

Bir mesleğin gelişimi: Genel tababet - uzmanlık - aile hekimliği

Development of a profession: general practice - specialization - family practice

Halûk Çağlayaner¹, Esra Saatçi²

Özet

Hekimlik tarihini hekimin niteliği ve çalışma alanı açısından üçe ayırabiliriz: 19. yüzyıl ve öncesindeki kendiliğinden genel tababet dönemi; geç 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısındaki uzmanlık dönemi ve 20. yüzyılın ikinci yarısındaki yeni genel pratisyenlik/aile hekimliği dönemi. Bu yazı Birleşik Krallık'ta, Amerika Birleşik Devletleri'nde de ve ülkemizde 19. yüzyıl ve öncesindeki genel tababet uygulamasını, uzmanlık dallarının gelişimini ve aile hekimliğinin ortaya çıkışını karşılaştıran bir denemidir.

Anahtar sözcükler: Genel tababet, uzmanlık, aile hekimliği, Birleşik Krallık, ABD, Türkiye .

Summary

The history of medicine can be divided in three periods for qualification and working field of physicians: spontaneous general practice period (before and during the XIX. century), specialization period (late XIX. and the early XX. centuries) and new general practice/family medicine period (late XX. century). This article reviews the implementation of general practice before and during the XIX. century, the development of the medical specialization and the emerge of general practice in United Kingdom, United States of America and Turkey.

Key words: General practice, specialization, family medicine, United Kingdom, USA, Turkey.

Hekimlik tarihini hekimin niteliği ve ele aldığı konu açısından üçe ayırabiliriz: 19. yüzyıl ve öncesindeki kendiliğinden genel tababet dönemi; geç 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın başındaki uzmanlık dönemi ve 20. Yüzyılın ikinci yarısındaki yeni genel pratisyenlik/aile hekimliği dönemi. Bu yazıda Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri ile ülkemizde 19. yüzyıl ve öncesindeki genel tababet uygulamasını, uzmanlık dallarının gelişimini ve aile hekimliğinin ortaya çıkışını ele alacağız.

Genel Tababet Dönemi

Büyük Britanya ve ABD

Hekimlik pratiği ancak 19. yüzyılda profesyonellerin eline geçti. Daha önce, toplumun ihtiyaçlarını sadece kü-

çük bir bölümü hekim olan çeşitli şifacılar tarafından karşılanıyordu. Avrupa'da, 17 ve 18. yüzyılda hekimler az sayıdaki üniversitelerden birinde eğitim görmüş, bilgili, küçük ve seçkin bir grubu oluşturuyorlardı. Şehirlerde zengin ve etkili kişilere hizmet veriyorlar, cerrahi girişimde bulunmuyor ve ilaç hazırlamıyorlardı. Bu hekimler ile fakirlerin ve köylülerin tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan zanaatkâr ve gezgin satıcılar arasında mesleki ya da toplumsal bir ilişki yoktu. Cerrahlar, usta-çırak ilişkisi içinde yetişen zanaatkârlar, eczacılar ise başlangıçta ilaç hazırlayan ve satan, fakat zamanla talebe uyarak yavaş yavaş tıp pratisyeni olan insanlardı.¹

İngiltere'de 19. yüzyılda, maddi imkânı olanlar için, sağlık hizmeti almanın başlıca yolu, bir pratisyene ücret

¹) Modern Eğitim Fen Okulları, Aile Hekimliği Uzmanı, İstanbul

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

mukabilinde başvurmakta. Kâr amacı gütmeyen yardım-
laşma kuruluşlarının, dayanışma dernekleri'nin ve sendi-
kaların girişimi ile yavaş yavaş, nitelikli işçilere genel pratisyenlik (GP) hizmeti sağlayan bir çeşit sigorta düzeni oluşmaya başladı.

Özellikle özel muayenelerden yeterli gelirin sağlanamadığı yoksul semtlerde artan sayıda GP bu düzenin parçası olmaya başladı. İşleyişe katılan her GP, sigorta kurumunun listesine dâhil ettiği her kişi başına yıllık belirli bir ücret alıyordu. GP'lere mütevazı ama güvenilir bir kazanç temin eden dayanışma dernekleri ve sendikalar sağlık hizmetinin (ev ziyaretleri gibi) standartlarını belirlemelerine elveren ve çalışan sigortalıların giderlerini denetim altında tutmak için GP'in klinik özgürlüğünü kısıtlayan sağlam bir konum elde ettiler. Bu güçlü halk kontrolü sonucunda, ironik bir şekilde, tabip liderleri, dayanışma derneklerinin denetimi yerine devlet müdahalesini tercih etmeye başladılar: Bu gelişme 1948'de Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (National Health Services) kuruluşuyla sonuçlandı.²

Kuzey Amerika'nın ilk göçmenleri arasındaki az sayıdaki hekim toplumun ihtiyacını karşılayamıyordu ve dolayısıyla, yeni kıtada kurulan ilk kolonilerin sağlık hizmetini aralarında her çeşit iyileştiricinin yer aldığı pratisyenler üstlenmişti. 1760'da Philadelphia Tıp Okulu'nun kuruluşuna kadar kolonilerde tıp okulu yoktu; dolayısıyla hekim olmak isteyen herkesin Avrupa'da eğitim alması gerekiyordu. Eğitimli hekimlerin sayısı uzun süre yetersiz kaldı; örneğin 18. yüzyıl Virginia'sında her dokuz pratisyenden sadece biri eğitimliydi.¹

Avrupa'dan eğitim alıp dönen doktorlar uzun bir süre cerrahi girişim yapmaktan ve ilaç temin etmekten kaçınarak farklılıklarını korumaya çalıştılar. Edinburgh'ta eğitim gören Amerikalı öğrenciler "Virginia Club"ı oluşturdu, Kulübün amaçlarından biri "her üyenin mesleğinin şerefini bir eczacı ya da bir cerrahın ticareti ile karıştırmaması" idi. Ne var ki bu tür hizmetlerin yoğun biçimde talep edilmesi ve yeni kolonilerdeki yaşamın eski toplumsal engelleri kısa sürede parçalaması sonucunda bu yönelim kısa sürede yok oldu.¹

