

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ AD



**AİLE HEKİMLİĞİ**  
**UZMANLIK EĞİTİMİ**  
**EL KİTABI**

MAYIS 2010, ERZURUM

Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK, Yrd. Doç. Dr. Turan SET

<http://aile.atauni.edu.tr>

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	2
HOŞGELDİNİZ .....	3
BAŞLARKEN.....	3
AİLE HEKİMLİĞİNİN ÖNEMİ .....	4
TANIMLAR.....	5
İYİ BİR ÖĞRENER NASIL OLMALIDIR? .....	8
AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN AMAÇ VE HEDEFLERİ.....	9
PROGRAMIN YAPISI.....	9
EĞİTİM YÖNTEMİ .....	10
DEĞERLENDİRME.....	10
EĞİTİM BÖLÜMLERİ .....	11
Aile Hekimliği temel dersleri (süre 1 ay).....	11
Dahiliye (süre 9 ay).....	1
Pediatri (süre 9 ay) .....	5
Kadın hastalıkları ve doğum .....	11
Acil servis (süre 6 ay) .....	16
Psikiyatri (süre 4 ay) .....	20
ASİSTAN KARNESİ .....	24
KAYNAKLAR .....	40
OKUMA ÖNERİLERİ .....	40
EKLER.....	41
Ek 1: Aile Hekimliği Avrupa Tanımları .....	41
Ek 2: Eğitimi Değerlendirme Formu.....	42
Ek 3: Öğrenme Portföyü .....	0

## ÖZET

Aile hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi herhangi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından yürütülmesi gerekliliği, 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkeler tarafından ortaya konmuştur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışacak hekimlerin Tıp Fakóltesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği hizmeti eğitimi alması gerektiğini karara bağlamıştır. Bu süre 2001 yılında 3 yıla çıkarılmıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi; uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliğinin temel prensipleri doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra eğiticilik, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin de geliştirilmesi için uygun şartlar sağlamayı amaçlamaktadır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl olup, gerektiğinde 4,5 yıla kadar uzatılabilmektedir. Bu süre aile hekimliği saha eğitimi, dahiliye, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum, acil servis, psikiyatri ve diğer rotasyonlardan oluşmaktadır.

Aile hekimliği asistanının el kitabında uzmanlık eğitimi süresince asistanımıza rehberlik yapacak temel bilgi ve dökümanlar bulunmaktadır.

## **HOŞGELDİNİZ !**

Sevgili araştırma görevlisi,

Öncelikle Aile Hekimliği Uzmanlığını seçtiğiniz için sizi kutlarız. Anabilim dalımıza hoş geldiniz. Uzmanlık eğitimi süresince size rehber olması ve eğitimin içeriğini bilmeniz amacıyla bu kitapçığı hazırladık. Aile hekimliği asistanı el kitabınızda aile hekimliğinin temel tanım ve yeterlilikleri hakkında kısa bilgilerin yanında eğitiminiz boyunca çalışacağınız bölümler ile bunların amaç/hedefleri ve eğitiminizde size yol gösterecek, eğitiminizi takip etmenizi sağlayacak “asistan karnesini” bulacaksınız.

## **BAŞLARKEN**

Başarılı bir eğitim süreci geçirmeniz için daha başlangıçta kendinize bazı sorular sormanız, ve iyi bir plan yapmanız önemlidir. Bizim de sizin eğitiminize azami katkıyı sunabilmemiz ve gerektiğinde eğitim programını değiştirerek veya sizi yönlendirerek hedeflerinize ulaşabilmenizi sağlamak için bu soruların cevabını almamız yararlı olacaktır. Sizden uzmanlık eğitiminize başlamadan önce aşağıdaki sorulara cevap vermenizi ve cevaplarınızı 1-2 dosya kağıdı uzunluğunda serbest metin halinde yazarak bize de vermenizi istiyoruz:

1. Bize kendinizi biraz tanıtır mısınız? (Serbest metin halinde kısa bir özgeçmişiniz, ilgi alanlarınız, hobileriniz...)
2. Aile uzmanlık eğitimi neden tercih ettiniz? (Sizi aile hekimliği uzmanlık hekimliğini seçmeye yönlendiren sebepler...)
3. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden beklentileriniz nelerdir? (Uzmanlık eğitiminiz boyunca neleri öğrenmeyi hedefliyorsunuz, özellikle geliştirmek istediğiniz yönleriniz nelerdir?..)
4. Uzmanlık eğitiminden sonraki planlarınız nelerdir? (Eğitiminizi bitirdikten sonra ne yapmayı düşünüyorsunuz, nerelerde çalışmayı düşünüyorsunuz, uzun vadeli planlarınız nelerdir?)

## **AİLE HEKİMLİĞİNİN ÖNEMİ**

Günümüzde hastalıkların yapısındaki değişiklik, ölüm nedenlerinin farklılaşması, kronik hastalıkların oranlarındaki artış, sağlıkta teknoloji ve kaynak kullanımının da önemli boyutlara ulaşması insanları sürekli izleyebilecek yeni bir hekim tipine ihtiyacı ortaya koymuştur. Bu durum, birinci basamakta, tıp fakültesini bitirdikten sonra alanında uzmanlaşmış hekime gereksinimi ortaya çıkarmıştır.

Avrupa Birliği üyesi ülkeler, 1986 yılında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışacak hekimlerin Tıp Fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği hizmeti eğitimi alması gerektiğini karara bağlamıştır. Bu süre 2001 yılında 3 yıl olarak kabul edilmiştir.

Türkiye nüfusu 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla 72 561 312'dir. Her 3500 kişiye bir hekimin hizmet vermesi gerekirse, birinci basamak için yaklaşık 21000 uzman hekime ihtiyaç vardır. Mevcut duruma göre ülkemizde 15000'in üzerinde yeni yetişmiş aile hekimliği uzmanına ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde birinci basamağın merkezi bir role sahip olması nedeniyle, maliyet etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli sayıda aile hekimliği uzmanı yetiştirmek gereklidir.

## **TANIMLAR**

### **A. Aile Hekimliğinin Tanımı**

Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi herhangi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır.

### **Özellikleri**

- a. İlk temas noktası
- b. Kolay ulaşılabilir
- c. Entegre ve koordine
- d. Sürekli
- e. Bütüncül, biyopsikososyal yaklaşım
- f. Kişisel, aile ve toplum yönelimli
- g. Gizlilik ve yakınlık
- h. Savunuculuk
- i. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı
- j. Özgün görüşme ve klinik karar verme süreci
- k. Ekip hizmeti

### **Çekirdek Yeterlilikleri**

- a. Birinci basamak yönetimi
- b. Kişi/Hasta merkezli bakım
- c. Özgün problemleri çözebilme
- d. Kapsamlı yaklaşım
- e. Toplum yönelimli olma
- f. Bütüncül yaklaşım-modelleme

## **B. Aile Hekimliği Uzmanının Tanımı**

### **Klinisyen Aile Hekimi**

Aile hekimliğinde tüm klinik uygulamalar multidisipliner bir ekip çalışması ile biyopsikososyal yaklaşımla ve kişi merkezli yürütülür.

#### **A. Bireyin Sağlık Yönetimi (Koruyucu/Tedavi edici hekimlik)**

1. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması
2. Sağlıklı bireyin izlenmesi
3. Hasta yönetimi
4. Toplumun sağlık eğitimi

#### **B. Hastalık yönetimi**

1. Kişileri risk etmenlerine göre değerlendirmek, riskli bireyleri saptamak (risk yönetimi-birincil koruma)
2. Kanıta dayalı birinci basamak rehberlerinin kullanımı
3. Riskli bireylere danışmanlık vermek (birincil koruma)
4. Riskli bireyleri belli aralıklarla taramak
5. Hasta kişileri belirlemek-Tanı koymak
6. Tedavi uygulamak
7. Hastalığın komplikasyonlarını önlemek (ikincil korunma)
8. Rehabilitasyon (üçüncül koruma)

### **Araştırmacı Aile Hekimi**

1. Epidemiyolojide Temel Kavram, İlke ve Yöntemleri Benimseme
2. Araştırma Planlama ve Yürütme
3. Eleştirel Makale Okuma
4. Bilimsel Makale Yazma
5. Bildiri ve Poster Hazırlama
6. Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı

### **Eğitici Aile Hekimi**

Bireye ve topluma yönelik sağlık eğitimi, birinci basamak çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim, saha eğiticiliği

1. Danışmanlık
2. Yetişkin Eğitimi İlkeleri
3. Etkileşimli Eğitim Yöntemleri

4. Yeterliğe Dayalı EĞitim
5. Probleme Dayalı Öğrenim
6. Kurs Planlama ve Yürütme
7. Hasta Hekim İletişimi:
  - i. Aile hekimliğinde iletişim
  - ii. Görüşme teknikleri
  - iii. Zor hasta
  - iv. Hasta eğitimi ve danışmanlık
  - v. Kötü haber verme

### **İdareci Aile Hekimi**

1. Hasta kayıtları ve rapor oluşturma
2. Personel yönetimi
3. Kriz afet yönetimi



## İYİ BİR ÖĞRENEN NASIL OLMALIDIR?

Her hangi bir kurumda çalışmak, sizi endişelendirebilecek ve sıkıntı verebilecek durumlar sunabilir:

- Ne kadar iyi yapabildiğinize karar vermek?
- Anlamadığınız zamanki durumlar
- Diğer öğrencilerin kendinizden daha iyi olduğunu gördüğünüz zaman
- Diğer öğrencilere/eğiticilere bir sunum yapmak durumunda olduğunuzda
- Ve diğer bir çok durumda.

Eğer bu endişelere sahip değilseniz, bu normal bir durum değildir. Fakat önemli olan bu endişelerin üstesinden gelmektir.

Yapmanız gereken şey, burada olmanızın her şartta sizin için bir fırsat olduğunu ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinin size yardım etmek için burada olduğunu düşündürmektir.

Çalışma programınızı önceden planlamanız, elinizdeki işe daha iyi konsantre olabilmeniz açısından oldukça önemlidir.

Çalışmalarınızı planlarken aşağıdaki konuları dikkate almalısınız:

- Zaman yönetimi
- Çalışacağınız yere karar vermek
- Kendinizi hazırlamak
- Ne kadar çalışacağınıza karar vermek
- Öğrenme güçlükleri

Öğrenmenizi en üst düzeye çıkarmak ve bu uzmanlık eğitiminden en fazla yararlanabilmek için etkili öğrenme konusundaki kaynaklara başvurmanızı ve eğiticilerinizle sürekli iletişim halinde olmanızı öneririz.

## **AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN AMAÇ VE HEDEFLERİ**

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi; uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliğinin temel prensipleri doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra eğiticilik, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin de geliştirilmesi için uygun şartlar sağlamayı amaçlamaktadır.

Her uzmanlık dalı farklı zorluklara sahip olmakla birlikte, emek ve özveri gerektirir. Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak bizi tercih ederek gelen asistanlarımıza gerekli donanımın kazandırılması en önemli hedefimizdir.

### **PROGRAMIN YAPISI**

Asistanlık eğitimi süresince toplam 36 ay dış rotasyon mevcuttur. Ayrıca asistanlarımızın tercihlerine göre Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları gibi anabilim dallarında da kısa süreli rotasyonlar ayarlanabilmektedir. Asistanlık süresi bu şekilde 4,5 yıla kadar uzatılabilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminiz aşağıdaki bölümleri kapsayacaktır:

	<b>Bölüm</b>	<b>Süre</b>
1.	Aile hekimliği temel dersleri	1 ay
2.	Aile hekimliği saha eğitimi	11 ay
3.	İç hastalıkları rotasyonu	9 ay
4.	Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu	9 ay
5.	Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu	8 ay
6.	Acil servis rotasyonu	6 ay
7.	Psikiyatri rotasyonu	4 ay

Uzmanlık eğitiminin tamamlanmasında temel araştırma, analiz yetilerinin geliştirilmesi ve gelişmelere katkıda bulunmak açısından uzmanlık tezi hazırlanması çok önemlidir. Asistanlarımız tez konularını ilk yıl içerisinde seçerek gerekli çalışmalarına başlayacaklardır.

## **EĞİTİM YÖNTEMİ**

Anabilim dalımızdaki eğitim yöntemi modern uygulamalar paralelinde yapılmaya çalışılmaktadır. Güncel eğitim prensipleri etkileşimli öğrenmeyi, koçluk uygulamalarını, küçük grup çalışmalarını ve problem çözmeye yönelik eğitimi ön plana çıkarmaktadır. Anabilim dalımızda da eğitimcilerin sunacağı sınıf derslerinin yanında asistanların seminer sunumları, hasta başı eğitimler, bire bir poliklinik uygulamaları ve beceri eğitimleri söz konusu olacaktır. Eğitimde katılımcı bir yaklaşım teşvik edilecek ve bireysel öğrenen ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasına çalışılacaktır.

## **DEĞERLENDİRME**

Uzmanlık öğrencisi tüzük gereği 6 aylık periyotlar halinde yazılı sınava tabi tutulur. Her rotasyon sonunda rotasyonla ilgili değerlendirme formları doldurularak ilgili öğretim üyelerince onaylanır. Bunun dışında eğitim boyunca öğretim üyeleri tarafından her fırsatta formatif değerlendirmeler yapılır.

Asistanlık eğitimi sonunda tez savunması ve bitirme sınavı yapılır.

