

Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği

FAMILY PRACTICE IN THE UNITED STATES OF AMERICA

Esra Saatçi,¹ Nafiz Bozdemir,² Ersin Akpınar¹

Özet

Bu yazı aile hekimliği uzmanlığının geliştiği ilk ülkelerden biri olan ABD'de ilgili tarihe, farklı tanım, ilke ve düşünce okullarını gözden geçirmek, aile hekimliğinin terminolojisini daha anlaşılır kılmayı amaçlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, aile hekimliği uygulamaları, ilkeler.

Summary

The aim of this paper is to review the history, definitions and principles of family medicine specialization in USA, to facilitate the comprehension of terminology relevant to family practice.

Key words: Family medicine, family practice, principles.

Aile hekimliği, ülkemizde 1980'li yıllarda ortaya çıkmış bir uzmanlık alanı olmakla birlikte kısa sürede çok yol kattığı söylenebilir. Akademi ve uygulama alanlarındaki bu gelişim artarak sürmektedir. Ülkemizde hızlı gelişmelerin yaşandığı son zamanlarda, aile hekimliğinin tanım, ilke ve düşünce okullarını ele almanın hem aile hekimliği asistan ve uzmanları hem de pratisyen hekimler için ilgi çekici olabileceği düşünülmektedir. Bu yazının amacı, aile hekimliğinin ilk geliştiği ülkelerden Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bu meslek ile ilgili farklı tanımları, ilkeleri ve düşünce okullarını gözden geçirmektir.

Tarihçe

Francis Peabody, 1923 yılında, uzmanlaşma eğiliminin zirveye ulaştığını, modern tıbbın aşırı derecede parçalandığını, kapsamlı ve kişiselleşmiş sağlık hizmeti sunacak genel hekimlere hızlı bir dönüş olması gerektiğini ifade etmişti. Ancak bu görüşün dile getirilme zamanı erkendi, toplum ve tıbbi yapı buna hazır değildi.¹ İkinci Dünya Savaşı'nda orduda hizmet sunan hekimlere, mezuniyet sonrası ek eğitim almaları karşılığında mali destek verilmesi ile uzmanlık hız

kazandı. Bu durum, halk arasında uzman hekim hizmetlerinin, genel tıp hekimi hizmetlerinden iyi olduğuna dair bir algıya neden oldu. Uzman sayısındaki hızlı artış -ki bu uzmanların çoğu hastanelerde değil toplumda (birinci basamakta) çalışmaya başladılar- ve hizmetlerin nerede ve kim tarafından sunulduğuna bakılmaksızın hizmet başına ödeme yapan özel sigorta sistemi, bireyleri, doğrudan uzman hekimden hizmet almaya yöneltti. Bu nedenle ABD'de birinci basamak hiçbir zaman yeterli derecede gelişemedi ve birinci basamak hizmetler diğer uzmanlar tarafından verildi. Uzmanlaşma eğilimi 1950'lerde hız kazandı ve daha az sayıda hekim genel tıpta yer aldı. 1960'larda özellikle nüfusun az olduğu yerlerde hekim azlığının fark edilmesi, genel pratisyenliğe ilgiyi arttırdı. Aile hekimliği adı ile özel bir sertifikasyon programı oluşturuldu. Fakat bu girişim de başarısız oldu. 1960'ların başında genel tıp liderleri, eğilimi tersine çevirmek ve genel hekimlerin sayısını arttırmak için paradoksal bir çözüm önerdiler. Bir başka uzmanlık dalı! Birinci basamağa ait bilgi, beceri ve fikirleri içeren bir uzmanlık öngörülmekeydi. 1966 yılında birinci basamaktaki bu yeni uzmanlık kavramı birer ay arayla yayınlanan 3 ayrı rapor ile resmen tanındı. Bu raporlardan ilki, Amerikan Tıp Birli-

¹⁾ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

²⁾ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr.