19. yüzyıl başında Büyük Britanya'da cerrah ve eczacıların işleri giderek daha tıbbi bir nitelik kazandı, statüleri giderek yükseldi. Aşçı uygulamasını başlatan Edward

Jenner (1749-1823) batı İngiltere'de çalışan bir köy cerrahı idi. Bu yüzyılda cerrahi öğretiminde ilerlemeler oldu, cerrahlar çıraklık ve hastane eğitimi dönemlerini tamamladıktan sonra Kraliyet Cerrahlar Okulu üyeliği (membership of Royal College of Surgeons; MRCS) sınavına girdiler. 1815 Eczacılar yasası İngiltere'de eczacılara tıbbi tavsiyelerde bulunma ve ilaç verme yetkisi tanıdı. Yasa, eczacıların beş yıllık bir çıraklık eğitimi ile anatomi, fizyoloji, hekimlik pratiği ve ilaçlar konusundaki dersleri almalarını zorunlu hâl'e getirdi. Yasa, yeterlilik sınavını; Eczacılık Derneği Lisansını (Licentiate of the Society of Apothecaries; LSA) da zorunlu kıldı. Kısa sürede pratisyenlerin her iki niteliği de (LSA ve MRCS) taşınmaları benimsendi, ebelik sınavı da eklendiğinde, diploma sahibi *hekimlik, cerrahi ve ebelik pratisyeni* olarak nitelendirildi. *Genel pratisyen* terimini ilk kez *Lancet* dergisi, 19. yüzyıl başında kullandı. Böylece ABD'de 18. yüzyılda doğan genel pratisyenlik, 19. yüzyılda İngiltere'de adlandırıldı. Toplumsal ihtiyaçları yanıtlayan yavaş bir süreç içinde cerrah ve eczacılar hekimlerle birleşerek modern tıp mesleğini oluşturdular. Avrupa ve Kuzey Amerika'da 19. yüzyıl genel pratisyenin çağı idi: Her iki kıtada da meslek üyelerinden çoğu genel pratisyendi, tıp fakültelerinde de hekimlerin fonksiyonları arasında çok az farklılaşma vardı.¹

Tıp mesleği, ABD'de 19. yüzyılın başlangıcında yerleşik bir nitelik kazandı; gittikçe artan sayıda erkek (kadınlar bütün tıp okullarından uzaklaştırılıyorlardı) biçimsel (formel) eğitim alıyor, tam zamanlı olarak çalışıyor, derneklerde örgütleniyor ve yasal lisans sahibi oluyordu. Stetoskop, mikroskop, klinik termometre ve sfigmomanometresi olmayan dönemin Amerikan hekimi tanı için beş duyusuna güveniyordu. Bütün tıbbi uzmanlık alanı olarak görüyordu. Koruyucu hekimlik adına bildiği tek uygulama çiçek aşısı idi. Tedavi büyük ölçüde kan alma, şişe çekme, ve kalomel uygulamasına dayanıyordu. Cerrahi, kollar, bacaklar ve beden yüzeyi ile sınırlıydı. Sağlam bir temele dayanmayan çeşitli tıp "sistemleri" yüzyılın ortasına kadar ünlerini korudular.³

Bilimsel tıp ise emekleme döneminde idi. 18. yüzyılın sonuna doğru, İngiltere'de, aralarında John Hunter'in cerrahi deneyleri, William Withering'in yüksükotu'nu kalp yetersizliğinde kullanması ve Edward Jenner'in çiçek

aşısının etkinliğini kanıtlaması gibi az sayıda planlanmış klinik deneme yapıldı. Fakat ancak 19. yüzyılın ortalarında Fransa ve Almanya’da fizyolojik araştırmalar, bakteriyoloji, deneysel patoloji ve klinik teknikler gelişti ve ABD tıbbına bilimsel yöntemlerin girişi için esin kaynağı oldu.³

1847’de Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) kuruldu, 1879’da Surgeon General Kütüphanesi ilk tomurcuklarını veren bilimsel tıp literatürüne eşsiz bir rehberlik hizmeti sağlayan Index Medicus’u yayınlamaya başladı.³

Osmanlı İmparatorluğu

Osmanlılarda 1827 önceki sağlık örgütlenmesinde, kimi şehirlerde darüşşifa, bimarhâne ve cüzzamhâneler, merkezde ise hekimbaşılık kurumu bulunuyordu. Şehirlerdeki sağlık kuruluşları vakfiyeleri doğrultusunda halka ücretsiz hizmet verir, tayinler hekimbaşı tarafından yapılırdı.⁴ Modernleşme çağına kadar Osmanlı İmparatorluğundaki eğitim, sağlık ve diğer toplumsal hizmetleri vakıflar yerine getiriyordu. 16. yüzyılda, Osmanlı İmparatorluğunun toplam gelirinin %10-14’ünün toplumsal hizmetlere harcandığı hesaplanmıştır.⁵

Vakıfların yanı sıra, büyük şehirlerde, maddi durumu iyi olanlara, ücret karşılığı hizmet sunan hekim, cerrah ve kehhaller (göz hekimleri) de bulunur, hekim muayenehanesine “tıbbi dükkân” adı verilirdi. Bu dükkânlarda tıbbi elyazmaları, çeşitli ilaç terkipleri yapmaya yarayan maddeler ve aletlerin bulunduğu tahmin edilmektedir. “Dükkan” açmak isteyen hekim, hekimbaşına başvurur, hekimin yetkili olup olmadığını tetkik eden hekimbaşı başvuruyu cevaplandırır. Hekim vefat eder ya da yer değiştirirse diğer bir hekim aynı yer ya da semtte dükkân açabilirdi.⁶