## **EĞİTİM BÖLÜMLERİ**

### **AİLE HEKİMLİĞİ TEMEL DERSLERİ (SÜRE 1 AY)**

Anabilim dalımıza oryantasyon sağlanması ve temel bilgilerin verilmesi amaçlanmıştır. Uzmanlık eğitimi süresince size yön vermesi ve ivme kazandırması açısından önemlidir. Bu bir aylık sürede başka anabilim dallarının da desteğiyle size anabilim dalımızın öğretim üyeleri tarafından disiplinimizi ilgilendiren temel teorik dersler anlatılacaktır.

Bu derslere hazırlık olması açısından tanım, terim ve sınıflandırmalara göz atmanızı ve Wonca Avrupa tarafından yapılan “Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı” kitapçığını okumanızı öneriyoruz (Ek-1).

Ayrıca aile hekimliği uzmanlığının tarihçesi, birinci basamağa özgü kavramlar ve farklı yaklaşım modelleri anlatılacaktır. Aile hekimliği temel dersleri ders programı aşağıdaki gibi olacaktır:

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
<b>Hafta 1</b>					
Sabah	1. Bir tıp disiplini olarak Aile Hekimliği 2. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği 3. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	1. Birinci Basamak Hekimliği 2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 3. Birinci Basamakta Kayıt Tutma	1. Sürekli Gelişim 2. Zaman Yönetimi 3. Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri	1. Ailenin Sağlığa Etkileri 2. Genomlar 3. Aile Yaşam Döngüsü	1. Kapsamlı Sağlık Bakımı 2. Ortama Uygun Sağlık Hizmeti 3. Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu
Öğleden sonra	Seminerler	1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım 2. Sürekli Sağlık Bakımı 3. Düşük Prevalans Hekimliği	1. Hasta Merkezli Klinik Yöntem 2. Tıpta Uygulama Rehberleri 3. Hastayı Güçlendirme	1. Tıpta kodlama 2. Hatalı Tıbbi Uygulamalar 3. Sağlık Eğitimi	1. Hasta Uyumu 2. Kanıta Dayalı Tıp 1 3. Kanıta Dayalı Tıp 2
<b>Hafta 2</b>					
Sabah	1. Biyopsikososyal Yaklaşım 2. İletişimin temelleri 3. Hasta Hekim Görüşmesi	1. Gebelik Öncesi Sağlık Hizmeti 2. Birinci Basamakta Gebe İzlemi 3. Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi	1. Periyodik Sağlık Muayeneleri 2. Sağlam Birey Takibi 3. Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	1. Sigara Bırakma Danışmanlığı 2. Uyku bozuklukları 3. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlar	1. Aile İçi Şiddet 2. Birinci Basamakta Karın Ağrılı Hasta Yönetimi 3. Birinci Basamakta Diyabet Yönetimi
Öğleden sonra	Seminerler	1. Birinci Basamakta Hipertansiyon Yönetimi 2. Allerjik rinit 3. Demir Eksikliği Anemisi	1. Birinci Basamakta Göğüs Ağrılı Hasta Yönetimi 2. Disfonksiyonel Uterus Kanamaları 3. Dismenore	1. Aile Planlaması 2. Hiperlipidemiler 3. Konjestif Kalp Yetmezliği	1. Depresyon 2. Somatoform Bozukluklar 3. Yenidoğan Sarılığı
<b>Hafta 3</b>					
Sabah	1. Nasıl Öğreniriz 2. Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi 3. Hasta Eğitimi	1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme ve Finansman Modelleri 2. Akut Romatizmal Ateş 3. Çocuklarda Aşılama	1. Baş Ağrısı 2. Bilinç Bozukluğu 3. Bel Ağrısı	1. Osteoartrit 2. Osteoporoz 3. Anxiyete Bozuklukları	1. Febril Konvülsyon 2. Çocuklarda İdrar Yolu enfeksiyonu 3. Çocuklarda Döküntülü Hastalıklar
Öğleden sonra	Seminerler	1. Yaralar ve Bakımı 2. Travmalı Hastaya Yaklaşım 3. Anaflaktik Şok	1. Yanıklar ve Soğuk Yaralanmaları 2. Kardiyopulmoner Canlandırma 3. Kanserli Hastaya Yaklaşım	1. Obezite 2. Dispepsi 3. Derinin Yüzeysel Mantar Enfeksiyonları	1. Egzema Dermatit 2. Astım 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>Hafta 4</b>					
Sabah	1. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi 2. H1N1 Gribi 3. Gastrointestinal Parazit Enfeksiyonları	1. Viral Hepatitler 2. Rektal Kanama 3. Cinsel Bozukluklar	1. Tüberküloz 2. Genetik Hastalıklar 3. İnflamatuar Barsak Hastalıkları	1. İrritabl Barsak Sendromu 2. Çocuklarda Beslenme Bozuklukları 3. Romatoid Artrit	Değerlendirme
Öğleden sonra	Seminerler	1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 2. Erişkinlerde İdrar Yolu Enfeksiyonları 3. Akne Vulgaris	1. Pnömoni 2. Nörolojik Muayene 3. Siyanotik Kalp Hastalıkları	1. Birinci Basamakta Araştırmanın Önemi 2. Birinci Basamak İçin Temel Epidemiyolojik ve İstatistik Kavramlar 3. Eleştirel Makale Okuma	Değerlendirme

Seminer konuları aşağıdaki listeden seçilecektir. Gerektiğinde sizin tercihleriniz de dikkate alınacak, eğitim programında ihtiyacınıza uygun değişiklikler yapılacak.

Seminer konuları:

1. Aile Hekimliğinin Tanımı, Tarihçesi ve İlkeleri
2. Aşılar
3. Depresyon
4. Gastroenterit
5. Hasta Eğitimi
6. Elektrokardiyografi Değerlendirme
7. PA Akciğer Grafisi Değerlendirme
8. Dispepsi
9. Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu
10. Menapoz
11. Osteoporoz
12. Prekonsepsiyonel Bakım
13. Büyüme Gelişme
14. Yenidoğan bakımı
15. Metabolik Sendrom

## DAHİLİYE (SÜRE 9 AY)

Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; ergenlik sonrası, erişkinlik ve ileri yaş dönemlerinde sağlığı korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyonu ile ilgili uygulamalarda görev almak için gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanılmalıdır.

9 aylık iç hastalıkları rotasyonu sırasında genel dahiliye ve acil konularına ağırlık verilmeli; endokrinoloji, hematoloji, onkoloji, gastroenteroloji, romatoloji ve nefroloji bilim dallarında, özellikle evde ve ayaktan tedavisi mümkün hastalıklar konusunda, eğitim alması sağlanmalıdır.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın öngördüğü dahiliye rotasyon programı şu şekildedir:

Genel Dahiliye Servisi:	4 hafta
Genel dahiliye polikliniği:	8 hafta
Acil Dahiliye:	4 hafta
Nefroloji:	4 hafta
Onkoloji:	2 hafta
Hematoloji:	2 hafta
Gastroenteroloji:	4 hafta
Endokrinoloji:	4 hafta
Romatoloji:	4 hafta

### a. Hematoloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Hematoloji hastasına yaklaşım	Semptomatoloji Tanıda kullanılan laboratuvar yöntemleri	Eksiksiz anamnez alabilmeli ve fizik muayene yapabilmeli Tanı için kullanılan radyolojik, biyokimyasal vb. testleri yorumlayabilmeli Periferik yayma, tam kan sayımı gibi sık kullanılan tetkikleri yapabilmeli ve yorumlayabilmeli
Anemiler	Anemi etyolojisi, ayırıcı tanı ve tedavisi	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi düzenleyebilmeli Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli

Maligniteler	Hematolojik maligniteler Terminal dönem hastasına biyolojik ve psikolojik yaklaşım	Tanıya yönlenebilmeli Terminal dönem hasta ve ailesine tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli
Kanama-pıhtılaşma bozuklukları	Etiyoloji, ayırıcı tanı ve tedavileri	Ayırıcı tanı yapabilmeli Hastayı uygun zamanda sevk edebilmeli Takip gerektiren hastaların takibini yapabilmeli Evde ve ayaktan tedavisi mümkün olan hastaların tedavisini yapabilmeli

### b. Nefroloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Üriner sistem hastasına yaklaşım	Anamnez ve fizik muayene Tanıda kullanılan laboratuvar ve radyolojik yöntemler Üriner sistem hastalıklarının sistemik bulguları	Eksiksiz anamnez alabilmeli ve tanı için kullanılan radyolojik vb. testleri yorumlayabilmeli Tam idrar tetkikini yapabilmeli
Hematüri	Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar	Hematüri oluşturan hastalıkların ayırıcı tanısını yapabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi edilebilecek hastaları tedavi edebilmeli Kendi sınırlılıklarını bilerek hastayı uygun zaman ve koşulda sevk edebilmeli
Akut ve kronik böbrek yetmezliği	Tanı ve tedavide kullanılan kriterler	Tanıya yönlenebilmeli Hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Hastalara ve ailelerine danışmanlık verebilmeli Acil durumlara evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde müdahale edebilmeli
Acil durumlar	Akut böbrek yetmezliği Akut tubuler nekroz Acil dializ Ayırıcı tanı	İlk müdahaleyi yapabilmeli Hastayı uygun koşulda sevk edebilmeli

### c. Endokrin ve metabolizma

KONU	BİLGİ	BECERİ
Metabolizma hastasına yaklaşım	Tam bir anamnez ve fizik muayene Tanıda kullanılan laboratuvar ve radyolojik yöntemler	Eksiksiz anamnez alabilmeli ve fizik muayene yapabilmeli Tanı için kullanılan radyolojik, biyokimyasal vb. testleri yorumlayabilmeli



	Metabolizma hastalarının sistemik ve sistem dışı bulguları	
Diyabet	Diyabette risk faktörleri ve korunma yolları Diyabetin sistemik bulguları Tanıda ve takipte kullanılan laboratuvar yöntemleri Komplikasyonları ve bunların evde ve ayaktan takibi	Tip 2 diyabet tanısını koyabilmeli, tedavisini düzenleyebilmeli ve tedavisi düzenlenmiş tip 2 diyabet hastasını takip edebilmeli Diyabet hastalarına diyet önerebilmeli Tip 1 diyabet tanısı koyabilmeli ve hastayı yönlendirebilmeli Tedavisi düzenlenmiş tip 1 diyabet hastasını takip edebilmeli Kan şekeri tayini yapabilmeli Glukoz tolerans testi yapabilmeli ve yorumlayabilmeli Diyabette primer, sekonder ve tersiyer korunmayı bilmeli Diyabetik hasta ve ailesine her konuda (evlilik, aile planlaması vb.) danışmanlık verebilmeli
Beslenme	Dengeli beslenme Obesite Zayıflık Vitamin eksiklikleri Diğer beslenme bozuklukları	Beslenme bozukluklarında tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi / diyet düzenleyebilmeli Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli
Tiroid hastalıkları	Hipotiroidi Hipertiroidi	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde ilaç tedavisi düzenleyebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli Hastanın tedavisinde ilgili branş uzmanları ile koordinasyonu sağlayabilmeli Cerrahi tedavi kriterlerini bilmeli Cerrahi tedavinin komplikasyonlarını ve bunların takibini bilmeli
Kalsiyum metabolizması bozuklukları	Osteoporoz risk faktörleri, korunma yolları ve komplikasyonları Osteomalazi	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde ilaç tedavisi düzenleyebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli
Metabolik aciller	Ketoasidoz Tiroid koması	Tanı koyabilmeli Acil ilk müdahaleyi yapabilmeli Hastayı uygun koşullarda hastaneye sevk edebilmeli

#### d. Gastroenteroloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Gastroenteroloji hastasına yaklaşım	Semptomatoloji Tanıda kullanılan laboratuvar ve radyolojik yöntemler Gastroenteroloji	Anamnez alabilmeli ve fizik muayene yapabilmeli Tanı için kullanılan radyolojik, biyokimyasal vb. testleri yorumlayabilmeli

	hastalarının sistemik ve sistem dışı bulguları	
Hepatitler	Bulaşma ve korunma yolları Bağışıklama Tanı, tedavi ve takip protokolleri	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi düzenleyebilmeli Hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Primer ve sekonder korunma yöntemlerini bilmeli Hepatitli birey ve ailesine danışmanlık verebilmeli
Gastrit ve ülser	Tanı ve tedavi protokolleri Danışmanlık Primer ve sekonder korunma yöntemlerini bilmeli	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi düzenleyebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Acil durumlarda hastayı uygun koşullarda sevk edebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli
GIS kanserleri	Tanı kriterleri Terminal dönem hastaya yaklaşım	Tanıya yönlenebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli Acil hastayı uygun koşullarda sevk edebilmeli Terminal dönem hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli
Karın ağrısı	Ayırıcı tanı	Karın ağrısının ayırıcı tanısını yapabilmeli Ayırıcı tanıda sık kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (tam kan sayımı, idrar tetkiki, gaitada parazit yumurtası aranması vb.) değerlendirebilmeli Acil durumlarda hastayı uygun koşullarda sevk edebilmeli
Motilite bozuklukları	Diyare Konstipasyon	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi düzenleyebilmeli Diyet düzenlenmesi de dahil hastaya danışmanlık verebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli
Karaciğer hastalıkları	Ayırıcı tanı, tedavi ve takip protokolleri Risk faktörleri ve korunma yolları Hospitalizasyon kriterleri	Karaciğer hastalıklarına tanısal yaklaşım sağlayabilmeli Hastayı uygun zaman ve koşullarda bir üst basamağa sevk edebilmeli Tanısı konmuş hastanın takibini yapabilmeli.
Acil durumlar	GIS kanamaları Özofagus varis kanamaları Akut kolesistit Acil medikal ve cerrahi tedavi protokolleri	Ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli Hastayı uygun koşullarda hastaneye sevk edebilmeli Hasta ve ailesine danışmanlık yapabilmeli Tedavi olmuş hastaları evde ve ayaktan takip edebilmeli

## PEDİATRİ (SÜRE 9 AY)

Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; tüm çocukluk döneminde sağlığı korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek çocukluk çağı sağlık sorunlarının çözümü için gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanılmalıdır.