ği'nin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu'nun raporuydu. Bu rapor Millis Komisyon Raporu olarak da bilinmektedir. İkinci rapor ise, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi Aile Hekimliği Eğitimi Komitesi'nin raporuydu. Willard Komite Raporu olarak da bilinmektedir. Üçüncü rapor olan Folsom Raporu, toplum sağlığı ulusal komisyonunun raporuydu ve hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklendi. Üç yıl sonra 1969'da, Amerikan Aile Hekimleri Kurulu (Board) (ABFP), ABD'deki 20. tıpta uzmanlık dalı kurulu olarak oluşturuldu.² Böylece aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. Folsom, Millis ve Willard raporlarına en fazla teşvik, Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi'nden geldi ki, bu akademi 1971 yılında American Academy of Family Physicians (AAFP) olarak adlandırıldı. İsim değişikliğinin nedenlerinden birisi, aile yönelimli sağlık hizmetini vurgulamak ve yeni aile hekimliği uzmanlığı için akademik kabul görmektir.¹ 1969 yılında kurulan ABFP, resertifikaasyon (7 yılda bir) isteyen ilk uzmanlık dalı olarak farklı bir yer edindi. Böylece üyelerinin yeterliliğinin devam ettiğini güvence altına almış oldu. ABFP sertifikasyon ve resertifikaasyon için temel gereklilikler arasında sürekli tıp eğitimine yer verdi. ABFP diploması olan bir hekim, resertifikaasyon için her yıl 50 saat (6 yılda 300 saat) kabul edilebilir sürekli tıp eğitimi etkinliklerinde yer almak zorundadır. Bunu tamamladıktan sonra adayın yeterliliği, bilişsel testler ve performans değerlendirmesiyle incelenmektedir. ABFP'nin eğitim, bilgi ve performans kalitesi üzerinde durması, Amerikan sağlık sisteminde aile hekimlerinin prestijinde hızlı bir artış sağladı. Gereken bilgi ve becerilerin kazanılması için ABFP'nin sürekli tıp eğitimi üzerinde durmasındaki mantık, diğer uzmanlık alanları ve tıp dernekleri tarafından da benimsendi. Bugün tüm uzmanlık kurulları resertifikaasyon kavramını benimsemiştir. Türkiye'de de uzmanlık dernekleri yeterlilik kurulları oluşturulmaya başlanmıştır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği de yeterlilik kurulunu oluşturmuştur ve çalışmalarını sürdürmektedir. 1975 yılından itibaren ABD'nde aile hekimliğini uzmanlık olarak tercih eden tıp fakültesi mezunlarının oranları giderek azaldı³ (Tablo 1). Birinci basamakta görev yapan hekimlerin %12'si aile hekimi, %25'i genel dahiliye ve genel pediatri uzmanıdır.⁴

1979 yılında aile hekimliğinde 364 uzmanlık eğitim programı, 6531 asistan mevcut olup tıp fakültesi mezunlarının %12'si aile hekimliğini seçmişti.⁵ 1996 yılında uzmanlık sayısı 38, üst uzmanlık ise 43 sayısına ulaşmıştı.⁶ 1997 yılında 124 tıp fakültesinin 112'sinde (%90) aile hekimliği departmanı olup 3500 öğretim üyesi (tüm öğretim üyelerinin %4.5'i) vardı.^{7,8}

ABD'de tıp fakültesi mezunlarından aile hekimliğini tercih edenlerin oranları 2000 yılında %12.8 iken 2001'de %10.9 ve 2002'de %10.3'e düştü.⁹ 2003'de aile hekimliği kadrolarının sadece %42'si doldu.¹⁰

Aile hekimliği için önemli tarihler: 1947 Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi ilk toplantısı, 1950ler genel pratisyenlik uzmanlık eğitimlerinin başlaması, 1960 Amerikan Genel Pratisyenlik Board kuruluşu, 1964 Amerikan Family Practice Board kuruluşu, 1966 Folsom, Millis, Willard raporları, 1968 STFM'in kuruluşu, 1969 ABFP'nin tanınması, 1971 AAFP ismini alması, 1972 NAPCRG (The North American Primary Care Research Group) kuruluşu, 1978 ADFM'in (The Association of Departments of Family Medicine) kuruluşu, 1989 AFPRD'nin (The Association of Family Practice Residency Directors) kuruluşu.

Tanımlar

Willard Raporu'na göre;

Aile hekimi aşağıda belirtilen işleri yapan kişidir: Hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir. Hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder. Hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar. Hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder. Aile hekimi, bireysel bir doktordur, bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin, birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet verir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinin sağlığı hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir.¹¹

Tablo 1
ABD'de birinci basamakta görev yapan hekim sayıları

Uzmanlar	Yıllar			
	1975	1985	1995	2002
Aile hekimliği uzmanı	46347	53862	59932	71696
Genel dahiliye	28182	52712	72612	96496
Genel pediatri	12687	22392	33890	46097

1974 Leeuwenhorst tanımına göre;

Aile hekimi, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve belirli bir nüfusa, kişisel, sürekli ve birinci basamak hizmet sunan uzmanlık eğitimi almış tıp fakültesi mezunudur. Burada, aile hekimini diğer hekimlerden ayıran ve eşsiz olan özellik, bu fonksiyonların sentezidir. Hastalarını merkezde, evlerinde veya bir hastanede görebilir. Amacı, erken tanı koymaktır. Sağlığı ve hastalığı değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri bir arada kullanır. Bu özellik, hastalarına sunduğu hizmette ifade bulur. Bir hekim olarak kendisine gelen her sorun için ilk kararı verir. Kronik, tekrarlayıcı ve terminal hastalıklarda sürekli yönetim yapar. Uzun süreli temas, hekimin her hasta için uygun olan bir hızda bilgi toplaması ve profesyonel olarak kullanabileceği bir güven ilişkisi kurması için gerekli olan fırsatları tekrarlayıcı bir şekilde sunar. Tıp ve tıp dışı diğer çalışanlarla işbirliği içinde çalışır. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını iyileştirmek için tedavi, önleme ve eğitim konusunda ne zaman ve nasıl müdahalede yapılacağını bilir. Topluma karşı mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder.¹²

Wonca 1991 tanımına göre "aile hekimi";

Sağlık hizmeti arayışı içinde olan her bireye kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktan birinci derecede sorumludur. Gerektiğinde diğer sağlık personelinin sağlık hizmetlerini organize eder.