Kanuni Sultan Süleyman (1520-1566) döneminde Süleymaniye Külliyesi’nde yer alan medrese-i tıbbiyenin varlığı iyi belgelenmiştir.⁷ Yine de, herhâlde, hekimlerin büyük bölümü ortaçağa özgü loncalarda usta-çırak ilişkisi içinde yetişiyordu. Bayat’ın gösterdiği gibi hekimbaşılarının belgelenmediği 1504-1849 yılları arasında görev yapan pek çok hekimbaşı da, bu usta-çırak ilişkisi içinde yetişmişti.⁸

17. ve 18. yüzyıllarda Batı’daki tıp okulları gelişimini sürdürdü. Avrupa, bir yandan da Yeni Dünya’dan elde

edilen değerli madenler ve dünya ticareti ile zenginleşiyor, öte yandan kıtanın kuzeybatısında bu birikim endüstri devriminin nüvesini hazırlıyordu.⁹

Osmanlı İmparatorluğu ise dünya ticaret yollarının dışında kaldığı gibi askeri genişlemesinin de sınırına varmıştı.⁹ Bu dönemin sağlık uygulamaları yeterince araştırılmamış olmakla birlikte kentlerin gerilediği, köylerin önemli ölçüde nüfus yitirdiği ya da yer değiştirdiği “büyük kaçgun” sırasında Anadolu’da sağlık alanında Osmanlı’nın klasik dönemindeki işleyişin de gerilediği düşünülebilir. Bu sırada diğerleri gibi, sağlık ihtiyaçları da yerel olanaklarla karşılanmış olmalıdır.

Osmanlı’da Batı tıbbını uygulama yönündeki ilk kurumsal çaba III. Selim zamanındadır: Paris sefaretı sırasında gördüklerinden etkilenen Bahriye Nazırı Morali Seyit Ali Efendi, padişahı ikna ederek Kasımpaşa Tersanesi yanında bir hastane, bitişğinde de bir tıp okulu açtı. Okulun 1807’de kabul edilen tüzüğü öğrencilerin İstanbul’daki eczacı dükkânlarında çalışıp İtalyanca öğrenmelerini, *tıp ve cerrahi öğretiminin İtalyanca olmasını ve öğretim sonunda 4 yıl mecburi hizmet yapılmasını* öngörüyordu. III. Selim’in bir başka girişimi de müfredatında kadavra disseksiyonunun yer aldığı bir tıp okulu kurmak oldu: Gerici bir ayaklanmadan çekinen Sultan bunun için bir ara çözüm geliştirdi; okulu İstanbul’daki Rum tebaaya açtırmak. Kuruçşeme Rum Tıbbhanesi, Dimitri Moruzi’nin müdürlüğünde 1805’te açıldı. Ne var ki, 29 Mayıs 1807’de, III. Selim, Kabakçı Mustafa ayaklanması ile tahttan indirilince iki okul da, Türk tıp tarihinin gerçekleşmemiş projeleri arasında yerlerini aldılar.^{10,11}

Bu dönemde nüfusu Müslüman bir eyaletin, Kırım’ın kaybı herkesi sarstı; Mahmut Raif, Şanizade Atullah Efendi, Hoca İshak gibi entellektüeller dönemin *lingua franca*’sı (uluslararası dili) Fransızca’yı öğrenerek Batının hızlı gelişimini yakalama ve gerilemeyi durdurma arayışına girdiler.¹² Öte yandan –kadavra üzerinde çalışma gibi netameli bir özelliği içermeyen– askeri mühendislik okulları da bu dönemde açıldı.

Bugünkü Tıp Fakültesi geleneğinin temelinde yer alan kurum Sultan II. Mahmut’un 14 Mart 1827’de¹³ açtığı Tıp Okuludur. Bu tarihi yerli yerine koyabilmek için 1) 1826’da Vakayı Hayriye¹³ ile Yeniçeri Ordusunun ortadan kaldırıldığını hatırlamak gerekir; Okul, bu sayede,

Kasımpaşa ve Kuruçeşme okullarının akıbetine uğramaktan kurtulmuştur. 2) Okul, Mehmet Ali Paşa'nın Mısır Tıp Okulu'nun açılışının üzerinden bir ay bile geçmeden açılmıştır.¹³ Bu da, iki ülke arasındaki rekabete işaret eder. 3) Nihayet, 1828'de Osmanlı'nın yenilgisiyle sonuçlanan Osmanlı – Rus Savaşı olmuştur ki, bu ve diğer politik sorunlar 1827'de açılan Tıbbiye'nin gereğince gelişmesini geciktirmiştir. 1839'da, Tanzimat Fermanı ile eşzamanlı olarak, tıbhane ve cerrahane, Galatasaray'da, Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adı altında birleştirildi. 1841'de kadavra üzerinde anatomi derslerine başlandı.¹⁴ Bu okulda, hekimlerin yanı sıra eczacı, cerrah, aşıcı ve ebe de yetiştiriliyordu.¹⁵

1860 – 1870'lere kadar, Osmanlı tıp eğitimi iki büyük engelle karşı karşıya kaldı: İmparatorlukta ilk ve ortaöğretimin uygunsuzluğu ve Türkçe tıp kitaplarının yokluğu. Tıp eğitimi Fransızca olarak başlatılarak Türkçe tıp kitaplarının yokluğuna geçici bir çözüm bulundu. Önceki eğitim aşamalarında edinilemeyen bilgi ve beceriler ise Tıbhane'de veriliyordu, bu arada tıp eğitimi 10 yıla kadar uzamıştı.¹⁶ Bütün çabalara rağmen bu ilk dönemde Tıbbiye rağbet görmemiş, açılış tarihi olan 1827'den 1866 yılına kadar geçen 40 senelik süre içinde sadece 300 hekim mezun edebilmiştir.¹⁷ O günlerden kalan bir belge, eğitimsiz hekimlerin “çekirgeler gibi yayıldığı” yazmaktadır.¹⁶

