geliş tarihi: 13.08.2009

Kabul tarihi: 18.01.2010

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Nil Tekin

SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi

Narlıdere, İzmir

Tel: (0232) 238 52 43

e-posta: niltekin33@yahoo.com