9 ay süreli çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında yenidoğanın bakımı, sıkıntılı yenidoğanın transferi, immünizasyon, yenidoğan döneminden adölesan döneminin sonuna kadar büyüme ve gelişmenin takibi ve sık görülen evde ve ayaktan tedavisi mümkün hastalıkların tanı ve tedavisi konularına önem verilmelidir. Asistan, prenatal dönemin özelliklerini ve bu dönemde çıkabilecek sorunları öğrenmeli; bu sorunları ev ve poliklinik ortamında nasıl çözeceğini bilmeli ve buna uygun beceriler kazanmalıdır. Asistanın çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında aşağıdaki konular üzerinde özellikle durulmalıdır.

Enfeksiyon	2 ay
Sağlam çocuk	2 ay
Poliklinik	2 ay
Yeni doğan	2 ay
Pediyatrik kardiyoloji	1 ay

### a. Genel pediatri

KONU	BİLGİ	BECERİ
Büyüme ve gelişme	Sağlıklı yenidoğan ve çocuk muayenesi Büyüme ve gelişmeyi değerlendirme yöntemleri Farklı yaşlardaki fiziksel, davranışsal ve sosyal gelişim normları ve bunlardan sapmalar	Sağlam çocuk muayenesi yapabilmeli Fiziksel, davranışsal ve sosyal açıdan normalden sapmaları tespit edebilmeli ve bu konularda aileye danışmanlık verebilmeli
Beslenme ve beslenme ile ilgili hastalıklar	Yaşa uygun normal çocuk beslenmesi Anne sütü Beslenme desteği ve ek gıdalar Çeşitli hastalık durumlarında beslenme Beslenme bozuklukları (Malnütrisyon, malabsorbsiyon, rickets vb.)	Yenidoğan döneminden adölesan dönemin sonuna kadar olan dönemde normal ve normal dışı her durum için diyet düzenlenmesi de dahil beslenme danışmanlığı verebilmeli Beslenme bozukluklarında erken tanı koyabilmeli, evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde diyet ve tedavi düzenleyebilmeli Beslenme bozukluklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli

Aşılama	Aktif ve pasif bağışıklama Aşı uygulama endikasyon ve kontrendikasyonları Aşı takvimi Başarılı aşılama kuralları Soğuk zincir	Aktif ve pasif bağışıklama; aşı uygulama endikasyon ve kontrendikasyonları; aşı takvimi; başarılı aşılama kuralları ve soğuk zincir konularında etrafını bilgilendirebilecek düzeyde bilgili olmalı Türkiyede kullanılan aşilar, bunların uygulanma zamanı, şekli, endikasyon ve kontrendikasyonları vb. konuları bilmeli Sağlıklı ve hasta çocuk için aşılama hakkında karar verebilmeli Aşı yan etki ve komplikasyonları ile bunların tedavilerini bilmeli
Pediyatrik ilaç kullanımı	Pediyatrik antibiyotik kullanımı Pediyatrik kullanılan diğer ilaçlar	Pediyatrik yaş gruplarında kullanılabilecek ve özellikle kullanılmayacak ilaçları çok iyi bilmeli İlaçların pediyatrik kullanılış şekli ve dozlarını bilmeli İlaçların kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek yan etki ve komplikasyonları bilmeli, evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde bunlarla başedebilmeli Zehirlenme vb. durumlarda ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli

#### b. Yenidoğan bakımı ve hastalıkları

KONU	BİLGİ	BECERİ
Doğum öncesi dönem	Riskli anne ve çocuğu İntrauterin gelişme gerilikleri İntrauterin enfeksiyonlar	Riskli gebelikleri ve bu risk faktörlerinin fetus üzerine etkilerini bilmeli Gebelik döneminde fetusun gelişimini fizik muayene, ultrasonografi vb. tetkik yöntemleri ile takip edebilmeli ve normalden sapmaları erken dönemde tespit edebilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde bu sapmalardan korunma yollarını uygulayabilmeli ve aileye bu konuda eğitim verebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli Gebelik ve fetal hayat konularında aileye danışmanlık verebilmeli
Yaşamın ilk anları	Yenidoğan fizyolojisi Prematürite ve postmaturite Yenidoğanın doğum odasında bakımı Yenidoğanın resüsitasyonu	Yenidoğanın doğumdan hemen sonraki fizyolojik adaptasyonuna yardım edebilmeli (Aspirasyon, ısıtma vb.) APGAR skorlaması yapabilmeli Sağlıklı ve problemlili yenidoğanı ayırtedebilmeli ve problemlili yenidoğana ilk müdahaleyi yapabilmeli Yenidoğan resüsitasyonunu uygulayabilmeli Problemlili yenidoğan için ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Problemlili yenidoğanın hastaneye nakil koşullarını bilmeli

Sağlıklı yenidoğan	Yenidoğanın fizik muayenesi Sağlıklı yenidoğanın bakımı Yenidoğanın değerlendirilmesinde kullanılan laboratuvar yöntemleri	Yenidoğanın fizik muayenesini ve ölçümlerini tam olarak yapabilmeli Fiziksel gelişim açısından yapılması gereken tam kan sayımı, tam idrar tetkiki vb. laboratuvar analizlerini değerlendirebilmeli Yenidoğanın bakımı konusunda aileye danışmanlık verebilmeli
Yenidoğan sarılıkları	Fizyolojik sarılık Patolojik sarılıklar	Fizyolojik ve patolojik sarılıklar arasında ayırıcı tanı yapabilmeli Fizyolojik sarılıklı yenidoğanı evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde takip edebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli
Yenidoğanın diğer hastalıkları	Yenidoğan enfeksiyonları Yenidoğan konvulsyonları Yenidoğanın metabolik hastalıkları Yenidoğanın hematolojik hastalıkları Yenidoğanın solunum problemleri	Yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesi konusunda aileye danışmanlık verebilmeli Yenidoğan hastalıklarının ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Yenidoğan hastalıklarının ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen yenidoğan problemleri için çözümler önerebilmeli Problemlili yenidoğanın hastaneye nakil koşullarını bilmeli Tedavisi düzenlenmiş yenidoğanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Hastalık geçirmiş yenidoğanın yaşitlarını yakalayabilmesi için aileye danışmanlık verebilmeli

### c. Pediatrik enfeksiyon hastalıkları

KONU	BİLGİ	BECERİ
Pediatrik enfeksiyon hastasına genel yaklaşım	Semptomatoloji Enfeksiyon fizyopatolojisi Tanıda kullanılan laboratuvar tetkikleri Nedeni bilinmeyen ateş	Enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Eksiksiz bir fizik muayene yapabilmeli Pediatrik enfeksiyonların erken ve ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (hemogram, periferik yayma vb.) değerlendirebilmeli Pediatrik enfeksiyon hastalıklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen pediatrik enfeksiyonlar için tıbbi tedavi dahil çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli
Enfeksiyon nedenli hastalık tabloları	Sepsis Meningit Ensefalit	Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (hemogram, periferik yayma vb.) değerlendirebilmeli Acil durumlarda gerekli ilk müdahaleyi yapabilmeli Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli

		Bu tabloları geçirmiş hastaların 2. ve 3. basamak korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli
Bakteriyel enfeksiyonlar	Boğmaca H.İnfluenza Streptokok enfeksiyonları Difteri Salmonella enfeksiyonları Tüberküloz Shigellozis Brucellozis	Bakteriyel enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Bakteriyel enfeksiyonların erken ve ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (hemogram, periferik yayma vb.) değerlendirebilmeli Bakteriyel enfeksiyon hastalıklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen bakteriyel enfeksiyonlar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli
Viral enfeksiyonlar	Viral solunum yolu enfeksiyonları Enfeksiyöz mononükleozis Kabakulak Hepatitler Enteroviral enfeksiyonlar Kızamık Kızamıkçık Eritema infectiosum Exantem subitum Su çiçeği Herpesvirus enfeksiyonları	Viral enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Viral enfeksiyonların erken ve ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (hemogram, periferik yayma vb.) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli Viral enfeksiyon hastalıklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen viral enfeksiyonlar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli
Mantar enfeksiyonları	Candida	Fungal enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Fungal enfeksiyonların erken ve ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (mikroskopi vb.) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli Fungal enfeksiyon hastalıklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen fungal enfeksiyonlar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli
Paraziter hastalıklar	Askariasis Oksiyurazis	Paraziter enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli

Trichuriasis Taeniasis Kist hidatik Çengelli solucanlar Giardiasis Toxoplazmozis	Paraziter enfeksiyonların erken ve ayırıcı tanısına yönlenebilmeli Tanıda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (mikrokobi, hemogram, periferik yayma vb.) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli Paraziter enfeksiyon hastalıklarında ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen paraziter enfeksiyonlar için tıbbi tedavi dahil çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli
---	---

#### d. Pediatrik hematoloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Pediatrik hematoloji hastasına yaklaşım	Semptomatoloji Tanıda kullanılan laboratuvar yöntemleri	Eksiksiz anamnez alabilmeli ve fizik muayene yapabilmeli Tanı için kullanılan radyolojik, biyokimyasal vb. testleri yorumlayabilmeli Periferik yayma, tam kan sayımı gibi sık kullanılan tetkikleri yapabilmeli ve yorumlayabilmeli
Anemiler	Demir eksikliği anemisi Megaloblastik anemi	Tanı koyabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavi düzenleyebilmeli Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli
Maligniteler	Lösemiler Lenfomalar Palyatif tedavi Terminal dönem hastasına biyolojik ve psikolojik yaklaşım	Taniya yönlenebilmeli Terminal dönem hasta ve ailesine tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli

#### e. Pediatrik kardiyoloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Pediatrik kardiyoloji hastasına genel yaklaşım	Semptomatoloji Tanıda kullanılan laboratuvar testleri Kardiyolojiye özel tanı yöntemleri	Normal ve patolojik kalp seslerini değerlendirebilmeli ve yorumlayabilmeli Yaşa özel EKG değişikliklerini bilmeli ve yorumlayabilmeli Yaşa özel radyolojik değişiklikleri bilmeli ve yorumlayabilmeli Kardiyolojiye özel invazif ve noninvazif tanı yöntemleri konusunda aileye danışmanlık verebilmeli
Kongenital kalp hastalıkları	Asiyantik kongenital kalp hastalıkları Siyantik kongenital kalp hastalıkları	Kongenital kalp hastalıklarında erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli Kongenital kalp hastasını uygun zaman ve koşullarda sevk edebilmeli Kongenital kalp hastalıkları konusunda ailelere danışmanlık verebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli

		Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli
Kalbin enfeksiyon hastalıkları	Enfektif endokardit Perikardit Myokardit Pankardit	Enfektif kalp hastalıklarında erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli Enfektif kalp hastasını uygun zaman ve koşullarda sevk edebilmeli Enfektif kalp hastalıkları konusunda ailelere danışmanlık verebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu hastalıkların oluşturabileceği sekellerden korunma ve rehabilitasyonunu bilmeli ve bu konularda ailelere danışmanlık verebilmeli Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli

#### f. Pediatrik göğüs hastalıkları

KONU	BİLGİ	BECERİ
Pediatrik solunum sistemi hastalıklarına yaklaşım	Eksiksiz fizik muayene yapma Akciğer grafilerinin değerlendirilmesi PPD yapma Balgam tetkiki	Solunum seslerini değerlendirmeli Radyolojik tetkikleri yorumlayabilmeli, PPD yapabilmeli ve yorumlayabilmeli Direkt preparat hazırlayabilmeli ve değerlendirebilmeli
Üst solunum yolu enfeksiyonları	Viral ve bakteriyel üst solunum yolu enfeksiyonlarında tanı ve tedavi protokolleri	Üst solunum yolu enfeksiyonlarının ayırıcı tanısını yapabilmeli Evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavisini düzenleyebilmeli Tanıda kullanılan radyolojik vb. tetkikleri değerlendirebilmeli Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli Hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli
Tüberküloz	Tanı ve tedavi protokolleri Korunma yöntemleri Proflaktik tedavi	PPD yapabilmeli ve değerlendirebilmeli Tüberküloz tanısı koyabilmeli ve evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavisini düzenleyebilmeli Hastaneye yatma kriterlerini bilmeli Tüberkülozlu hastanın temashlarına danışmanlık yapabilmeli
Pnömoniler	Tanı ve tedavi protokolleri	Pnömoni tanısını koyabilmeli ve evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavisini düzenleyebilmeli Tanıda kullanılan radyolojik vb. tetkikleri değerlendirebilmeli Hospitalizasyon kriterlerini bilmeli
Astma	Tanı ve tedavi protokolleri Desensitizasyon	Astma tanısı koyabilmeli ve evde ve ayaktan tedavi sınırlılıkları içinde tedavisini düzenleyebilmeli Tedavisi düzenlenmiş astma hastasını evde ve ayaktan takip edebilmeli Astma hastasının ailesine danışmanlık verebilmeli Akut krizlere müdahale edebilmeli



## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; tüm çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş dönemlerinde sağlığı korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek kadın sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili sağlık sorunlarının çözümü için gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanılmalıdır.

Tababet uzmanlık tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 8 ayı kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunda geçmektedir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu için öngördüğü zaman dağılımı şu şekildedir:

Jinekoloji servisi:	2 hafta
Jinekoloji polikliniği:	4 hafta
Antenatal polikliniği:	3 hafta
Doğum servisi:	6 hafta
Perinatoloji kliniği:	3 hafta
Aile planlaması polikliniği:	4 hafta
Birinci basamak şartlarında kadın-doğum:	6 hafta
Menopoz polikliniği:	4 hafta

Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında aşağıdaki konular üzerinde özellikle durulmalıdır.