1840'ta Tıbbiye yönetimi padişahın emriyle Meclis-i Umur-u Tıbbiye-i Mülkiye'yi (Sivil Tıp İşleri Meclisi) oluşturdu. Bu meclis, varolan hekim, eczacı, cerrah, aşıcı ve ebeleri saptamaya çalıştı. 1843'te ilk bilimsel ebelik (fennî kibâle) kursu düzenlendi. Hekimlerin, meclise başvurarak diplomalarını tescil ettirmeleri istendi. Meclis, “*halkın mizacına uygun hekimlik bilgisine sahip oldukları belli olan*” diplomasız kişilere de “*bir had dabilinde ve bunlara talimat ve tenbibat icrasıyla*” ruhsat verdi.¹⁴

1861'de “Memalik-i Mahsure-i Şahane'de Tababeti Belediye İcrasına dair” nizamnamesi, Mekteb-i Tıbbiye ya da yabancı bir tıp mektebinden diploması olmayan hekimlik yapmasını, icazetnamesi (izin kâğıdı) olmayan hekim ünvanı kullanmasını yasakladı. Daha önce hekimlik yapanlara, icazetnamelerini Tıbbiye'ye kaydettirme zorunluluğu getirildi. Kaydedilenlerin listesi gazetede yayımlandı ve eczanelere gönderildi. Bulunduğu yerde eczane olmayan doktor ve cerrah hastasına ilaç verebile-

cekti. Eczanesi olan yerlerde ise bu yasaklanmıştı.¹⁴ Yine 1860'da çıkarılan bir ferman ve 1861 belediye nizamnamesi ile yeni hekim ve eczacı loncaları kurulması yasaklandı; varolan loncalar da 1913'te lağvedildi.⁶

20. yüzyıl öncesindeki hekim, cerrah, göz hekimi gibi mesleki ayrımları bugünkü uzmanlıklarla eşdeğer tutmak mümkün değildir. 1840 “Yüksek Tıp Meclisi” kararları ve 1861 Nizamnamesi sonrasında icazetnameleri onaylanan hekimlerin bir bölümü medrese mezunu, bir bölümü ise alaylı (pratikten yetişme) olmalıdır. Öte yandan her türlü kaydın dışında halk hekimliği icra eden kırık-çıkıkçı, sınıkçı v.d. sağaltıcıların faaliyetleri bu tarihten sonra da, günümüze kadar süregelmiştir. Bu konunun incelenmesi günümüz Türkiye'sinde alternatif tıbbın tarihi kökleri hakkında bilgi verebilir.

Halkın hekim ihtiyacını karşılamaya yönelik ilk kurum 1866'da açıldı: Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp Mektebi). 1857'de, Askeri Tıp Mektebinde açılan “mümtaz (seçkin) sınıf”tan yetişen öğrenciler, tıp dilinin Türkçeye çevrilmesi için çalışmalarını sürdürürler: Bu çalışmalar sonucunda, 1867'de Sivil Tıp Mektebinde, 1870'te de Askeri Tıp Mektebi'nde Türkçe öğretime geçildi.¹⁶ Öte yandan 1838 ortaöğretim, 1847, 1863 ve 1869 ilköğretim reformlarıyla ilk ve ortaöğretim günün gereklerine uygun hale getirilmeye çalışıldı.¹⁸ 1871'de bütün ülkede genel kapsamlı birinci basamak sağlık örgütünün kurulmasını öngören ilk sağlık mevzuatı yürürlüğe kondu: “İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi) Tüzüğü. Tüzük, illerde *sıbbiye müfettişlikleri*, ilçelerde *memleket tabiplikleri* kurulmasını öngörüyordu.^{14,19}

Tıp Uzmanlıklarının Gelişimi

Büyük Britanya ve ABD

Anatominin gizlerini 16 yüzyılda Vesalius, kan dolaşımını 17. yüzyılda Harvey, solunumu ise 18. yüzyılda Lavoisier açıklamıştı. Ne var ki aynı dönemde hiç bir geçerliliği olmayan “tıp teorileri” o kadar yaygın bir kabul görüyordu ki tıp uygulamasında hemen hiç bir gerçek ilerleme sağlanamadı. 1850'lerde bir doktorun iyileştirme kapasitesi antik dönemdeki meslektaşından farklı değildi; aynı tedavi iktidarsızlığı sürüyordu.²⁰

İnsanlık tarihi boyunca süren bilgi birikimi 19. yüzyılın ortalarından başlayarak büyük bir sıçrama gösterdi: Sanayi, ulaşım ve haberleşmedeki atılımlar, geliştirilen mikroskopla bulaşıcı hastalıkları ufak canlıların oluşturduğunun kanıtlanması, anestezinin hayvan deneylerine ve uzun operasyonlara olanak sağlaması, büyük araştırmacı ve öğretici hekimlerin yetişmesi 1850'den başlayarak tıbbın büyük ilerlemeler göstermesini sağladı.²¹

O sırada Kuzey Amerika'daki tıp eğitimi bilimsel temellere sahip değildi, eğitimin kalitesi genellikle çok düşüktü. 1889'da Johns Hopkins Tıp Fakültesinin kurulması Kuzey Amerika'da tıbbın gelişmesinde bir dönüm noktası oldu. Kurucular tıp eğitimi sağlam, bilimsel bir temele oturtmak istiyorlardı. Bütünüyle uzmanlardan oluşan fakülte, laboratuvara önem veren Alman tıp ekolünü esas aldı. 1910 – 1930 Flexner reformları yeni dönemi belirledi: Uzmanlık dönemi.¹

Katlanarak artan bilgi birikimi kaçınılmaz olarak uzmanlaşmayı doğurmuştu; uzmanlaşma bilgi birikimini hızlandırdı. Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde her birinin tanımlanmış öğretim programları ve yeterlilik sınavları olan başlıca tıp uzmanlığı dalları ortaya çıktı. Teknolojik ilerleme hızlıydı, araştırma yatırımları verimli sonuçlar veriyordu. Tıp eğitimi laboratuvar bilimlerine ve tıp teknolojilerine giderek daha fazla yöneliyordu. Uzmanlığın saygınlığının artması, değer kazanan teknik ve araştırma becerilerinin kişisel bakımın yerini alması, bir kariyer olarak genel pratisyenliğin gözden düşmesine neden oldu.²²