AAFP 1993 tanımına göre;¹

"Aile hekimi", aile hekimliği disiplini içinde eğitim almış hekimdir. Yaş, cinsiyet, sağlık sorununun tipine (biyolojik, davranışsal, sosyal) bakmaksızın ailenin her üyesine kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti (koruyucu hizmetler ve sağlığı iyileştirici hizmetleri dahil) sunmak için gereken bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmıştır. Bu uzmanlar, sağlıkla ilişkili konularda, toplum kaynaklarından, sağlık hizmetlerinden ve konsültasyonlardan yeterince ve uygun yararlanmaları konusunda hastalarının haklarının savunucusu olurlar.

AAFP 1994;

Birinci basamak hizmetler, birinci basamakta uzmanlaşmış ve kapsamlı ilk temas hizmeti sunmak üzere becerilerle donatılmış, hastalara sürekli bakım hizmeti sunan, tanı konmamış belirti, bulgu ve sağlık meseleleri (ayrışma-mış hasta) ile yaş, cinsiyet ve sorunun orijinine (biyolojik, davranışsal, sosyal) bakmaksızın ilgilenen hekimler tarafından sunulan hizmettir.

Akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisine ek olarak sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın de-

vamının sağlanması, danışmanlık ve hasta eğitimini aile hekimliği merkezi/ofisi, hastane, yoğun bakım, uzun süreli bakım evleri, ev, gündüz bakım evi gibi farklı ortamlarda içerir. Sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayarak maliyet etkin bakım hizmeti sunulmasını sağlar. Etkili doktor-hasta ilişkisini iyileştirir ve hasta katılımını sağlamaya çalışır.

Birinci basamak 4 temel fonksiyon tanımlanmaktadır:¹³

- * ilk temas
- * uzun süreli kişiye odaklı ilişki
- * toplumun ihtiyaçlarını karşılama yönünden kapsamlılık
- * hizmetlerin koordinasyonu

Wonca Europe 2002;¹⁴

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.

Hem Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Konseyi (Council on Graduate Medical Education) (COGME) hem de Amerikan Tıp Kolejleri Birliği (Association of American Medical Colleges) (AAMC) genel pratisyenliği; aile hekimliği, dahiliye ve pediatri 3 yıllık eğitim programını tamamlamış ve üst ihtisas yapmamış hekimler olarak tanımlanmaktadır.

ABFM 2005;¹⁵

Aile hekimliği, bireye ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranışsal bilimleri entegre eden bir genişliğe sahiptir. Her yaş, her iki cinsiyet, her organ sistem ve her hastalık antitesini kapsar.

ABFP tanımı daha açık hale getirmiş ve aşağıdaki noktaları vurgulamıştır:

- * İlk temas noktasıdır. Hastanın sağlık hizmeti sunum sistemine girişini sağlar.
- * Hem sağlıkta hem hastalıkta hastasına hizmet sunarak sürekliliği sağlar.
- * Kapsamlı hizmet sunar.
- * Koordinasyonu sağlar.
- * Kişiselleşmiş hizmet sunar.

Aile hekimliği ilk temastan ve ilk değerlendirmeden kronik hastalıkların takibine kadar tüm sağlık bakım hizmetini vurgular. Koruyucu hekimlik ve erken tanı, disiplinin esaslarıdır. Gereken tüm sağlık hizmetlerinin, en az bölünme ile koordinasyonu, entegrasyonu ve çoğu tıbbi durumun yönetilmesi becerisi, aile hekiminin maliyet etkili hizmet sunmasını mümkün kılar. Aile hekimliği diğer klinik disiplinlerle birçok alanı paylaşır. Aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi konulara odakla-

nır. Uzmanlığın temeli kliniklidir. Birincil odak bireylerin bakımındır.

Yabancı kaynaklar incelendiğinde aile hekimliği ile ilgili iki ayrı İngilizce terim karşımıza çıkmaktadır: "family medicine" ve "family practice". Bu terimler arasında ne fark vardır? "Family practice" uzmanlığın ismi ise "family medicine" ne anlama gelmektedir? Uzmanlığın dayandığı entelektüel disiplinin ismi, "family medicine" olarak kullanılmaktadır. Carmichael gibi bazı yazarlar akademik disiplin (family medicine) ile profesyonel uzmanlık (family practice) arasında ayrım yapmışlardır.¹⁶ Aile hekimliği akademisyenleri, "family medicine"ı sağlık ve hastalığın aile fonksiyonları ile birlikte nasıl ilişki içinde olduğunu araştıran bir dal olarak tanımlamışlardır. Ransom ve Vandervoort'a göre aile hekimliği yaşam, sağlık, hastalık, sağlık bakımının birbirleriyle ilişkilerini araştıran yeni bir disiplindir;¹⁷ birey-aile, aile-çevre ilişkilerinin ekolojisine odaklanır. Bireye ve hastalığına odaklanıldığında çözülemeyen sağlık sorunlarının, yaşamı oluşturan ve tekrarlayan kişilerarası durumlar modeli ile anlaşılmasını ve değiştirilmesini amaçlar. Benzer şekilde, Ramsey de ailenin önemine değinmiştir.¹⁸ (Aile hekimliği bilimi, aile sistemi ile bedenin 3 ana düzenleyici ağı (sinir, immün, endokrin sistemler) arasındaki etkileşimleri tanımlamaya çalışır. Aile sisteminin, sağlığı nasıl etkilediğini ve nasıl hastalık oluşturduğunu açıklayan bir teori geliştirmeye çalışır. Medalie'ye göre aile hekimliği, tıbbın ilgili alanlarına ait bilgi ve becerilerin, aile sağlığı ve fonksiyonları ile ilişkili olarak öğretildiği akademik bir disiplindir.¹⁹ McWhinney'e göre ise akademik aile hekimliği (family medicine), aile hekimliği uzmanlığının (family practice) dayandığı bilgi kümesine verilen addır.²⁰