### a. Jinekoloji

KONU	BİLGİ	BECERİ
Jinekoloji hastasına yaklaşım	Jinekolojik anatomi Jinekolojik muayeneye etik yaklaşım Asepsi ve antisepsi Jinekolojik öykü ve muayene Jinekolojik muayenede kullanılan aletler ve kullanılış şekilleri	Tam bir jinekolojik öykü alabilmeli ve jinekolojik muayene yapabilmeli Tanıda sık kullanılan jinekolojik testleri değerlendirebilmeli Pap-smear yapabilmeli ve sonuçlarını değerlendirebilmeli
Menstruel anomaliler	Menstruasyon fizyolojisi ve fiyopatolojisi Premenstruel sendrom Dismenore etiyolojisinde yer alan hastalıklar ve ayırıcı tanıları Amenore etiyolojisinde yer alan	Menstruel anomali ile gelen hastaya tanı koyabilmeli Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılan radyolojik ve laboratuvar testlerini yorumlayabilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde menstruel anomali oluşturan hastalıklar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli

	<p>hastalıklar ve ayırıcı tanıları</p> <p>Anormal kanamalar tanımları, etiyojide yer alan hastalıklar ve ayırıcı tanıları</p>	<p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p> <p>Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli</p>
Vajinal akıntı	<p>Vajinal, servikal ve endometrial enfeksiyonlar</p>	<p>Vajinal akıntı ile gelen hastada ayırıcı tanı yapabilmeli</p> <p>Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılan laboratuvar testlerini (smear, kültür vb) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde vaginal akıntı oluşturan hastalıklar için tıbbi ve basit cerrahi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p>
Pelvik ağrı ve pelvik kitleler	<p>Pelvik inflamatuvar hastalık</p> <p>Akut pelvik ağrı yapan durumlar</p> <p>Kronik pelvik ağrı yapan durumlar</p> <p>Pelvik ağrı yapan acil hastalıklar</p> <p>Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılan radyolojik ve laboratuvar tetkikleri</p> <p>Adneksiyal kitleler ve ayırıcı tanıları</p> <p>Tanıda kullanılan radyolojik ve laboratuvar tetkikleri</p>	<p>Pelvik ağrı ile gelen hastada tanıya yönelebilmeli</p> <p>Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılan radyolojik ve laboratuvar testlerini yorumlayabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen ve pelvik ağrı oluşturan hastalıklar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p> <p>Hasta ve ailesine her türlü konuda danışmanlık verebilmeli</p> <p>Pelvik kitle ile gelen hastada ayırıcı tanıya yönlenebilmeli</p> <p>Ultrasonografik inceleme yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Servikal smear alabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen ve pelvik kitle oluşturan hastalıklar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>Aileye danışmanlık verebilmeli</p>
İnfertilite	<p>Üreme fizyoloji ve fizyopatolojisi</p> <p>İnfertiliteye neden olan hastalıklar</p>	<p>Birinci basamak infertilite tanı ve ayırıcı tanısında kullanılan basit laboratuvar testlerini (semen analizi, postkoital test vb.) yorumlayabilmeli</p> <p>İnfertil çiftte ve ailelerine danışmanlık verebilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p>
Menapoz	<p>Premenapoz ve menopoz</p>	<p>Menapoz hastasına tanı koyabilmeli</p>

	<p>Cerrahi menapoz</p> <p>Menapozda görülen lokal ve sistemik değişiklikler</p> <p>Hormon replasman tedavisi</p>	<p>Hasta takibinde kullanılan radyolojik ve laboratuvar testlerini yorumlayabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p> <p>Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli</p>
<p>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</p>	<p>Riskli cinsel davranışlar</p> <p>AIDS</p> <p>Gonore</p> <p>Hepatit</p> <p>Sifilis</p> <p>Herpes</p> <p>Yumuşak şankr</p>	<p>Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemlerini bilmeli ve bu konuda eğitim verebilmeli</p> <p>Riskli cinsel davranışları değerlendirebilmeli ve danışmanlık verebilmeli</p> <p>Sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalıkların ayırıcı tanısını yapabilmeli</p> <p>Tanımda kullanılan basit laboratuvar tetkiklerini (mikroskopi vb.) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Birinci basamakta bu hastalıkların taranması için kullanılan testleri yorumlayabilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalıklar için çözümler önerebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli</p> <p>Hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli</p>

## b. Obstetri

KONU	BİLGİ	BECERİ
<p>Aile danışmanlığı</p>	<p>Kadının doğuma hazırlanması</p>	<p>Gebe kalmak isteyen kadının sistemik ve jinekolojik muayenesini tam olarak yapabilmeli</p> <p>Risklerin tespiti için kullanılan laboratuvar vb. tetkikleri yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Gebelikte risk oluşturabilecek faktörleri tespit ederek evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde çözümler önerebilmeli</p>
<p>Normal gebenin takibi</p>	<p>Gebelik fizyolojisi ve gebelikte oluşan fizyolojik değişimler</p> <p>Gebelik tanısı</p> <p>Gebe muayenesinde kullanılan özel yöntemler</p> <p>Gebelikte beslenme</p> <p>Gebelikte egzersizler</p> <p>Gebelik hijyeni</p>	<p>Gebe muayenesini tam olarak yapabilmeli</p> <p>Gebe takibinde kullanılan basit testleri (NST vb.), radyolojik (ultrasonografi vb.) ve diğer tetkikleri (tam idrar tertkiki vb.) yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Gebelikte risk oluşturabilecek konularda (sigara içilmesi, ilaç kullanımı, teratojen maddeler vb.) eğitim verebilmeli</p>

Riskli gebelikler	<p>Gebelik ve sistemik hastalıklar</p> <p>Gebelikte ortaya çıkan yada alevlenen hastalıklarda tanı ve tedavi</p> <p>Preeklampsi-eklampsi</p> <p>Preterm travay</p> <p>Erken membran rüptürü</p> <p>Plasental anomaliler</p> <p>Çoğul gebelikler</p> <p>Post-term gebelikler</p> <p>Eritroblastozis fetalıs</p>	<p>Gebeliği riskli kılan durumlardan nasıl korunulacağı konusunda halk eğitimi yapabilmeli</p> <p>Gebelikte ortaya çıkan hastalıkların ayırıcı tanısına yönlenebilmeli</p> <p>Tanı ve ayırıcı tanıda kullanılan basit laboratuvar testlerini yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Ultrasonografik inceleme yapabilmeli ve yorumlayabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen ve gebelikte risk oluşturan hastalıklar için tıbbi tedavi de dahil çözümler önerebilmeli</p> <p>Bu hastalıklarda ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p> <p>Sistemik hastalıkların gebelik üzerine ve gebeliğin sistemik hastalıklar üzerine etkisi konularında danışmanlık verebilmeli</p> <p>Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli</p>
Doğum	<p>Normal doğum fizyolojisi</p> <p>Uterotonik ve oksitosik ajanlar</p> <p>Prezentasyon ve pozisyon anomalileri</p> <p>Doğumda görülebilen komplikasyonlar ve tedavileri</p>	<p>Doğumun vaginal yoldan olup olmayacağına karar verebilmeli</p> <p>Normal doğumu yaptırabilmeli</p> <p>Epizyotomi açabilmeli ve onarabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde doğumda oluşan komplikasyonlar için tıbbi çözümler oluşturabilmeli</p> <p>Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli</p> <p>Sezaryen ve forsepsle doğum endikasyonunu koyabilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p>
Doğum sonrası bakım	<p>Lohusalık fizyolojisi</p> <p>Puerperal enfeksiyonlar</p>	<p>Lohusalıkta oluşan patolojik durumlara ve puerperal enfeksiyonlara tanı koyabilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde ortaya çıkan hastalıklar için tıbbi çözümler önerebilmeli</p> <p>Bu hastalıklarda ileri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli</p> <p>Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli</p>
Obstetrik aciller	<p>Abortion tanımı ve sınıflaması</p> <p>Tanı ve tedavi protokolleri</p>	<p>Abortus tanısı koyabilmeli</p> <p>Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli</p>

		Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilmeli
Aile planlaması	Aile planlamasında kullanılan yöntemler	Tüm aile planlaması yöntemleri için danışmanlık verebilmeli Bireye uygun yöntem seçimini sağlayabilmeli Doğum kontrol yöntemlerinin olası yan etki ve komplikasyonları ile bunların giderilme yöntemlerini bilmeli ve uygulayabilmeli RIA takabilmeli ve çıkarabilmeli Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların bu yöntemlere özel kontrollerini yapabilmeli

## ACİL SERVİS (SÜRE 6 AY)

Tababet uzmanlık tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 6 ayı cerrahi branşlara ağırlık verilmek üzere acil serviste geçmektedir.

Acil tıp aile hekimliği uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu 6 aylık rotasyon sırasında bir aile hekiminin günlük pratikte karşılaşacağı her türlü acil tıbbi durumla ilgili bilgi ve becerinin kazandırılması hedeflenmektedir. Bununla beraber Dahiliye, kadın doğum, çocuk ve psikiyatri rotasyonları esnasında da bu branşların acilleriyle ilgili eğitim verileceğinden acil servis rotasyonu ağırlıklı olarak cerrahi branşlardan oluşacaktır. Tababet uzmanlık tüzüğüne ilgili bölümü de bu paraleldedir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın acil servis rotasyonu için öngördüğü zaman dağılımı şu şekildedir:

Acil polikliniği:	2 ay
Genel cerrahi servisi:	1 ay
Genel cerrahi polikliniği:	1 ay
Acil KBB polikliniği:	2 hafta
Acil ortopedi polikliniği:	2 hafta
Birinci basamak şartlarında	
Acil sağlık hizmeti:	1 ay

Aile hekimliği asistanları belirtilen süre içerisinde genel cerrahi nöbet programına dahil edilecek olup nöbetlerde acil servis hizmetleriyle ilgili eğitime öncelik verilmesi uygun olacaktır.

Acil servis rotasyonu sırasında aşağıdaki konular üzerinde özellikle durulmalıdır.

### a. Acil tıp

KONU	BİLGİ	BECERİ
Temel konular	Acil hastasına ilk yaklaşım prensipleri Kardiyak ve pulmoner acil durumlar ve tedavileri Bilinç bozuklukları ve komanın ayırıcı tanısı ve ilk müdahaleleri Ağrılı hastaya yaklaşım Şok ayırıcı tanısı ve tedavisi Asit baz bozukluklarının ayırıcı tanısı ve tedavileri	Acil hastasına ilk müdahale, gerekli koordinasyonun sağlanması Glaskov koma skalasını uygulaması ve bilinç bozukluğu olan hastanın takibi Analjezi ve sedasyon tekniklerinin uygulanması Her türlü şok durumunun tanınması ve ilk müdahalesinin yapılması Lomber ponksiyon yapılması ve değerlendirilmesi Damar yolu açılması Status epileptikuslu hastaya müdahale Kuduz ve tetanoz profilaksisi

	Menenjit nedenleri, tanısal ve ilk tedavi yaklaşımları İnmeli hastaya ilk müdahale Status epileptikus Isırıklar da yapılacak ilk müdahale	
Travma	Yaralanmalarda ilk değerlendirme ve triaj Künt ve delici travmalar ve ateşli silah yaralanmalarının ilk müdahaleleri	Hayatı tehdit edici travmalara müdahale
Yanık	Yanıkları sınıflandırılması 1. ve 2. derece yanıklara ayaktan müdahale Yanıklarda IV sıvı tedavisi Hospitalizasyon endikasyonları	1. ve 2. derece yanıklara ayaktan müdahale ve yanıklarda IV sıvı tedavisi yapabilmeli Yatan yanıklı hastanın takibi Hastayı uygun zaman ve koşullarda hastaneye sevk edebilmeli
CPR	Resusitasyon prensipleri Resusitasyonun yürütülmesi, Resusitasyonda ilaç kullanımı Koordinasyon İletişim Kayıt Resusitasyon sonrası hasta takip prensipleri	Kardiopulmoner resusitasyon uygulaması Arteriyel damar ulaşımı İntraosseos sıvı tedavisi Santral, Juguler, Femoral kateter takılması Entübasyon Trakeostomi açılması Mekanik ventilasyon İntrakardiyak enjeksiyon Perikardiosentez Defibrilasyon ve Kardioversiyon
Zehirlenme	Zehirlenmiş hastaya genel yaklaşım ve danışmanlık prensipleri Zehirlenme çeşitleri, etiyolojileri, komplikasyon ve tedavileri Anafilaksi ve hipersensitivite sebepleri ve ilk müdahale prensipleri Zehir danışma merkezi ile temas kurulması ve zehirlenmiş hastanın tedavisinin koordinasyonu	Zehir danışma merkeziyle görüşme Mide lavajı yapılması Aktif kömür uygulaması Zehirlenmiş hastanın ilk müdahale sonrası takibi

### b. Genel cerrahi

KONU	BİLGİ	BECERİ
Temel konular	Temel anatomi Klinik değerlendirme Cerrahi acillerin tanınması Yara bakımı	Cerrahi hastasında öykü ve fizik muayene Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi Hastayı uygun zaman ve koşullarda sevk edilmesi Preop-postop hasta bakımı