1923'te modern tıp, sağlık hizmeti sunumunu çok fazla sayıda parçaya ayırmış, sarkaç uzmanlaşma yönünde uç noktaya ulaşmıştı. Peabody'nin kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek genel tababete dönülmesi önerisi ne toplumdun ne de tıp dünyasından ilgi gördü.²² 1930'dan başlayarak genel pratisyenlerin sayısı ve oranı azaldı. Süreç, II. Dünya Savaşından sonra tıp fakültelerinde fiilen genel pratisyen yetişmemesi ve ana uzmanlık dallarının yandallara ayrılmasıyla hızlandı.

Mesleğin parçalanması ve teknolojinin ön plana alınmasının önemli etkilerinden biri hasta-hekim ilişkisinin bozulması oldu. Bakım ve hekimliğin kişisel yönünün ihmâli mesleki hata davalarının artması ve teknolojinin büyümesini yitirmesiyle sonuçlandı.¹

Uzmanlaşma çağının zirveye ulaşması ile özel öğretim ve niteliklerinin bulunmaması ile tanımlanan genel pratisyenden, mesleğin farklılaşmamış kütesinden ayrı, iyi farklılaşmış bir rolü ve tanımlanmış becerileri olan yeni tür bir genel pratisyen ihtiyacı belirdi. ABD'de yeni genel tababet uzmanı ihtiyacı iki can alıcı raporla ortaya kondu: The Graduate Education of Physicians; (Millis 1966), Meeting The Challenge of Family Practice; (Willard 1966). Aynı dönemde Kanada, Bileşik Krallık, Hollanda, Avustralya ve diğer endüstrileşmiş ülkelerde benzer değişiklikler meydana geldi.¹

Genel pratisyenlikteki çöküş tepki olarak 1950'ler ve 1960'larda bir çok ülkede genel pratisyenlik okulları ve akademileri kuruldu. İlk hizmetiçi eğitim programları başlatıldı, müfredatın tanımlanmasında ve sınavların tasarlanmasında ilerlemeler kaydedildi. Bu konudaki öncülerden biri de eski Yugoslavya'dan Dr. Andrija Stampfer idi. Yine bu dönemde İngiltere, Kanada, Hollanda, ve ABD'de ilk akademik kürsüler kuruldu ve aile hekimliği mezuniyet öncesi müfredatta yer aldı. 1972'de Dünya Genel Tababet/Aile Hekimliği Ulusal Okul ve Akademileri Örgütü (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine; WONCA) kuruldu.¹

Osmanlı İmparatorluğu – Türkiye Cumhuriyeti

Türkiye'de 14 Mart 1827'de Tıp Fakültesinin ilk kuruluşundan 1933'de Çapa'ya taşınmasına kadar 10 kez²³ (yaklaşık her 11 yılda bir) yer değiştirmiş, bir kez de büyük bir yangın geçirmiş olması tıp eğitimi ve uzmanlık dallarının gelişimi konusundaki bilgimizi kısıtlar.

1906'da, Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'nin 50. Yılı Faaliyet Raporu'nda yalnızca 5 tıp dalı (iç hastalıkları, şirürji, jinekoloji ve obstetrik, oftalmoloji ve dermatoloji) sayılır.²³

1928: 15 uzmanlık dalı resmen tanındı.

1947: 22 uzmanlık dalı resmen tanındı. Bu dallardan biri de “**genel sağlık uzmanlığı**” idi.

1955: 37 uzmanlık dalı resmen tanındı. Genel sağlık uzmanlığı tüzükten çıkarıldı.

1961: 45 uzmanlık dalı resmen tanındı.

1962: 60 uzmanlık dalı resmen tanındı.

1983: Uzmanlık dalları 42'ye indirildi. Bu dallardan biri de “**aile hekimliği**” idi.²⁴

Birinci basamak sağlık örgütlenmesi 1913'ten itibaren illerde **sağlık müdürlüğü**, ilçelerde **hükümet tabipliği** ile sürdürüldü. 1924'te taşra yerleşimlerinde **Muayene ve Tedavi Evi** adı altında sağlık hizmet birimleri kurulmasına karar verildi. 5 – 10 yataklı olan bu hizmet birimlerinden biri Etimesgut İctima-î Hıfzısıhha Nümüne Dispanseri adıyla sağlık hizmetinde yeni bir anlayışı sergilemek üzere açılmış; diğerlerinden farklı olarak merkez ve çevre köylerine koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetlerini bir arada sunmak için planlanmıştı.¹⁹

Ankara'nın Etimesgut bölgesi özel bir çiftlik iken sahibi tarafından 1925'te Atatürk'e armağan edilmişti. Atatürk 1928'de Bulgaristan'dan gelen bir göçmen grubunu buraya yerleştirdi. Etimesgut böylelikle Ankara'ya bağlı 19 köye sahip bir bucak merkezi oldu. Burada 1929'da yapımına başlanan dispanser 1930'da hizmete girdi. Bu sırada, Refik Saydam incelemelerde bulunmak üzere ABD'ne gitmişti. Saydam, izlenimleri doğrultusunda, Etimesgut İctima-î Hıfzısıhha Nümüne Dispanseri bölgesindeki köylerin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini birleştirerek yeni bir sağlık hizmeti modeli sunmayı hedefledi. Dispanserin bulaşıcı hastalık olgularını Ankara Nümüne Hastanesi'ne sevketmesi öngörülüyordu.¹⁹