Stephens'a göre akademik aile hekimliği, aile hekimliği uzmanlığının üzerine yerleşmiş bir akademik disiplin ve sağlık hizmetleri sunum yöntemidir.²¹ Saultz'a göre iki nedenden dolayı uzmanlığın ismi family practice olmalıdır:²² 1- Kökeninin genel pratisyenlik olduğunu vurgulamak için ve 2- Uzmanlığın amacının, toplumda çalışan ve topluma hizmet sunan hekimler yetiştirmek olduğunu vurgulamak için. General practice, uygulamada bir alana odaklanmayı kısıtlayan ya da uzmanlaşmanın olmadığı ve geniş klinik beceriler ile karakterize tıp alanının ismi olarak kullanılmıştır.² Primary care ise toplum sağlığı açısından sağlık hizmetlerinin sunumunu ifade eder.

Aile Hekimliğinin Temel İlkeleri

Saultz aile hekimliği disiplinini incelerken 5 temel ilke-den söz etmektedir.²²

Bunlar;

- Hizmete ulaşma (giriş, erişim) (access to care)
- Hizmetin sürekliliği (continuity of care)
- Kapsamlı hizmet (comprehensive care)
- Hizmetin koordinasyonu (coordination of care)
- Hizmetin bağlamsallığı (içeriği) (contextual care)

Bu sınıflandırma yararlıysa, aile hekimliğinde öğretilenlerin çoğu her ilkeye ait başlıklara ayrılabilir. Bu ilkelerin geçerliliğini test etmek için Saultz, 1997 yılında 5 aile hekimliği dergisinde (Family Medicine, The Journal of Family Practice, The American Family Physician, The Archives of Family Medicine, The Journal of the American Board of Family Practice) yayınlanmış 444 makaleyi (orijinal araştırma, derleme, vs) incelemiştir. Bunlardan 327'si çalışmaya alınmıştır. Bu 5 kategoriye dahil edilemeyen makaleler, eğitim ve araştırma yöntemleri ile ilgili olup ağırlıklı The Society of Teachers of Family Medicine sponsorluğunda yayınlanan Family Medicine dergisinde yer almaktaydı. Bu konunun aile hekimliği için ayrı bir önemi olması nedeniyle ayrı bir kategoride incelenmiştir. Ancak, Saultz incelediği bazı makalelerin 5 kategoride de sınıflandırılmadığını fark etmiş ve ilkelerin henüz tamamlanmamış olabileceği yorumunu yapmıştır.

Dr. Gayle Stephens, 1975 yılında yazdığı klasikleşmiş "Aile Hekimliğinin Entelektüel Temeli" makalesinde, bir disiplinin entelektüel saygınlık kazanabilmesi için, filozof Mortimer J. Adler tarafından tanımlanan beş kriterin gerekliliğini vurgular:^{23,24}

1. Diğer uzmanlık alanlarından farklı bilgilerin kazanılmasını sağlamalıdır.
2. Gerçek ve pratikte kullanılabilir bilgi üretmelidir.
3. Kamu yatırımı olarak sürdürülmeli ve öğrenmek isteyen herkese açık olmalıdır.
4. Diğerlerinden bağımsız olmalıdır. Diğer alanlara referans olmaksızın, bazı sorulara cevap verebilmelidir.
5. Temel ve gerçekçi hedeflerle ilgilenmelidir.

Stephens yazısını şöyle bitirir:

"Aile hekimliği bu beş ilkede de yasal akademik bir disiplin olarak kalifiye olmuştur. Genel anlamda sadece bir tıp bilimi olarak değil ama aynı zamanda özel anlamda tıp içinde bir disiplin olarak kalifiye olmuştur".

Aile hekimliği McWhinney'nin akademik bir disiplin için belirlediği dört temel özelliği de başarıyla karşılar:²⁵

- * Eşi olmayan bir uygulama alanı (a unique field of action)
- * Tanımlanmış bilgi kümesi (a defined body of knowledge)

- * Etkin bir araştırma alanı (an active area of research)
- * entelektüel açıdan zorlu ve titiz bir eğitim (training that is intellectually rigorous).

Bu yazıdan 25 yıl sonra aile hekimliğinin Adler'in kriterlerine göre entelektüel olarak saygı gören bir disiplin olduğu kabul görmektedir. Disiplindeki bilgiler, iyilik ve yararlılık kriterleri ile değerlendirilebilir. Aile hekimliği isteyen herkese açıktır ve incelenen konular gerçekçi ve önemlidir. Disiplin, düzinelere kitap, binlerce bilimsel yazı yayınlamıştır. Ama, aile hekimliği tanımı ve içeriği konusunda karışıklık devam etmektedir. Aile hekimliği en iyi şekilde, aile hekimlerinin ne yaptıkları ve nasıl düşündükleri ile tanımlanabilir.