	Yara kapatma esasları Yara iyileşmesi Cerrahi enfeksiyonlar Antibiyotik kullanımı Asepsi, antisepsi Sıvı elektrolit tedavisi Anestezi teknikleri Analjezi teknikleri Sedasyon teknikleri Cerrahi komplikasyonlar Preop-postop hasta bakımı Organ transplantasyonu ve organ bağıışı hakkında danışmanlık	Tedavisi düzenlenmiş hastayı takip edebilme Sıvı-elektrolit tedavisi TPN Cerrahi dezenfeksiyon ve sterilizasyon Basit cerrahi aletlerin kullanımı Parasentez Yanık bakımı Bölgesel ve lokal bloklar IV sedasyon ve analjezi Cilt onarımı Yara debridmanı Cut down açılması
Meme	Meme kitlelerinin ayırıcı tanısı Meme hastalıkları konusunda danışmanlık verilmesi Meme kanserinde tanı ve hasta yönlendirme	Meme muayenesi Hastaya kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitim verilmesi Eksizyonel meme biyopsisi
Ofis cerrahisi	Küçük cerrahi müdahaleler Hasta danışmalığı verilmesi	Abse boşaltma Tırnak çekme Lipom ve Sebace kist eksizyonu
Tiroid	Tiroid hastalıklarına genel yaklaşım Tiroid hastalıkları konusunda danışmanlık	Tirotoksikozdaki hastanın ilk müdahalesi Tiroid muayenesi İnce iğne aspirasyon biyopsisi Opere edilmiş tiroid hastalarının takibi

### c. Diğer cerrahiler

KONU	BİLGİ	BECERİ
Ortopedi	Ekstremitte travmalarına yaklaşım Kırıkların ilk müdahalesi Burkulmalar ve spor yaralanmaları	Travmaların ilk müdahalesi Atel ve alçı uygulaması Artrosentez ve intraartriküler enjeksiyon yapma
KBB	Akut otitis media, Croup, Supraglottit, Peritonsiller abse, Epiglottit ve ilk müdahaleleri Yabancı cisimlerle ilgili danışmalık Burun kanamalarının nedenleri ve ilk yaklaşımları Bell's paralizi ve tedavisi	Hayatı tehdit edici akut enfeksiyonların ilk müdahaleleri Kulaktan, burundan ve trakeadan yabancı cisim çıkarılması Burun kanamalarına ilk müdahale Anterior ve posterior nazal tampon uygulaması
Diğer	Acil göz yaralanmalarına yaklaşım Şaşılık ve ambliyopi hakkında danışmanlık verilmesi	Göz yaralanmalarında ilk müdahale Gözden yabancı cisim çıkarılması Görme keskinliğinin ve renk körlüğünün değerlendirilmesi



	Testis torsiyonu tanı ve tedavisi	Testis torsiyonunun ilk tedavisini Vazektomi Üriner kateterizasyon Mesane aspirasyonu Torasentez Torakostomi ve tüp dren uygulaması Puch biyopsi alınması
--	-----------------------------------	---

## PSİKİYATRİ (SÜRE 4 AY)

Tababet uzmanlık tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 4 ayı psikiyatri rotasyonunda geçmektedir. Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; tüm yaş gruplarında ruh sağlığını korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek ruh sağlığı ile ilgili sorunların tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyonu ile ilgili uygulamalarda görev almak için gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanılmalıdır.

. Psikiyatri rotasyonu sırasında ruhsal bozuklukların ele alınmasında tanı, ayırıcı tanı, psikoterapi, psikofarmakoloji, biyopsikososyal tıp, psikiyatrik danışmanlık konularının öğretilmesi planlanmaktadır. Alkol, madde bağımlılığı (özellikle nikotin), duygu durum bozuklukları ve suisid girişimleri ile diğer akut psikiyatrik bozukluklara yaklaşımın ve kronik hastalıklara yönelik eğitimler tanı ve ayaktan bakım ağırlıklı bir eğitim amaçlanmaktadır.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Psikiyatri rotasyonu için öngördüğü zaman dağılımı şu şekildedir:

Psikiyatri servisi:	8 hafta
Psikiyatri polikliniği:	8 hafta

Psikiyatri rotasyonu sırasında aşağıdaki konular üzerinde özellikle durulmalıdır.

### a. Genel psikiyatri

KONU	BİLGİ	BECERİ
Davranışın psikodinamik temelleri	Bilinç Alt-benlik-üstbenlik Güdüleme Engellenme ve çatışma Ruhsal travma Bunaltı	Bu konuda hasta ve ailesine danışmanlık verebilmeli
Kişiliğin gelişimi	Psikososyal ve psikoseksüel gelişimde temel kavramlar Psikososyal gelişim evreleri	Bu konudaki bilgilerini tanı ve tedavi sürecinde kullanabilmeli Bu konuda ailelere danışmanlık verebilmeli
Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel yaklaşım	Gözlem yapma Öykü alma Psikiyatrik görüşme Ruhsal durum muayenesi Tanıda kullanılan testler Hastalıkların çok eksenli	Eksiksiz ruhsal durum muayenesi yapabilmeli Ruh sağlığı ve bozukluklarında erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli Evde ve ayaktan tedavi ve bakım sınırlılıklarını bilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli

	değerlendirilmesi ICD ve DSM tanı kriterleri	
Anksiyete bozuklukları	Panik bozukluğu Özgül fobi Sosyal fobi Obsesif-kompulsif bozukluk Yaygın anksiyete bozukluğu Posttravmatik stres bozukluğu	Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen anksiyete bozuklukları için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu konuda ailelere danışmanlık verebilmeli
Somatoform Bozukluklar	Etiyoloji, tanım, sınıflandırma ve tedavi protokolleri Somatizasyon bozukluğu Ağrı bozukluğu Konversiyon bozukluğu Hipokondriazis	Somatoform bozukluklardan korunma yollarını bilmeli ve kişi ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen nevrotik bozukluklar için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli
Organik ruhsal bozukluklar	Delirium Bunama Organik amnezik sendromlar Organik beyin bozukluğuna bağlı kişilik bozuklukları	Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen organik ruhsal bozukluklar için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Bu konuda ailelere danışmanlık verebilmeli
Duygudurum bozuklukları	Depresif bozukluklar Yaş dönümü depresyonu Bipolar bozukluklar İntihar girişimleri	Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli Hastanın uygun zaman ve koşullarda hastaneye naklini sağlayabilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Ailelere bu konuda danışmanlık yapabilmeli
Psikotik bozukluklar	Akut psikotik atak Gebelik psikozu Şizoaffektif bozukluk Şizofreni Paranoid bozukluklar	Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Acil durumlarda ilk müdahaleyi yapabilmeli Hastanın uygun zaman ve koşullarda hastaneye naklini sağlayabilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli

		Ailelere bu konuda danışmanlık yapabilmeli
Madde kullanımı ile ilgili bozukluklar	Alkol Nikotin Uyumsuz ilaç kullanımı Narkotikler	Madde bağımlılıklarından korunma yollarını bilmeli; kişiler, aileler ve topluma bu konuda danışmanlık verebilmeli Erken tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen madde bağımlılıkları için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli
Liyezon psikiyatrisi	Fiziksel hastalığı olanlarda psikiyatrik muayene ve izleme süreci Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar Psikiyatrik açıdan terminal dönem hastası Psikiyatrik açıdan post operatif hasta Psikiyatrik açıdan kronik hastalıklar	Medikal hastalıklarda psikiyatrik komplikasyon gelişiminden korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda eğitim verebilmeli Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen problemler için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli Ruhsal sorunlu hastası olan ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli
Diğer	Cinsel işlev ve kimlik bozuklukları Parafililer Uyku bozuklukları Yeme bozuklukları Dürtü kontrol bozuklukları Uyum bozuklukları Kişilik bozuklukları İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları Uzamış yas reaksiyonu Meslek sorunları Yaşamın bir evresi ile ilgili sorunlar	Korunma yollarını bilmeli ve kişi ve ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen bozukluklar için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli

### b. Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları

KONU	BİLGİ	BECERİ
Çocuk psikiyatrisinde hastaya yaklaşım	Normal ruhsal büyüme ve gelişme Gelişim dönemleri	Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik değerlendirmesini yapabilmeli Normalden sapmaları erken dönemde fark edebilmeli

	<p>Gelişim kuramları</p> <p>Ergenlik dönemi ve bu dönemde görülen değişimler</p> <p>Çocuk ve ergenlerin ruhsal yönden değerlendirilmesi</p> <p>Çocuk ve ergende psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları</p>	<p>Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli</p> <p>Ailelere çocuk ve ergenlerin ruhsal gelişimleri konusunda danışmanlık verebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Hastayı uygun zaman ve koşullarda sevk edebilmeli</p>
Çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunları	<p>Zeka gerilikleri</p> <p>Uyku bozuklukları</p> <p>Cinsel kimlik bozuklukları</p> <p>Duygudurum bozuklukları</p> <p>Öğrenme bozuklukları</p> <p>Motor beceri bozuklukları</p> <p>İletişim bozuklukları</p> <p>Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranım</p> <p>Beslenme ve yeme bozuklukları</p> <p>Tik bozuklukları</p> <p>Dışa atım bozuklukları</p> <p>Elektif mutizm</p> <p>Anksiyete bozuklukları</p> <p>Tepkisel bağlanma bozukluğu</p> <p>Çocuk ihmali ve çocukların fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı</p> <p>Okul korkusu</p> <p>Ergenlik dönemine özgü ruhsal bozukluklar</p>	<p>Çocukluk çağı ruhsal sorunlarından korunma yollarını bilmeli ve ailelere bu konuda eğitim verebilmeli</p> <p>Erken ve ayırıcı tanıya yönlenebilmeli</p> <p>İleri tetkik ve hospitalizasyon kriterlerini bilmeli</p> <p>Evde ve ayaktan hasta bakımı sınırlılıkları içinde sık görülen çocukluk çağı ruhsal problemleri için medikal tedavi vb. çözümler önerebilmeli</p> <p>Tedavisi düzenlenmiş hastanın evde ve ayaktan takibini yapabilmeli</p> <p>Ruhsal sorunlu çocuğu olan ailelere bu konuda danışmanlık verebilmeli</p>

## ASİSTAN KARNESİ

Her rotasyon için bir asistan karnesi oluşturulmuş olup, rotasyon bitiminde ilgili öğretim üyeleri tarafından değerlendirme yapılarak onaylanmaktadır. Her bir bölüm için asistan karneleri aşağıdaki şekildedir.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ EĞİTİM İZLEME  
VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÇALIŞTIĞI BİRİM: İÇ HASTALIKLARI

İlgili öğretim üyesinin rotasyondaki araştırma görevlisi hakkındaki değerlendirmelerini içerecek olan bu form araştırma görevlimizin rotasyonunun bitiminde öğretim üyesince

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİNİN;

ADI SOYADI:	
ROTASYONA BAŞLAMA TARİHİ:	
ROTASYON BİTİRME TARİHİ:	
TUTTUĞU NÖBET SAYISI:	
POLİKLİNİKTE MUAYENE ETTİĞİ HASTA SAYISI:	
SERVİSTE İZLEDİĞİ YATAN HASTA SAYISI:	
HAZIRLADIĞI SEMİNER SAYISI:	
HAZIRLADIĞI MAKALE SAYISI:	
HAZIRLADIĞI OLGU SUNUMU SAYISI:	

ROTASYONU SIRASINDA UYGULADIĞI BECERİLER

Adı	Sayı
Periferik yayma yapılması ve değerlendirilmesi	
Hemoglobin ölçülmesi	
Retikülosit sayılması ve değerlendirilmesi	
Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu	
İdrarın mikroskopik olarak değerlendirilmesi	

İdrar sondası takılması	
Enjeksiyon yapılması	
PPD yapılması ve değerlendirilmesi	
Direkt radyograflerin değerlendirilmesi	
Balgamın boyanması ve değerlendirilmesi	
Torasentez uygulanması	
Peakflowmetre kullanımı ve değerlendirilmesi	
EKG çekilmesi ve yorumlanması	
Kardiopulmoner resusitasyon yapılması	
Oral glukoz tolerans testi uygulanması ve yorumlanması	
Rektal tuşe yapılması	
Nazogastrik sonda takılması	
Gastrik lavaj yapılması	
Gaitanın direkt mikroskopik muayenesi	
Parasentez uygulanması	
Kültür alınması	
Kan gazı alınması ve sonucunun değerlendirilmesi	
Kemik iliği aspirasyonu	
Oksijen tedavisi	
Entübasyon	
Rektoskopi	
Deri sürüntülerinin direkt mikroskopik incelenmesi	

#### YETERLİLİK PUANLAMASI

<b>ZAYIF</b>		<b>SINIRDA</b>		<b>ORTA</b>		<b>İYİ</b>		<b>MÜKEMMEL</b>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### DEVAM DURUMU

Mesai saatlerine uyumu	
Makale saatlerine katılımı	
Seminer saatlerine katılımı	
Vaka toplantısına katılımı	
CPC toplantılarına katılımı	

#### GENEL BİLGİSİ

Genel bilgisini geliştirme çabası	
Mesleki bilgisini geliştirme çabası	

Mesleğini uygulama yeteneği	
Meslek becerilerini kazanabilme becerisi	

#### GÖREVE BAĞLILIK

Görevi benimsemesi	
Görevi izlemesi ve yürütmesi	
Görev sorumluluğu	
Görev sonuçlandırılması	

#### YÖNETME

Yönetime uyması	
Yönetme yeteneği	
Diğer çalışanlarla ilişkileri ve eğitime katılma	
Ahlak ve davranış	
Varsa bilinen kötü alışkanlıkları	

#### KLİNİK ÇALIŞMALARDAKİ DURUMU

Hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iletişim kurma becerisi	
Öykü alma	
Fizik muayene	
Hasta takibi	
Güvenilirlik	
Teorik bilgisi	
Üst ve astlarına karşı tutumu	
Laboratuvar bulgularını sentez edebilme yeteneği	
Ekip çalışmasındaki uyumu	

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ EĞİTİM İZLEME  
VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÇALIŞTIĞI BİRİM: PEDIATRİ

İlgili öğretim üyesinin rotasyondaki araştırma görevlisi hakkındaki değerlendirmelerini içerecek olan bu form araştırma görevlimizin rotasyonunun bitiminde öğretim üyesince onaylanacaktır.