1946-1947'da Dr. Behçet Uz'un başkanlığında hizmet birimlerinin nüfus esasına göre kurulması gündeme geldi: Her 40 köy (yaklaşık 20.000 kişi) için bir **sağlık merkezi** kurulacaktı. Sağlık merkezlerinde çalıştırılmak üzere iki sene süreyle dahiliye, cerrahi, kadın doğum ve çocuk dallarında rotasyon ile **genel sağlık uzmanları** yetiştirilmesi öngörüldü. Bu girişim, 1955'te genel sağlık uzmanlığının uzmanlık tüzüğünden çıkarılması ve söz konusu hekimlere buldukları dalda uzmanlık olanağı verilmesiyle sonuçsuz kaldı.^{19,25}

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili belki de en önemli girişim 5 Şubat 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası oldu. Yasa, 27 Mayıs 1960'da yönetime el koyan Millî Birlik Komitesi'nin son görev gününde, küçük fakat önemli bir eksikle, finansmanla ilgili maddesi olmaksızın yasalaştı.²⁶ Tıp tarihçisi Erdem'in saptığına göre (1995), Dr. Fişek şu finansman kaynaklarını öngörüyordu:

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgede yaşayan ve 12 yaşını geçmiş olanlardan yılda nüfus başına alınacak olan 24 lira sağlık sigortası primi,
- Tuzdan,
- PTT hizmetlerinden alınacak sağlık vergileri,
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde İşçi Sigortaları Kurumu ve diğer kurumlarca sağlık sigortası primi, aidat gibi muhtelif namlarla toplanan paralar,
- Özel idare gelirinin %5'i,
- Umumi muvazeneden ayrılan tahsisat,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı tarafından toplanacak ücretler,
- Radyo alıcılarından toplanacak sağlık vergileridir.

Burada bir tür 'Zorunlu Sağlık Sigortası' ile karşı karşıyayız. 32. madde kabûl edilseydi, o güne kadar gelen sağlık finansman sistemini değiştirecek, günümüze kadarki ülke sağlık hizmet ve politikalarını bambaşka bir yöne çekecek ve Sosyalleştirmeye günümüzdekinden çok farklı anlamlar yükleyecekti."²⁶

Yasa, kırsal bölgelerde her 5.000 – 10.000 kişiye, kentlerde ise 50.000 kişiye bir sağlık ocağı açılmasını, sağlık ocaklarına bağlı olarak köylerde 2.000, kentlerde 2.500 kişi için bir ebenin hizmet vereceği bir sağlık evi açılmasını öngörüyordu.²⁷

Kanımızca, yasanın kentlerde uygulanmasını zorlaştıran unsurlardan biri de, çok geniş bir görev tanımına sahip olması idi. Öncelikle kırsal bölgeleri hedefleyen yasa açısından bu, o günlerde ikincil derecede bir sorun olarak görülmüş olmalıdır. Bu görev tanımını kapsayan 154 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge" ile bu yönergenin maddelerini bire bir yineleyen "Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnâmesi" bu dergide tam metin olarak yayınlanmıştır.^{28,29} Bu Talimatnâme, 1958'de, taşra teşkilatına tebliğ edilirken, dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Lütfi Kırdar'ın yazdığı üstyazıdan, o tarihe kadar birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir görev tanımına sahip olmadığı anlaşılmaktadır: "Vekâletimiz teşkilâtının kurulmasından itibaren geçen müddet zarfında (...) sağlık idaresi hak-

kinda ehemmiyetli esaslar meydana gelmiş bulunmaktadır. Mahalli (...) sağlık makamlarının bu esaslara uymak ve onları tatbik etmek suretiyle vazifelerini âhenkli ve verimli olarak başaracakları aşîkârdır.”³⁰

224 sayılı Yasanın uygulanması oldukça iyi belgelenmiştir: “Türkiye’de 1.3.1962 tarihinde başlayan uygulama iki kademelidir. İlk sene bina ve malzeme sağlama, ikinci sene de personel atama ve faaliyet yılıdır.” 224 sayılı kanunun uygulanmasına ilk olarak 1.3.1962’den itibaren Muş ilinden başlanmıştır. 1.3.1964’ten itibaren ise Bitlis, Van, Hakkari, Kars, Ağrı illeri ile Ankara’nın Etimesgut bölgesinde bu uygulama başlamıştır, onları 1.3.1965’ten sonra Erzincan, Erzurum, Diyarbakır, Siirt, Urfa, Mardin kovalamıştır...”³¹

Yasanın mimarı Nusret Fişek 1965 yılı sonunda müsteşarlık görevinden ayrılmak zorunda kalır.³² Fişek, 1985’te kaleme aldığı kitabında yasanın uygulanmasını matematik bir berraklıkla analiz etmiştir: “1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlığın 6 temel nedeni şunlardır:

- Bazı sağlık bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
- Sağlık ocakları ve hastaneler arası işbirliği kurulmamıştır.
- Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
- Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği gibi yetiştirilmemiştir.
- İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır. Yerel örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ya da komutanı olmayan bir orduya benzemektedir.
- Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.”³³

Yakın sağlık tarihimizdeki bu önemli girişim 1960’larda nüfusumuzun %70’inin yaşadığı kırsal alanları hedefliyor ve uzmanlık eğitimi olmayan tıp fakültesi mezunlarının istihdamını öngörüyordu.