Birçok ülkede genel pratisyenlik terimi aile hekimliği ile eşanlamı olarak kullanılmaktadır. Yeni Zelanda Aile Hekimleri Kraliyet Koleji aile hekiminin öngörü sahibi, ihtiyaçlara cevap veren ve yaş, cinsiyet, ırk, din, sosyal koşullar, hastanın fizik veya mental durumu ile kısıtlanmayan bakım hizmeti sunduğunu vurgulamıştır.²⁶

Aile hekimlerinin temel özellikleri:²⁷

- * Bir bütün olarak insanın dinamiklerinin derinlemesine anlaşılması: Bu yaklaşım, aile hekimlerinin, kişinin sağlığı üzerindeki tüm etkileri anlamasını sağlayacaktır. Hizmeti parçalamaktan ziyade entegre etmeye yardımcı olacaktır. Böylece koruyucu, tedavi edici hizmetler sunulabilecektir.
- * Hastanın yaşamında olumlu ve yapıcı etki: Bu terim, kişilik gelişiminde Erik Erikson'un tanımından gelmektedir. Aile hekimleri hastalarının doğum, büyüme, ölüm olaylarında yer alır ve yaşamlarında bir farklılık yaratmaya çalışır. Hastalıkları önlemek ya da tedavi etmek için hizmet sunarken aile hekimleri bireylerin kişisel gelişimlerini iyileştirir. Davranış değişiklikleri yoluyla daha iyi bir yaşam ve iyilik halini sağlamaya çalışırlar.
- * Sağlık hizmeti deneyimini insancılaştırma yeteneği: Aile hekimlerinin birçok hasta ile kurdukları yakın ilişki zamanla onların insanlarla kolay iletişim kurabilmelerini sağlar. Aile hekiminin hasta ile kurduğu insancıl ilişki karmaşık tıbbi konuları hastasına anlayabileceği bir dil ile anlatabilmesini mümkün kılar. Aile hekimi, hastaya mümkün olan en iyi hizmeti sunarken onların değerlerini ve kültürlerini dikkate alır.
- * Karmaşıklık yönetimi: Aile hekimleri belirsizlik ve karmaşıklık karşısında rahattır. Sadece ilaçları ve işlemleri değil sağlığa ve iyilik haline yol açan tüm faktörleri düşünerek dahil etmeye göre eğitilmişlerdir.
- * Çok boyutlu ulaşılabilirlik taahhüdü: Aile hekimleri sadece hastalarına, ailelerine, arkadaşlarına fiziksel olarak

ulaşılabilir olmakla kalmaz aynı zamanda, hizmet sürecinde yer alan herkesle açık, dürüst ve paylaşımcı iletişim kurabilir.

Aile hekiminin sahip olması gereken özellikler; dinleme, empati, farkındalık, ikna ve öngörü olarak belirlenmiştir.²⁸

Rivo ve arkadaşları, aile hekiminin birinci basamakta yönetebilmesi gereken sık karşılaşılan durumları ve tanıları tanımlamışlar ve bunları genel tıpla uğraşan birçok uzmanlığın eğitimi ile kıyaslamışlardır.²⁹ Aile hekiminin eğitiminin %90'ının bu temel tanıları içermesi gerektiğini önermişlerdir. Asistanlık eğitim programlarının içeriğini kıyaslayarak bu hedefe aile hekimliğinde %95, dahiliyede %91, pediatriye %91 kadın hastalıkları ve doğumda %47 ve acil tıpta %42 oranında ulaşılabildiğini saptamışlardır.

Aile hekimliği müfredatı hekimlerin pratikte karşılaşacakları bilgi ve becerileri sunmak üzere tasarlanmıştır. Geçmiş yılların rasgele yetiştirilmiş aile hekimlerinin yerini artık spesifik olarak hazırlanmış hekimler almaktadır. Bu nedenle, model ofis aile hekimliği asistan eğitiminin temelleştirilmiştir.¹

Akademik aile hekimliği, bilimsel temellerini epidemiyoloji, biyoistatistik, sosyal ve davranışsal bilimlerde araştırmaktadır. Akademik aile hekimliğini tanımlama çabası, eğitim ve araştırma alanlarındaki köklerini ortaya koyma konusunda en aktif ve en önemli tartışmadır. Family practice (aile hekimliği uzmanlığı), primary care (birinci basamak), family physician (aile hekimi) ve generalist physician (genel pratisyen) terimleri üzerinde anlaşmaya varılmıştır. Ancak, family medicine (akademik aile hekimliği) üzerinde anlaşmaya varılamamıştır. Bu konudaki literatür, bu terimin açıklanmasında en az 4 görüş bildirmektedir.