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİNİN;

ADI SOYADI:	
ROTASYONA BAŞLAMA TARİHİ:	
ROTASYON BİTİRME TARİHİ:	
TUTTUĞU NÖBET SAYISI:	
POLİKLİNİKTE MUAYENE ETTİĞİ HASTA SAYISI:	
SERVİSTE İZLEDİĞİ YATAN HASTA SAYISI:	
HAZIRLADIĞI SEMİNER SAYISI:	
HAZIRLADIĞI MAKALE SAYISI:	
HAZIRLADIĞI OLGU SUNUMU SAYISI:	

ROTASYONU SIRASINDA UYGULADIĞI BECERİLER

Adı	Sayı
Periferik yayma	
Mikroskopla hücre sayımı	
Retikülosit değerlendirilmesi	
Hematokrit ölçümü	
Gayta direkt mikroskopisi	
İdrar sedimenti	
Sıvı elektrolit tedavisi	
Damar yolu açılması/ intraosseos sıvı verilmesi	
Total parenteral beslenme	
Kan gazı alınması ve değerlendirilmesi	
Transfüzyon	
PPD yapılması ve değerlendirilmesi	

Direkt radyografi değerlendirilmesi	
EKG yorumu	
Parasentez	
Torasentez	
Peak-flowmetre kullanımı ve yorumu	
Kardiopulmoner resusitasyon	
Nazogastrik sonda takılması	
Gastrik lavaj	
İdrar sondası takılması	
Suprapubik aspirasyon	
Rektal tuşe	
Rektal tüp uygulanması	
Kültür alınması	
LP yapılması ve değerlendirilmesi	
Exchange transfüzyon	
Entübasyon	
Kemik iliği aspirasyonu	
APGAR değerlendirmesi	
Yenidoğanda gestasyon yaşı tayini	

#### YETERLİLİK PUANLAMASI

<b>ZAYIF</b>		<b>SINIRDA</b>		<b>ORTA</b>		<b>İYİ</b>		<b>MÜKEMMEL</b>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### DEVAM DURUMU

Mesai saatlerine uyumu	
Makale saatlerine katılımı	
Seminer saatlerine katılımı	
Vaka toplantısına katılımı	
CPC toplantılarına katılımı	

#### GENEL BİLGİSİ

Genel bilgisini geliştirme çabası	
Mesleki bilgisini geliştirme çabası	
Mesleğini uygulama yeteneği	
Meslek becerilerini kazanabilme	

becerisi	
----------	--

### GÖREVE BAĞLILIK

Görevi benimsemesi	
Görevi izlemesi ve yürütmesi	
Görev sorumluluğu	
Görev sonuçlandırılması	

### YÖNETME

Yönetime uyması	
Yönetme yeteneği	
Diğer çalışanlarla ilişkileri ve eğitime katılma	
Ahlak ve davranış	
Varsa bilinen kötü alışkanlıkları	

### KLİNİK ÇALIŞMALARDAKİ DURUMU

Hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iletişim kurma becerisi	
Öykü alma	
Fizik muayene	
Hasta takibi	
Güvenilirlik	
Teorik bilgisi	
Üst ve astlarına karşı tutumu	
Laboratuvar bulgularını sentez edebilme yeteneği	
Ekip çalışmasındaki uyumu	

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ EĞİTİM İZLEME  
VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÇALIŞTIĞI BİRİM: KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM

İlgili öğretim üyesinin rotasyondaki araştırma görevlisi hakkındaki değerlendirmelerini içerecek olan bu form araştırma görevlimizin rotasyonunun bitiminde öğretim üyesince onaylanacaktır.

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİNİN;

ADI SOYADI:	
ROTASYONA BAŞLAMA TARİHİ:	
ROTASYON BİTİRME TARİHİ:	
TUTTUĞU NÖBET SAYISI:	
POLİKLİNİKTE MUAYENE ETTİĞİ HASTA SAYISI:	
SERVİSTE İZLEDİĞİ YATAN HASTA SAYISI:	
HAZIRLADIĞI SEMİNER SAYISI:	
HAZIRLADIĞI MAKALE SAYISI:	
HAZIRLADIĞI OLGU SUNUMU SAYISI:	

ROTASYONU SIRASINDA UYGULADIĞI BECERİLER

Adı	Sayı
Bimanuel vajinal muayene	
Spekulum muayenesi	
Rektal muayene	
Servikal smear alınması	
Vajinal sürüntünün direkt mikroskopik değerlendirmesi	
Kriyoterapi	
Menapoz ve premenapozda hasta değerlendirilmesi	
RIA takılması	
RIA çıkarılması	
Norplant takılması	
Norplant çıkarılması	

Douglas ponksiyonu	
Menstrüel regülasyon	
Probe küretaj	
Mammografi değerlendirilmesi	
Gebelik testi yapılması ve değerlendirilmesi	
Prenatal takip	
Gebelik muayenesi	
ÇKS dinlenmesi	
Gebelikte aşı uygulanması	
Obstetrik ultrasonografi	
NST çekilmesi ve değerlendirilmesi	
CST çekilmesi ve değerlendirilmesi	
Bishop skorlaması	
Normal doğum yaptırma	
Makat doğum yaptırma	
Epizyotomi hazırlanması, açılması ve onarımı	
Perine laserasyonu onarılması	
Serviks laserasyonuna müdahale	
Uterus atonisine müdahale	

#### YETERLİLİK PUANLAMASI

ZAYIF		SINIRDA		ORTA		İYİ		MÜKEMMEL	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### DEVAM DURUMU

Mesai saatlerine uyumu	
Makale saatlerine katılımı	
Seminer saatlerine katılımı	
Vaka toplantısına katılımı	
CPC toplantılarına katılımı	

#### GENEL BİLGİSİ

Genel bilgisini geliştirme çabası	
Mesleki bilgisini geliştirme çabası	
Mesleğini uygulama yeteneği	
Meslek becerilerini kazanabilme	

becerisi	
----------	--

### GÖREVE BAĞLILIK

Görevi benimsemesi	
Görevi izlemesi ve yürütmesi	
Görev sorumluluğu	
Görev sonuçlandırılması	

### YÖNETME

Yönetime uyması	
Yönetme yeteneği	
Diğer çalışanlarla ilişkileri ve eğitime katılma	
Ahlak ve davranış	
Varsa bilinen kötü alışkanlıkları	

### KLİNİK ÇALIŞMALARDAKİ DURUMU

Hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iletişim kurma becerisi	
Öykü alma	
Fizik muayene	
Hasta takibi	
Güvenilirlik	
Teorik bilgisi	
Üst ve astlarına karşı tutumu	
Laboratuvar bulgularını sentez edebilme yeteneği	
Ekip çalışmasındaki uyumu	

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ EĞİTİM İZLEME  
VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÇALIŞTIĞI BİRİM: ACİL SERVİS

İlgili öğretim üyesinin rotasyondaki araştırma görevlisi hakkındaki değerlendirmelerini içerecek olan bu form araştırma görevlimizin rotasyonunun bitiminde öğretim üyesince

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİNİN;

ADI SOYADI:	
ROTASYONA BAŞLAMA TARİHİ:	
ROTASYON BİTİRME TARİHİ:	
TUTTUĞU NÖBET SAYISI:	
POLİKLİNİKTE MUAYENE ETTİĞİ HASTA SAYISI:	
SERVİSTE İZLEDİĞİ YATAN HASTA SAYISI:	
HAZIRLADIĞI SEMİNER SAYISI:	
HAZIRLADIĞI MAKALE SAYISI:	
HAZIRLADIĞI OLGU SUNUMU SAYISI:	

ROTASYONU SIRASINDA UYGULADIĞI BECERİLER

Adı	Sayı
Yara sütüre etme	
Damar içi kateter uygulama	
Cut-down açma	
Rektal tuşe yapma	
Nazogastrik sonda takma	
Gastrik lavaj yapma	
Tırnak çekme	
Lipom ve sebace kist çıkarma	
Abse açma	
Yara bakımı	
Meme muayenesi	
Biyopsi alma	

Entübeetme	
Direkt radyograflerin değerlendirilmesi	
Torasentez uygulaması	
Parasentez uygulaması	
Kültür alınması	
Kan gazı alınması	
Kan gazı sonuçlarının değerlendirilmesi	
Preop hasta hazırlama	
Postop hasta takibi	
Kardiopulmoner resusitasyon	
Travmalı hastanın stabilizasyonu	
Yanıklı hasta bakımı	
Şoktaki hastaya müdahale	
Atel uygulaması	
Total parenteral beslenme	
Sıvı elektrolit tedavisi	
Dializ kateteri takılması	
Periton dializi açılması	
Tiroid muayenesi	
Gastrointestinal kanamalı hastanın ilk müdahalesi	
Trakeostomi açılması	
Burun kanamalı hastanın ilk müdahalesi	
Anterior nazal tampon uygulaması	
Posterior nazal tampon uygulaması	
Artrosentez	
İntraartiküler ilaç uygulaması	
Üriner sonda takılması	
Kulaktan yabancı cisim çıkarılması	
Burundan yabancı cisim çıkarılması	
İndirekt laringoskopi	



## YETERLİLİK PUANLAMASI

<b>ZAYIF</b>		<b>SINIRDA</b>		<b>ORTA</b>		<b>İYİ</b>		<b>MÜKEMMEL</b>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### DEVAM DURUMU

Mesai daatlerine uyumu	
Makale saatlerine katılımı	
Seminer saatlerine katılımı	
Vaka toplantısına katılımı	
CPC toplantılarına katılımı	

### GENEL BİLGİSİ

Genel bilgisini geliştirme çabası	
Mesleki bilgisini geliştirme çabası	
Mesleğini uygulama yeteneği	
Meslek becerilerini kazanabilme becerisi	

### GÖREVE BAĞLILIK

Görevi benimsemesi	
Görevi izlemesi ve yürütmesi	
Görev sorumluluğu	
Görev sonuçlandırılması	

### YÖNETME

Yönetime uyması	
Yönetme yeteneği	
Diğer çalışanlarla ilişkileri ve eğitime katılma	
Ahlak ve davranış	
Varsa bilinen kötü alışkanlıkları	

## KLİNİK ÇALIŞMALARDAKİ DURUMU

Hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iletişim kurma becerisi	
Öykü alma	
Fizik muayene	
Hasta takibi	
Güvenilirlik	
Teorik bilgisi	
Üst ve astlarına karşı tutumu	
Laboratuvar bulgularını sentez edebilme yeteneği	
Ekip çalışmasındaki uyumu	

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ EĞİTİM İZLEME  
VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÇALIŞTIĞI BİRİM: PSİKİYATRİ

İlgili öğretim üyesinin rotasyondaki araştırma görevlisi hakkındaki değerlendirmelerini içerecek olan bu form araştırma görevlimizin rotasyonunun bitiminde öğretim üyesince

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİNİN;

ADI SOYADI:	
ROTASYONA BAŞLAMA TARİHİ:	
ROTASYON BİTİRME TARİHİ:	
TUTTUĞU NÖBET SAYISI:	
POLİKLİNİKTE MUAYENE ETTİĞİ HASTA SAYISI:	
SERVİSTE İZLEDİĞİ YATAN HASTA SAYISI:	
HAZIRLADIĞI SEMİNER SAYISI:	
HAZIRLADIĞI MAKALE SAYISI:	
HAZIRLADIĞI OLGU SUNUMU SAYISI:	

ROTASYONU SIRASINDA UYGULADIĞI BECERİLER

Adı	Sayı
Psikiyatrik muayene	
Hasta ailesiyle görüşme	
Psikiyatrik danışma	
Alkol entoksikasyonlu hastaya müdahale	
İntihar girişimli hastaya müdahale	
Depresif hastaya ilk müdahale	
Akut psikotik atakta ilk müdahale	
Psikiyatride görüşme teknikleri	
EKT uygulaması	
Katatonik hastaya müdahale	
Ajite hastaya müdahale	
Madde yoksunluk sendromlarına ilk müdahale	

Psikiyatrik tanı testleri uygulaması	
Nörolojik muayene	

#### YETERLİLİK PUANLAMASI

ZAYIF		SINIRDA		ORTA		İYİ		MÜKEMMEL	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### DEVAM DURUMU

Mesai saatlerine uyumu	
Makale saatlerine katılımı	
Seminer saatlerine katılımı	
Vaka toplantısına katılımı	
CPC toplantılarına katılımı	

#### GENEL BİLGİSİ

Genel bilgisini geliştirme çabası	
Mesleki bilgisini geliştirme çabası	
Mesleğini uygulama yeteneği	
Meslek becerilerini kazanabilme becerisi	

#### GÖREVE BAĞLILIK

Görevi benimsemesi	
Görevi izlemesi ve yürütmesi	
Görev sorumluluğu	
Görev sonuçlandırılması	

#### YÖNETME

Yönetime uyması	
Yönetme yeteneği	
Diğer çalışanlarla ilişkileri ve eğitime katılma	
Ahlak ve davranış	
Varsa bilinen kötü alışkanlıkları	

### KLİNİK ÇALIŞMALARDAKİ DURUMU

Hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iletişim kurma becerisi	
Öykü alma	
Fizik muayene	
Hasta takibi	
Güvenilirlik	
Teorik bilgisi	
Üst ve astlarına karşı tutumu	
Laboratuvar bulgularını sentez edebilme yeteneği	
Ekip çalışmasındaki uyumu	

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI**

## KAYNAKLAR

1. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 6th Edition. Philadelphia, Saunders, 2002
2. Taylor RB. Family Medicine Principles and Practice. 4th Edition. New York, Springer, 1994
3. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd Edition. Oxford University Press, Oxford 1997
4. Aile Doktorları İçin Birinci Aşama Kurs Notları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
5. Basak O. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. WONCA Europe 2002. Türkçe Çeviri Haziran 2003. TAHUD Yayınları-3, Ankara 2003.
6. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul, 2004.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr>
8. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. <http://ailehekimligi.trakya.edu.tr>
9. TAHYK. <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/yeterlilik-kurulu/surekli-mesleki-gelisim/48>

## OKUMA ÖNERİLERİ

Aktürk Z, Dağdeviren N (Çeviri Editörleri) “Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları”

Rakel RE. Textbook of Family Practice. Saunders.