224 sayılı yasanın işlevsel birimi olan sağlık ocağı geçen sürede ülke çapında yayılmış olmakla birlikte ocak-

larda verilen hizmetin nitelik ve niceliği büyük farklılıklar göstermektedir. Günümüzde nüfusun dağılımı neredeyse tersine dönmüş, nüfusun %60’ı kentsel bölgelere adeta yığılmıştır. Sağlık ocakları kentlerde yeterince yaygın olmadığı gibi, bir bölümünü burada saptamaya çalıştığımız çeşitli nedenlerle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastanelerden talep edilmesi çok yaygındır: İstanbul’un referans sağlık kurumlarından Haydarpaşa Numune Hastanesi’ne 1994 yılındaki başvuruların sadece %1.6’sı yatarak tedavi görmüş, diğerleri ayaktan tedavi edilmişti.³⁴ 2003’te Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi polikliniklerine başvuran hastaların %36’sının ilk başvuru noktası olarak üniversite hastanesini tercih ettikleri saptanmıştır.³⁵ Şahin ve arkadaşlarının Edirne’deki çalışmasına göre, halkın %35.7’si için SSK Hastanesi, %27.8 için devlet hastanesi, %10.2’si için üniversite hastanesi, %8.0’i için özel muayenehane, %5.7’si için sağlık ocağı, %5.4’ü için işyeri hekimi ilk başvuru noktası idi.³⁶ Bir başka çalışmada, Van Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği’ne başvuran hastaların %90.6’sının ikinci basamağa doğrudan başvurdukları saptanmıştır.³⁷

Türk tıp literatüründe, aile hekimliğinin tanımını veren ve görevlerini anlatan, aile hekimliğinin neden gerekli olduğunu açıklayan, saptayabildiğimiz ilk yazı Veliçangil ve Çakmaklı’ya (1973) aittir ve bu dergide tam metin olarak verilmiştir (1997).^{38,39}

224 sayılı yasaı hazırlayan Nusret Fişek, 1985’te –aile hekimliğinin tababet uzmanlık tüzüğünde yer almasından 2 yıl sonra– “Halk Sağlığına Giriş” kitabında sağlık ocağında çalışacak aile hekiminin birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yerini şöyle açıklamaktadır “Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde tedavi hizmetleri bir arada (integre olarak) yürütülmelidir. (...) İntegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların –varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen sağlık ocaklarındaki ekip hizmetidir.”³³

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamak uzmanlığı konusundaki gelişmeler pek fazla gecikmeden ülkemize gelmiştir. Ancak Batıdan farklı olarak hem birinci basamak hizmet sunumu, hem de genel tababet uzmanlığı konularında kurumlaşma çalışmaları yetersiz kalmıştır. Hatemi'ye göre (1998) Türkler tarihlerinde birçok sağlık kurumu oluşturmakla birlikte bunları gereğince sürdürmemişlerdir.⁴⁰ Birinci basamak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu saptama daha da önem kazanmaktadır: Sorun, bir ölçüde akademik nitelikte olmakla birlikte, hâlen doldurulamayan bu büyük boşlukta 17. yüzyıl Anadolu'sundaki "büyük kaçgun"un rolü nedir? Toplum olarak örgütlenme zaafımız; kentleşmemizin özellikleri, bir türlü üstesinden gelemediğimiz eğitim sorunu ve diğerleri birinci basamak sağlık örgütlenmesini nasıl etkilemektedir? Yukarıda belirttiğimiz gibi ülke bütününde birinci basamak sağlık örgütünün kurulmasını öngören ilk yasa 1871 tarihini taşımaktadır.^{14,19} Bu alandaki açık, 1871'den bu yana kapatılamamıştır: Cumhuriyet Türkiye'sinin büyük bir sağlık atılımı yaptığı Refik Saydam dönemi de bu açıdan bir istisna oluşturmamaktadır: Zira, ülkenin nüfus varlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden Saydam'ın önceliği birinci basamak sağlık örgütü kurmak değildi. Bu nedenle bulaşıcı hastalıklara karşı hızlı sonuç getirecek dikey örgütlenmelere yönelmişti.

Yakın sağlık tarihimizi inceleyen Aydın (1994) kitabının girişinde şu saptamayı yapmaktadır: "Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için ülkemizde son 50-60 yıldır sistemli, kimliği belirli, bilinçle ortaya konmuş bir hizmet organizasyonu ya da modelinden söz etmek çok güçtür. Bugüne kadar yapılanları hizmet için "alt yapıyı" geliştirmek yolunda atılmış adımlar olarak değerlendirebiliriz. Bu nedenle Türkiye'deki duruma ilişkin olarak "Türkiye'deki sağlık modelleri ya da organizasyonu tarihi" gibi bir isim kullanmanın yanlış olacağını düşünerek kitabımızla ilgili Bakanlığın taşradaki teşkilatlanması anlamına gelen "Türkiye'deki Sağlık Teşkilatlanması Tarihi" adını verdik."¹⁹

Dar bir ilgi alanını kapsayan, "kalın duvarlı" hastanelerde sürdürülen dal uzmanlıklarının aksine birinci basamak hekimliği toplum içinde toplumla birlikte sürdürülen bir etkinliktir. Yoğun bir örgütlenmeyi gerektirdiği

gibi toplumdaki genel örgütlenme eksikliğinden de derinden etkilenir. Konuyu kısaca ele alan bu derlemeden de anlaşılacağı gibi, ülkemizde, birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda kökleri derine giden bir yetersizlik söz konusudur. Bu konuda bize yol gösterici olabilecek, iki kaynak vardır: 1) Halkımızın sistem boşluğu içinde geliştirdiği sağlık hizmeti alma alışkanlıkları. 2) Ülkemizde 1871'den bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda oluşan birikim. Konu, hekim ve hekim olmayan uzmanların katılacağı mültidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı ve ülkemizin ihtiyaçlarına cevap verecek yol saptanmalıdır: Bize özgü bir birinci basamak sağlık hizmeti modelinin oluşturulmasında ekonomi, sosyoloji, psikoloji ve sosyal hizmet uzmanlığı gibi dalların önemli katkıları olabilir.