Akademik Aile Hekimliği ile İlgili Düşünce Okulları

Son 30 yıldaki aile hekimliği tanımları 4 genel kategoride toplanabilir:²²

1. Birinci düşünce okulu: Bu görüş, aile hekimliği disiplini yok sayar. Diğer akademik alanların liderleri ve akademisyenleri tarafından ve Amerikalı akademik tıp liderleri tarafından öne sürülmüştür. Bu kişiler, aile hekimliği uzmanlığını ve aile hekiminin, sağlık hizmeti sunum sistemi içindeki rolünü tanırlar ve saygı gösterirler, ancak aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak varlığına inanmazlar. Aile hekimlerinin bilgi, beceri ve tutumlarını diğer akademik alanlardan kazanacaklarına inanırlar. Bazı açılardan bu görüş açısı çok da yanlış de-

ğildir. Aile hekimliği asistanlık süresi, farklı alanlardaki rotasyonlarla tamamlanmaktadır. Aile hekimliği asistanlığı, yapı ve organizasyon bakımından intörn doktorluğa benzetilir. Aile hekimliği asistanlığı, bir aile hekimliği merkezinde, sürekli uygulama gerektirdiği halde, bu deneyim, diğer alanlar tarafından görmezden gelinmektedir. Hastanedeki dahiliye servisindeki dahiliye uzmanı, aile hekimliği asistanını dahiliye rotasyonunda, cerrahi uzmanı, cerrahi rotasyonunda tanır. Bu kişiler, aile hekimliği kliniğinde geçirilen süreyi, rotasyon yapılan kliniğe devamsızlık olarak değerlendirebilirler.

Aile Hekimliğinin var olmadığına dair görüşü destekleyen ikinci faktör, aile hekimliği dergi ve kitaplarının diğer uzmanlık alanları tarafından okunmamasıdır. Uzmanlığın ilk 30 yılında aile hekimleri, diğer alanlardaki hekimlere, kendileri hakkında çok az şey öğretebilmişlerdir. Aile hekimliği asistanları 8-12 ay süreyle dahiliye kliniğinde çalıştıklarında dahiliye asistanları kendileri için aile hekimliğini öğrenmeye gerek kalmadığını düşündüler. Bu nedenle diğer dal asistanları da aile hekimliği hakkında bilgi edinme gereksinimi duymadılar. Bunun yanında, tıp fakültesi öğrencilerine aile hekimliğini öğretmede daha başarılı olundu. Fakat, aile hekimliği stajı sıklıkla "toplum sağlığı uygulamaları" içinde yer aldı ve eğitim içeriği standardize edilemedi. Staj popüler ve başarılı oldu ama staj süresince sürekliliğin ve doktor-hasta ilişkisinin öğretilmesindeki zorluklar gibi bazı sorular ortaya çıktı.

2. İkinci düşünce okuluna göre; akademik aile hekimliği aile hekimliği uzmanlığı ile aynıdır. Carmichael ve diğerleri akademik disiplinin, klinik uzmanlıktan çok farklı olduğunu savunmuşlardır.¹⁴ Bunun sonucunda, tıp fakültelerindeki anabilim dalları, isimlerini "Family Practice departmanı"ndan "Family Medicine departmanı" olarak değiştirmişlerdir.

Bir Amerikalı aile hekiminin ofisinde dahiliye, pediatri, jinekoloji kitapları bulunur ama aile hekimliği kitabı her zaman bulunmaz. Bunun nedeni, bir akademik disiplin olarak aile hekimliğinin uygulama yapan hekimlerin entelektüel ihtiyaçlarını her zaman karşılayamamış olmasıdır. Otuz yıllık geçmişi, aile hekimliği, hem mezuniyet öncesi hem de uzmanlık eğitimlerinde yenilikçi yaklaşımlar geliştirmiştir. Uzmanlık eğitiminde "toplum eğiticilerinin" (community preceptors) kullanımı, hizmetin sürekliliği üzerinde durulması, davranış bilimciler ile eğitimde disiplinlerarası işbirliği sağlanması gibi yenilikler nedeniyle aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci saygı görmektedir. Akademik aile hekimliği, öğrenciler ve asistanlar üzerinde çok etkili olmakla birlikte sahada çalışanlar üzerinde o kadar etkili olmamıştır. Bu durum, kısmen, disiplinin, yeni klinik yakla-

şımlar geliştirmek yerine esasları öğretmeye odaklanmasına bağlıdır. Aile hekimlerinin Sürekli Tıp Eğitimleri'nde 1990'lardan sonra aile hekimleri konuşmacı olmaya başlamışlardır. Bu durum, hem akademisyenler hem de klinisyenler için kazanç olmuştur. Uzmanlığın çok geniş olması nedeniyle aile hekimleri pek çok alanda sürekli tıp eğitimine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu eğitimin içeriği, aile hekiminin çalıştığı yerin ihtiyaçlarına ve özelliklerine göre değişmekle birlikte pediatri, jinekoloji, cerrahi eğitimlerini mutlaka içermelidir. Aile hekimliğine özgü bilgi, beceri ve tutumlar olmadan tamamlanamayacağı unutulmamalıdır. Dolayısıyla aile hekimliğinde klinik uzmanlık ve akademik disiplin eş anlamlı değildir.