Fraser RC. Clinical Method: A General Practice Approach. Butterworth-Heinemann.

McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. Oxford University Press.

EKLER  
EK-1: AİLE HEKİMLİĞİ AVRUPA TANIMLARI

# **Wonca**

**World family doctors. Caring for people.**

**EUROPE**

**AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİK  
AVRUPA TANIMI**

**WONCA EUROPE – 2002**

## AVRUPA TANIMLARI

### **Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Anahtar Özellikleri**

#### **Genel Pratisyenin Rolü**

**ve**

#### **Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Çekirdek Yeterliklerinin Tanımı.**

#### **WONCA EUROPE (Avrupa Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Birliği) için hazırlanmıştır, 2002.**

Dr. Justin Allen  
Mezuniyet Sonrası Genel  
Pratisyenlik Eğitimi  
Direktörü, Mezuniyet Sonrası  
Tıp Eğitimi Merkezi,  
Leicester Üniversitesi,  
Birleşik Krallık,  
EURACT Başkanı.

Professor Jan Heyrman  
Leuven Katolik Üniversitesi,  
Belçika.

Professor Igor Svab,  
Ljubljana Üniversitesi,  
Slovenya.

Professor Bernard Gay  
Başkan, CNGE, Paris, Fransa  
Bordo Üniversitesi, Fransa.

Dr. Paul Ram  
Maastricht Üniversitesi,  
Hollanda.

Professor Harry Crebolder  
Maastricht Üniversitesi,  
Hollanda.

Editör:  
Dr. Philip Evans  
WONCA Avrupa Başkanı.

**Bu bildirge DSÖ Avrupa Bürosu'nun (Barselona, İspanya)  
işbirliği ve desteğiyle yayınlanmıştır.**



## **TÜRKÇE'YE ÇEVİRİ**

### **Haziran 2003**

## **ÇEVİRİ EDITÖRÜ**

*Doç. Dr. Okay BAŞAK*

Türkiye adına EURACT Konsey üyesi  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD Başkanı

## **ÇEVİRİ KURULU**

- *Doç. Dr. Okay BAŞAK*
- *Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Aktürk* – EQuIP Türkiye Temsilcisi,  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
- *Yrd. Doç. Dr. Pınar Topsever* – Kocaeli Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Aile Hekimliği AD.

WONCA Europe (ESGP/FM)'nin belgenin tüm dünyada yayılması ve çoğaltılması yönündeki isteği ve açık oluruyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından yayınlanmıştır.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olanaklarıyla Başkent Üniversitesi matbaasında basılmıştır. Eylül 2003, Ankara.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
1. Giriş .....	8
2. Yeni Tanımlar ve Yeterlikler .....	10
3. Açıklayıcı notlar – yeni tanımlar .....	14
4. Açıklayıcı notlar – çekirdek yeterlikler .....	20
5. Akademik bakış ve irdeleme; yeni tanımlar .....	23
6. Akademik bakış ve irdeleme; çekirdek yeterlikler .....	46
7. Ekler .....	55
Ek 1 – Leeuwenhorst, WONCA ve Olesen tanımları	
Ek 2 – Hazırlık ve danışma süreçleri	
Ek 3 – Açıklamalar	
Ek 4 – WONCA Avrupa’ya üye ülkeler	
Ek 5 – İngilizce dilinde bazı tanım ve deyimler	

## ÇEVİRİ ÖNSÖZÜ

20. yüzyılın son çeyreği içinde özellikle Avrupa kıtasında yapılmış birçok tanım varken, 21. yüzyılın hemen başında Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin yeni bir tanımını yapma gereksinimi nereden doğmuştur? Bu sorunun yanıtını Avrupa'daki genel gelişmelerden bağımsız düşünmek olası değildir. Her alanda olduğu gibi sağlık ve tıp alanında da Avrupa ölçeğinde standardizasyon arayışları, Aile Hekimliği ve Aile Hekimi tanımlarının yeniden tartışılmasının başlıca nedenlerinden biridir.

Avrupa kıtasındaki birçok ülkede sağlık sistemleri oldukça farklılık göstermekte ve bu sistemlerin birinci basamağında adına aile hekimi / genel pratisyen denilen ve farklı görev tanımları bulunan hekimler çalışmaktadır.

Olesen ve ark.'nın çıkış noktası burasıdır: Tüm bu hekimlere aile hekimi / genel pratisyen diye adlandırmaya devam edecek miyiz? Aile hekimi, giderek artan sağlık bakımı görevlerini kişisel sürekliliği sağlayarak yerine getirmeyi sürdürebilecek midir? Sağlık sistemlerine müdahalemiz sınırlı olacağına göre, farklı uygulamaları olan tüm aile hekimi / genel pratisyenleri içine alan bir disiplin tanımı yapmalıyız. Bu da Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlık alanının uygulama ilkelerini daraltarak olasıdır. Olesen ve ark.'nın bu noktada somut olarak önerdikleri, bakımda sürekliliğin ve kişisel hekimliğin çekirdek özellik olmaktan çıkarılmasıdır.

EURACT Konseyi kendini taraf olarak görmüş ve bir çalışma grubu kurarak bu tartışmaya katılmıştır. Yaklaşık iki yıl süren bir süreç sonunda Türkçeye çevirisini yaptığımız bu belge ortaya çıkmıştır.

Bildirgenin özünü, Olesen ve ark.'nın başlattığı tartışmanın temel sorusuna verilen yanıt oluşturmaktadır: Aile hekiminin mesleksel görevleri, sağlık sisteminden ve bireylerin gereksinim ve isteklerinden doğrudan etkilenmektedir. Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde farklı görev tanımları yapılan aile hekimlerinin

bulunmasının başlıca nedeni budur. O halde disiplinin tanımına sağlık sistemlerinden etkilenmeyecek temel özelliklerini tanımlayarak başlamalıyız. Bu bizi tüm kıta, ülke ve sağlık sistemlerinin ağırlıklı olarak birinci basamağında gerçekleştirilebilecek standart bir aile hekimliği uygulamasına götürecektir. Görev tanımı bu ilkeleri izlemeli ve disiplinin ilkelerine ve yaklaşımına göre hekimlik uygulaması yapan hekimler aile hekimi olarak tanınmalıdır. Aile hekimliğinin temel ilkeleri ve aile hekiminin mesleksi görevleri, aile hekiminin edinmesi gereken temel yeterlikleri belirleyecek, bu yeterlikler de disiplinin eğitim, araştırma ve kalite geliştirme gündemini şekillendirecektir.

Burada belirleyici olan nokta, aile hekimliği uygulaması ile sağlık sistemi arasındaki ilişkinin nasıl olması gerektiğidir. Bildirgeyle verilen yanıt şudur: Biz kendimizi, yaklaşım ilkelerimizi ve ideal olanı belirleriz. İdeal aile hekimliği uygulamasının en üst düzeyde etkili olabilmesi ve birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirebilmesi için her ülke gereken düzenlemeleri yapmalı ve sağlık sistemini bunun için hazırlamalıdır. Bizi yönetenleri, politika oluşturanları bunun için zorlamalıyız.

Bugün elimizde tüm Avrupa için standart oluşturabilecek derli toplu bir belge bulunmaktadır. Bu belge ülkemizde disiplinimizin gelişimi sürecinde elimizde çok önemli bir silah olacaktır.

Avrupa'daki tartışma bitmiş midir? Görünen o ki bitmemiştir. Belgenin hazırlanması sürecinde önemli bir yer tutan 2001 Barselona Konferansında (Core Content Conference) yapılan grup çalışmalarındaki tartışmalardan anladığım kadarıyla Olesen ve ark. savlarını sürdürmektedirler: Aile hekimine yüklenen mesleksi görevler onun kişisel yaşamını oldukça zorlamaktadır. Bugün için bir çözüm bulunmuş gibi görünebilir, sorun dondurulabilir, ancak yakın gelecekte aile hekimliğinin temel özelliklerinden biri olarak kişisel hekimliği ve sürekli bakımı yeniden tartışır hale geleceğiz.

Bekleyip göreceğiz. Gerçekte ülkemiz için kişiselliği ve sürekliliği sürdürme bir yana aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilere kişiselleşmiş ve sürekli bakım sunmalarını sağlama görevi duruyor önümüzde.

Son olarak çeviri ile ilgili birkaç söz. Belgenin çevirisinde oldukça titiz davranmaya çalıştık. Her bir bölüm en az iki çevirmen tarafından ayrı ayrı çevrildi. Tüm metin tarafımdan gözden geçirilerek ilk taslak çeviri oluşturuldu. Bu taslak diğer çevirmenler tarafından yeniden irdelendi. Tarafımdan yapılan son değerlendirmeye çeviri metnine son şekil verildi.

Çeviride Türkçe metin akışının uygunluğundan önce özgün metne anlam uygunluğunu ön planda tuttuk. Belgenin hemen tamamında özgün İngilizce metnin diline olabildiğince bağlı kalmaya çalıştık. Belgede de vurgulandığı gibi ayrı ayrı belirtilen ‘aile hekimliği’ ve ‘genel pratisyenlik’ kavramları aynı ‘aile hekimliği / genel pratisyenlik disiplini, yine ayrı ayrı belirtilen ‘aile hekimi’ ve ‘genel pratisyen’ sözcükleri aynı ‘aile hekimi / genel pratisyen’ kavramını tanımlamaktadır. Türkçe cümle kurgusunun akışına göre bazı yerlerde sözcükler birbiri lehine yer değiştirmiş, yine ‘general practice’in ortam anlamı ağır bastığı birkaç yerde yerine ‘birinci basamak’ deyimini kullanılmıştır.

Kısaltmalar metin içinde açıklanmıştır. Belgede adı geçen ya da belgenin hazırlanmasına destek veren ilgili örgütlerin uzun adları EK 3’te verilmiştir.

Ülkemizde Aile Hekimliğini geliştirme sürecinde hepimize ve tüm birinci basamak hekimlerine yararlı olması dileğiyle belgenin Türkçe çevirisini sunuyoruz.

Doç. Dr. Okay BAŞAK  
Haziran 2003

# 1. GİRİŞ

Bu uzlaşı bildirgesi hem aile hekimliği / genel pratisyenlik disiplinini ve mesleki görevleri hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamaktadır. Bildirge akademik disiplinin temel unsurlarını betimlemekte ve yüksek nitelikte ve maliyet-etkili bir hasta bakımı için Avrupa'daki aile hekimlerinin sunmaları gereken hizmet biçimleri üzerine yetkin ve güvenilir bir görüş sağlamaktadır. Bu metinde yer alan tanımlardan hareketle, aile hekimliğinin 21. yüzyılda insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak eğitim, araştırma ve kalite güvencesi sağlama gündemleri geliştirilebilir.

Tüm Avrupa'da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde ve aile hekimliği uygulamalarında önemli farklılıklar vardır. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve Birlik'e girmek isteyenler için tıp eğitimi, esas olarak doktorların serbest dolaşımını sağlamayı amaçlayan AB 93/16 Direktifi'ne göre düzenlenmektedir. Ne yazık ki mezuniyet sonrası eğitimin içeriği ve niteliği Direktif'te yeterince vurgulanmamaktadır. Dolayısıyla hastaların korunması amacıyla aile hekimlerinin herhangi bir üye ülkede hekimlik uygulaması yapmak için gerekli becerileri kazanmalarını sağlayacak bir eğitim almalarının gereği açıktır ve önemlidir.

Bu bildirge Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Topluluğu) adına hazırlanmıştır.

WONCA Avrupa, tüm kıtada Aile Hekimliği disiplini için akademik ve bilimsel liderlik ve temsil sağlamaktadır.

WONCA Avrupa'yı 30 Avrupa ülkesinin ulusal Aile Hekimliği akademik örgütleri ve doğrudan üye aile hekimleri oluşturmaktadır.

Başlıca görevi, tek tek hastaların ve toplumların çıkarına yüksek standartlarda eğitim, araştırma ve klinik uygulama sağlamak ve sürdürmek üzere disiplini desteklemek ve geliştirmektir.

Ulusal sağlık sistemleri reformu, dünyanın başka yerlerinde olduğu gibi Avrupa'da da ortak bir özelliktir. Demografik değişiklikler, tıptaki gelişmeler, sağlık ekonomisi ve hastaların gereksinimleri ve beklentileri dikkate alınarak, sağlık hizmeti vermenin ve sunmanın yeni yolları aranmaktadır. Uluslararası kanıtlar<sup>1</sup>, toplum içinde uygulama yapan iyi eğitilmiş genel tıp hekimlerinin (Aile Hekimleri) alıştığı etkin bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak yönelimi zayıf olanlardan hem daha maliyet-etkili hem de klinik olarak daha etkili sağlık bakımı sağladığını göstermektedir.