Kaynaklar

1. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2. baskı. New York, Oxford University Press, 1977; 4-5.
2. Mays N. Origins and developments of national health service. *Sociology as Applied to Medicine*'da. Ed. Scambler G. Londra, WB Saunders, 1999; 186.
3. Speert H. *Obstetrics and Gynecology in America: a history*. Chicago, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1980; 37-8.
4. Eren N. Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan. Ankara, Somgür Yayınları, 1996; 247.
5. Karpat KH. Osmanlı İmparatorluğunda Toplumsal Bağımlılık, Yeniden Yapılanma ve Modernizasyon. İstanbul, İmge Yayınları. 2002; 27.
6. Dramur R. Osmanlı imparatorluğunda hekim ve eczacı gediği, 1. Türk Tıp Tarihi Kongresi'ne Sunulan Bildiriler; İstanbul 17-19 Şubat 1988, Ankara, TTK Yayınları, 1992; (149-55): 149-51.
7. Kâhya E, Erdemir ED. Bilimin ışığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları. Ankara, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 2000; 152-4.
8. Bayat AH. Osmanlı İmparatorluğunda Hekimbaşılık Kurumu ve Hekimbaşılar. Ankara, Atatürk Kültür Merkezi Yayını. 1999; 21-175.
9. Pamuk Ş. Osmanlı-Türkiye İktisadî Tarihi. (1500-1914). İstanbul, Gerçek Yayınevi, 1999; 114-37.
10. Adıvar AA. Osmanlı Türklerinde İlim. 4. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 1982; 212-3.
11. Dirican R. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)'nde. Ed. Dirican R, Bilgel N. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993; 537-8.
12. Hatemi H, Işıl Y. Bir Bilim Dili Mücadelesi ve Tanzimat. İstanbul, İşaret Yayınları, 1989; 7.
13. Lewis B. Modern Türkiye'nin Doğuşu. 6. baskı Ankara, TTK Yayını, 1998; 85-7.
14. Erimoğlu C. Anatomi. Ed. Dünya'da ve Türkiye'de 1850'den Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi'nde. Ed. Unat EK. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 4, 1988; 27.

15. Erginöz H. Halk Sağlığı II: Türkiye’de sağlık idaresi. Dünya’da ve Türkiye’de 1850’den Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 4, 1988; 174-96.
16. Unat EK, Samastı M. Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp Mektebi). 1867-1909. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1980; 1-4.
17. Ekdal M. Bir Temel Sağlık Kuruluşumuzun Varlığında Türk Tıp Tarihi Tıbhâne’den Nümüneye. İstanbul, Zafer Matbaası, 1982;23.
18. Koçer HA. Türkiye’de Modern Eğitimin Gelişimi (1773–1909). 2. baskı. Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 1990; 9.
19. Aydın E. Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara. Naturel Yayınevi, 1994; 5, 13, 20-1, vi.
20. Atabek EM, Görkey Ş. Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1998;1.
21. Unat EK. Giriş. Dünya’da ve Türkiye’de 1850 Yılından Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi’nde. Ed. Unat EK. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 4, 1988; 1-4.
22. Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice’de. Ed. Rakel RE. Philadelphia, WB Saunders, 1990; 3.
23. Erel M. 120 Yıllık Tıbbiyemizin Tarihine Bir Bakış. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü, 1947; 6.
24. Unat EK. Türkiye’de tıp dallarının yerleşmesine toplu bir bakış. Dünya’da ve Türkiye’de 1850’den Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi’nde. Ed. Unat EK. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 4, 1988; 8-13.
25. Köselioğlu L. Kaf Dağının Ardında. İstanbul, İletişim Yayınları, 2000; 479-80.
26. Aydın E. Sosyalleşme kanununun teknik hataları ve 32. madde olayı. *Toplum ve Hekim* 1995; 10: 62.
27. Eren N. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu Sağlık Ocağı Yönetimi’nde. Ed. Eren N, Oztek Z. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, 1982; 12.
28. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkındaki yönerge (154 sayılı yönerge). *Aile Hek Derg* 1997; 1: 117-25.
29. Vilayet sıhhat müdür ve hükümet tabipleri ile belediye sağlık işleri müdür ve belediye tabiplerine ait vazife talimatnamesi. *Aile Hek Derg* 1997; 1: 109-16.
30. N. Demirel, I. Yiğit, F. Gözenmar, L. Tuncay. Sağlık Mevzuatımız. İstanbul, Filiz Yayınevi, 1963; 613.
31. Şehsuvaroğlu BN. Tıbbi Deontoloji Dersleri. İstanbul, Diyarbakır Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü Yayınları, 1975; 219.
32. Dirican MR. Bir Doktorun Anıları. 3. baskı. İzmit, Kocaeli Üniversitesi Yayınları, 2004; 160.
33. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, 1985; 115-6.
34. Çağlayaner H, Uysal A, Dinç D, Gönenç I, Duman S, Bilgen Ş. Bir devlet hastanesinin hizmetlerinin ayakta tedavi görenler tarafından değerlendirilmesi. *Aile Hek Derg* 1999; 3: 63.
35. Tuna, GE, Akpınar E, Saatçi E. Bir üniversite hastanesine başvuruları etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg* 2006; 10: 103-7.
36. Şahin EM, Şahin ÖT. Point of entry to health care system: a community based study in Edirne, Turkey. *Türk J Med Sci* 2004; 34: 109-14.
37. Şahin HA. Ders notları. 100.Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2003. http://www.vanaile.com/modules/articles/index.php?cat_id=2 adresinden 14/01/2006 tarihinde erişilmiştir).
38. Velicangil S, Çakmaklı K. Aile hekiminin aile ve çevre sağlığı konusundaki görevleri. Sağlık Evde Başlar’da. İstanbul, Halk Sağlığı Komitesi Yayınları, 1973; 262-4.
39. Çağlayaner H. Türkiye’de Aile hekimliğinin tarihi konusunda bir not. *Aile Hek Derg* 1997; 1: 59-61.
40. Hatemi H. Darülfünundan Darüşşifaya. İstanbul, Dergah Yayınları, 1988; 29.

Geliş tarihi: 28.02.2008

Kabul tarihi: 14.05.2008

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Halûk Çağlayaner

MEF Okulları

Ulus Mah. Dereboyu Cad

Ortaköy 34340 İstanbul

Tel: (0212) 287 69 00 / 1244

e-posta: caglayanerh@mef.k12.tr