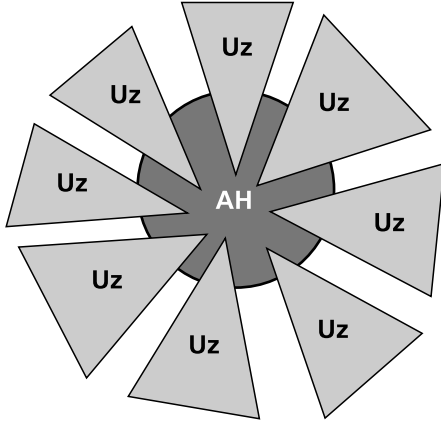
3. Konuya daha dar bir açı ile bakan bu düşünce okuluna göre aile hekimliği, aile sağlığı ve hastalığının incelenmesidir. Ransom ve Ramsey gibi bazı yazarlar aile hekimliğini, aile grupları ve hastalıkların etkileşimlerini inceleyen akademik alan olarak tanımlamışlardır.^{15,16} Bu görüşe göre aile hekimliği, yeni bir akademik alan olan aile sistemleri tıbbına (Family Systems Medicine) odaklanmaktadır. Aile sistemleri tıbbı, aile gruplarının, aile üyelerinin hastalıklarından nasıl etkilendiklerini, aile fonksiyonlarının hastalığın seyrini ve sonucunu nasıl etkilediğini araştırır.

4. Bu düşünce okuluna göre aile hekimliği, aile hekimlerinin nasıl çalıştıklarını inceler. Diğer disiplinlerden farkları şöyle sıralanabilir: Aile hekimliğinde disiplinler arası çalışma esastır. Society of Teachers of Family Medicine üyelerinin dörtte biri aile hekimliği dışındaki kişilerdir.³⁰ Aile hekimliği, kendini diğer alanlardan ayırarak kimlik bulmaya çalışmamıştır. Aile hekimliği, geniş işbirliği yaklaşımı konusunda diğer uzmanlık alanlarına önderlik yapmıştır. Bu durum, aile hekimliğine eğitimsel katkı sağlamış, ancak kendi kimliğini ve fonksiyonunu bulmasını zorlaştırmıştır.

Sonuç ve Öneriler

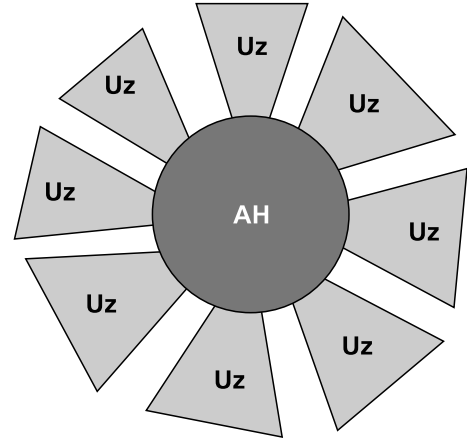
Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimliği diğer uzmanlık alanlarından yararlanır fakat kendi ilkeleri ve kendi bakış açısı ile yeni bir sentez getirir (Şekil 1a ve 1b). Diğer uzmanlık alanları ile ilişkisindeki ortak alanları, kendi pençeresinden sentez ederek kullanır.

Aile hekimliği disiplini ile aile hekimliği eğitimi arasında çok yönlü ve karşılıklı bir ilişki mevcuttur (Şekil 2). Aile hekimliğinin hizmete erişim, süreklilik, kapsamlılık, koor-



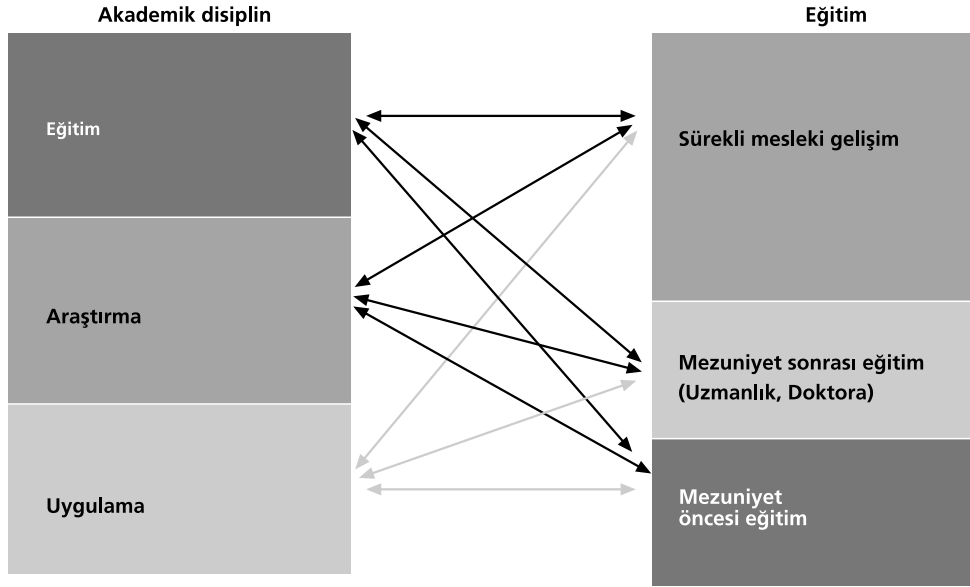
Şekil 1a

Aile hekimliği ile diğer uzmanlık alanları arasındaki ilişki



Şekil 1b

Aile hekimliği ile diğer uzmanlık alanları arasındaki ilişki



Şekil 2

Akademik disiplin ve eğitim arasındaki ilişki

dinasyon ve bağlamsallık gibi temel ilkeleri vardır. Kaliteli ve maliyet etkili birinci basamak sağlık hizmetleri açısından büyük önem taşıyan bu disiplinin doğru anlaşılabilmesi için literatürde karşılaşılan farklı terimlerin içeriklerinin ve farklı görüşlerin bilinmesi gerekmektedir. Disiplinin gelişmesi ancak bu şekilde mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. **Rakel RE.** The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 6. baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2002; 3-4.

2. **Saultz JW.** An overview and history of the specialty of family practice. Textbook of Family Medicine'da. Ed. Saultz JW. New York, McGraw-Hill, 2000; 3-16.
3. **National Center for Health Statistics.** Health, United States, 2004. With Chartbook on Trends in Health of Americans. Hyattsville, Maryland 2004; 310.
4. **Starfield B, Oliver T.** Primary care in the United States and its precarious future. *Health & Social Care in the Community* 1999; 7: 315.
5. **AAFP.** Facts about Family Practice. Kansas City, MO: AAFP, 1996, p. 193.
6. **Randolph L, Seidman B, Pasko T.** Physician Characteristics and Distribution in the US American Medical Association, Chicago, 1997.
7. **Kahn NB Jr, Schmittling GT, Garner JG, Graham R.** Entry of US medical school graduates into family practice residencies: 1997-1998 and 3-year summary. *Fam Med* 1998; 30: 554-63.

8. **Barzansky B, Jonas HS, Etzel SI.** Educational programs in US medical schools, 1997-1998. *JAMA* 1998; 280: 803-8.
9. **McPherson DS, Schmittling GT, Pugno PA, Kahn NB Jr.** Entry of US medical school graduates into family practice residencies: 2002-2003 and 3-year summary. *Fam Med* 2003; 35: 555-63.
10. **AAFP.** 2003 National Resident Matching Program results. Match results and information. www.aafp.org/match/graph02.html adresinden 24.05.2005 tarihinde erişilmiştir.
11. **Aktürk Z, Dağdeviren N (çeviri editörleri).** Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul, 2004.
12. The General Practitioner in Europe, A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice (Leuvenhorst Netherlands 1974). <http://euract.org/html/doc015.shtml> adresinden 20/01/2006 tarihinde erişilmiştir.
13. **Starfield B.** Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, Oxford University Press, 1998.
14. **Wonca Europe 2002.** The European Definition of General Practice/Family Medicine.
15. Definition of Family Medicine, ABFM 2005. <http://www.aafp.org/x6809.xmm> adresinden 24/05/2005 tarihinde erişilmiştir.
16. **Carmichael LP.** Introduction to family medicine. Family Medicine: Principles and Applications'da. Ed. Medalie JH. Baltimore, Williams & Wilkins, 1978; xv-xviii.
17. **Ransom DC, Vandervoort HE.** The development of family medicine: problematic trends. *JAMA* 1973; 225: 1098-102.
18. **Ramsey CR.** Family Systems in Medicine. New York, Guilford Press, 1989; 3-4.
19. **Medalie JH.** Family Medicine: Principles and Applications. Baltimore, Williams & Wilkins, 1978; 4.
20. **McWhinney IR.** A Textbook of Family Medicine. New York, Oxford University Press, 1989; 9.
21. **Stephens GG.** Developmental assessment of family practice: an insider's view. Family Medicine: The Maturing of a Discipline'de. Eds. Doherty WJ, Christiansen CE, Susman MB. New York, Haworth Press, 1987; 11.
22. **Saultz JW.** A theoretical framework for the discipline of family medicine. The Textbook of Family Medicine'da. Ed. Saultz JW. New York, McGraw-Hill, 2000; 17-29.
23. **Stephens GG.** The Intellectual Basis of Family Practice. Tucson AZ, Winter Publishing, 1982; 7.
24. **Adler MJ.** The Conditions of Philosophy. New York, Atheneum, 1965.
25. **McWhinney IR.** General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966; 1: 419-23.
26. **Turnbull T.** Balancing GP. responsibility between practice and patient. *NZ Family Physician* 1999; 26(3). <http://www.rnzcgp.org.nz/NZFP/Issues/June99/edit.htm> adresinden 24/05/2005 tarihinde erişilmiştir.
27. **Kahn NB Jr.** The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: S3-S32.
28. **Halvorsen JG.** Family Medicine's Failures: Reflections on Keystone III. *Family Medicine* 2001; 33: 390-2.
29. **Rivo ML, Jackson DM, Clare FL.** Comparing physician workforce reform recommendations. *JAMA* 1993; 270: 1083-4.
30. **Society of Teachers of Family Medicine:** STFM Membership Directory. Kansas City, MO: STFM, 1996-1997.

Geliş tarihi: 09.06.2005
Kabul tarihi: 25.02.2006

İletişim adresi:

Dr. Esra Saatçi
Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Bağcı 01330 Adana
Tel: (0322) 338 60 60 / 3087
Faks: (0322) 338 65 72
e-posta: esaatci@cu.edu.tr