Aile Hekimlerinin sağlık sistemleri içindeki temel ve karmaşık rolünün, tıp mesleği içinde fakat aynı zamanda tıpla bağlaşık diğer meslekler, sağlık hizmeti planlayıcıları, ekonomistler, politikacılar ve halk tarafından da tam olarak anlaşılması yaşamsaldır. Avrupa'da Aile Hekimliği'ne verilen sorumluluk ve yetkideki artış, sağlık sistemlerinin potansiyellerini hastaların yararına kullanabilmelerini gerektirmektedir. Aile Hekimliğine verilen yetki ve sorumluluklar, yalnızca insan kaynaklarıyla ve alt yapıyla ilişkili değil fakat eğitim, araştırma ve kalite güvencesi sağlama bakımından da söz konusu edilen yatırımdır.

Bu yeni tanımlar ve çekirdek yeterlikler bildirgesi, aile hekimliğinin hem ulusal hem de tüm Avrupa düzeyinde sağlık sistemleri içindeki temel rolüne ilişkin tartışmayı bilgilendirmek ve ona katkıda bulunmak amacıyla yayınlanmaktadır.

## **KAYNAK**

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

## 2. AVRUPA TANIMLARI 2002

### AİLE HEKİMLİĞİ/GENEL PRATİSYENLİK DİSİPLİNİ VE UZMANLIĞI

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.

#### **i. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri:**

- a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.



- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

## ii. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı

Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

### iii. Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşır.

§1. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak):

1. Birinci basamak yönetimi (a, b)
2. Kişi merkezli bakım (c, d, e)
3. Özgün problem çözme becerileri (f, g)
4. Kapsamlı yaklaşım (h, i)
5. Toplum yönelimli olma (j)
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme (k)

§2. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

- a. Klinik görevler,
- b. Hastalarla iletişim ve
- c. Uygulama merkezinin yönetimi.

§3. Kişi merkezli bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- a. Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b. Tutumla ilgili: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

Temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki içiçe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

### 3. AÇIKLAYICI NOTLAR – YENİ TANIMLAR

#### **Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplini ve Uzmanlığı**

Hem Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin hem de uzman aile hekiminin rolünün tanımlanmasına gereksinim vardır. Birincisi, disiplinin olduğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. İkincisinin gerekliliği ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi nedeniyle.

#### **1. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin özellikleri**

*a) Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.*

“Normal olarak” deyimini, majör travma gibi bazı durumlarda ilk temas noktası olmayabileceğini belirtmek için kullanılmaktadır. Bununla birlikte aile hekimliği başka birçok durumda ilk temas noktası olmalıdır. Kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalı ve aile hekimleri genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek tüm hastalarla ve onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Genel pratisyenlik temel ve birinci kaynaktır. Hastaların istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş oldukça geniş etkinliklerde bulunur. Bu bakış açısı disiplinin birçok yönünün belirginleşmesine yol açar ve bunların birey ve toplum sorunlarının yönetiminde kullanılması için fırsatlar yaratır.

*b) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.*

Bu eşgüdüm sağlama rolü, nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar özelliklerinden biri olan ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) oluşturur. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve tedavi düzenlemeleri, eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Genel pratisyenlik ancak yapısal koşullar izin verirse bu çok önemli görevi yerine getirebilir. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturma hizmetin niteliğini artırır. Diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek aile hekimliği, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Savunmanlık yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, disiplinin temel görevidir.

*c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.*

Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir.

*d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.*

Hasta ve aile hekimi arasında kurulan her temas, yavaş yavaş gelişen bir öyküye katkıda bulunur ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulur. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanır ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşır.

*e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.*

Genel pratisyenlik yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) kadar sürmelidir. Aile hekimliği hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Hastanın tıbbi dosyası bu sürekliliğin açık kanıtıdır. Bu dosya, hasta görüşmelerinin nesnel belleği olmakla birlikte hasta ve hekimin ortak öyküsünün yalnızca bir parçasıdır. Aile hekimleri, yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok rahatsızlık epizodunda hastalarına sağlık hizmeti sunar. Onlar ayrıca, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel olarak yapamadığı durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten sorumludurlar.

*f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.*

Problemler, toplum ortamında çalışan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir. Klinik bir

belirtinin ya da tanısal bir testin olumlu ya da olumsuz kestirim değeri, hastane ortamı ile kıyaslandığında aile hekimliğinde farklı bir ağırlığa sahiptir. Aile hekimleri sıklıkla, ilk kez saptanan bir rahatsızlıkla ilişkili anksiyetesi olan kişilere böyle bir rahatsızlığın olmadığı yönünde güven vermek zorundadırlar.

*g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.*

Aile hekimliği bir hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Kişinin yalnızca o günkü rahatsızlığının yönetimiyle kendini sınırlayamaz ve doktor sıklıkla çok sayıda sorunu yönetmek zorunda kalır. Hasta çoğunlukla yaşla birlikte artan sayıda çeşitli yakınmalar için doktora başvurur. Çeşitli isteklere aynı anda verilen yanıt, sorunların hem hastanın hem de doktorun öncelikleri dikkate alınarak hiyerarşik bir sırayla yönetilmesini zorunlu kılar.

*h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.*

Hasta sıklıkla semptomların henüz başlangıcında başvurur ve bu erken evrede tanı koymak güçtür. Bu tarz başvurunun anlamı, hasta için önemli kararların sınırlı bilgiler temelinde alınmak zorunda kalınması ve klinik bakı ve testlerin kestirim değerinin daha az kesin olmasıdır. Belli bir hastalığın belirtileri genelde çok iyi biliniyor olsa bile bu, sıklıkla özgül olmayan ve birçok hastalıkta benzer bir şekilde görülebilen erken belirtiler için geçerli değildir. Bu koşullar altında risk yönetimi disiplinin anahtar özelliğidir. Hemen ortaya çıkabilecek ciddi bir gelişme dışlandığında, ileri gelişmeleri bekleme ve daha sonra yeniden gözden geçirme kararı yerinde olabilir. Tek bir görüşmenin sonucu, sıklıkla bir ya da birkaç semptom düzeyinde kalabilir,

bazen bir hastalık düşünmeye ve seyrek olarak da tam bir tanıya kadar gidebilir.

*i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.*

Girişimler uygun ve etkili olmalı, ve olabilen her durumda sağlam kanıtlara dayandırılmalıdır. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarara neden olabilir ve değerli sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar.

*j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.*

Disiplin, sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul eder. Bu zaman zaman bir gerginlik yaratır ve uygun bir şekilde yönetilmesi gereken çıkar çatışmalarına yol açabilir.

*k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.*

Disiplin tüm bu boyutları aynı anda tanımak ve her birine gereken önemi vermek zorundadır. Bunların çoğu rahatsızlık davranışını ve hastalık kalıplarını değiştirir ve çoğu mutsuzluğun nedeni hasta için sorunun temelindeki nedeni dikkate almayan girişimlerdir.

## **2. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Uzmanlığı**

*Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aileleri, toplumları ve kültürleri ortamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca*



*topluma karşı da mesleksel sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleksel görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendisi tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki denge ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.*

Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Bu tanım tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplini, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir. Sıklıkla kendi başlarına çalışan aile hekimleri için özellikle güç olabilen, hekimin var olan becerilerini sürdürme sorumluluğu, tüm meslek için ortak bir sorumluluk örneğidir.

## 4. AÇIKLAYICI NOTLAR – TEMEL YETERLİKLER

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır.

Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşır. Bunlar, disiplinle (§1), uzmanlığın uygulanmasıyla (§2) ve bazı temel özelliklerle (§3) ilişkili olarak üç paragrafta toplanabilir.

**§1. Disiplini tanımlayan onbir temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken onbir yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak):**

### 1. Birinci basamak yönetimi

- a) hastalarla ilk teması yönetebilme,
- b) gerektiğinde hastanın savunmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

### 2. Kişi merkezli bakım

- c) hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- d) aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- e) bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen (longitüdünel) sürekliliğini sağlama.

### 3. Özgün problem çözme becerileri

- f) rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,

- g) erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

#### **4. Kapsamlı yaklaşım**

- h) bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,  
i) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

#### **5. Toplum yönelimli olma**

- j) birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

#### **6. Bütüncül yaklaşım-modelleme**

- k) kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

Temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki içiçe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

#### **§2. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:**

- a) klinik görevler  
b) hastalarla iletişim ve  
c) uygulama merkezinin yönetimi.

**§3. Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:**

- a) Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kùltùrleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b) Tutumla ilgili: Doktorun mesleksenel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c) Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gøsterme ve sùrekli øęrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sùrdürme.

Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, çekirdek yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

## 5. AKADEMİK AÇIDAN GÖZDEN GEÇİRME VE İRDELEME: YENİ TANIMLAR

### Giriş

Leeuwenhorst grubu 1974 yılında “Avrupa’da Genel Pratisyen” başlıklı bildirgesini hazırladı<sup>1</sup>. O dönemde Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği bir disiplin olarak, özellikle eğitim ve araştırma temeli bakımından gelişiminin henüz başlangıç aşamasındaydı. Aradan geçen neredeyse 30 yıl içinde dünya değişti ve bu değişiklik hiçbir yerde sağlık hizmeti sunumunda olduğundan daha belirgin olmamıştır. Genel Pratisyenlik / Aile hekimliği bugün Avrupa’da tüm sağlık sistemlerinde iyice yerleşmiş durumdadır ve öneminin giderek arttığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından kabul edilmektedir. Bu durum, DSÖ Avrupa Bürosu’nun 1998 yılında yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır<sup>2</sup> ve Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği, eski Sovyet bloğundaki birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak sunulmaktadır.

Son 30 yılda toplum değişmiş, sağlık bakımında ve sağlık hizmeti sunumunda belirleyici bir etken olarak hastanın rolü giderek artmıştır. Klinisyenin görüşü artık kutsal olarak görülmemekte ve sağlık hizmeti kullanıcıları ile sunucuları arasında yeni bir diyalog gelişmektedir. Geleceğin aile hekiminin yalnızca bu değişikliğin farkında olması yeterli değildir; böylesi bir ortamda başarılı olması da gerekmektedir. Hizmet sunduğu sağlık sistemleri değiştikçe Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin gelişmeye devam etmesi ve hastaların sağlık gereksinimlerine yanıt vermesi önemlidir. Aile hekimleri kendi sağlık sistemlerinin sürekli gelişimiyle ilgilenmek ve bu yeni gelişmelere ayak uydurabilmek için birey olarak değişebilmek zorundadırlar.

RCGP İlkbahar Toplantısı’nda (2001) yaptığı son sunumunda Van Weel<sup>3</sup>, bilgi, uzmanlık ve deneyimin

aktarılabilmesi, genel pratisyenliğin özgül niteliklerini açıklayan tekniklerin ve yöntembilimin (metodoloji) geliştirilmesi ve genel pratisyenlik hizmetinin etkinliğinin araştırılması için akademik gelişmeye olan gereksinimi vurgulamıştır. Van Weel ayrıca, aile hekimliğinin temelinde yatan değerlerin önemi ve ortak bir eğitim, öğretim ve araştırma kültürüne olan gereksinim üzerinde de durmuştur. Dolayısıyla aile hekiminin rolüne ilişkin tanımların yeniden ele alınmasının ve Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temel özelliklerinin açık bir şekilde tanımlanmasının zamanıdır.

Avrupa Birliği ülkeleri ve Birliğe girmek isteyen ülkeler için başka bir zorunluluk daha vardır. AB 93/16 Direktifi<sup>4</sup>, doktorların serbest dolaşımını artırmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla hastaların korunması için, aile hekimlerinin herhangi bir üye devlette uygulama yapmak için gerekli becerileri kazanmalarını sağlayacak bir eğitim almaları gereği açıktır; çünkü aldıkları diploma onlara herhangi bir ileri eğitim almaksızın AB'nin herhangi bir yerinde hekimlik uygulaması yapma hakkını kazandırmaktadır. Bu durum, disiplinin temel özelliklerini ve aile hekimlerinin yapması gereken görevleri tanımlayan bir uzlaşma görüşünün önemini göstermektedir.

93/16 Direktifi yalnızca, en az altı ayı birinci basamak aile hekimliği ortamında olmak üzere en az 2 yıllık bir eğitim dönemini tanımlamaktadır. Bu süre bazı ülkelerde 3 ya da daha fazla yıla uzatılmış durumdadır. Genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi ile ilgili 1994 yılı UEMO Uzlaşma belgesinde<sup>5</sup>, eğitim süresinin uygulama ve kuramsal bölümleriyle en az 3 yıla uzatılması ve klinik eğitimi süresinin en az % 50'sinin birinci basamak aile hekimliği ortamında geçirilmesi gerektiği öne sürüldü. Tıp Eğitimi Danışma Komitesi (ACMT)<sup>6</sup> UEMO'nun görüşlerini benimsedi ve Avrupa Komisyonu'na Direktif'i uygun şekilde düzeltmesini – 3 yıllık bir eğitim süresinin belirlenmesini, bu sürenin yarısının uygulamada geçmesini, genel pratisyenlerin genel pratisyenlik eğitiminin her aşamasında yer almasını ve

sorumluluk üstlenmesini – tavsiye etti. Ancak ne yazık ki, bu tavsiye Avrupa Birliği tarafından henüz kabul edilmiş değildir.

Tıbbi direktifin Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği ile ilgili 4. Başlığında değişiklik oluşturulmasıyla ilgili sorunlar ve aile hekimliğinin tıp fakültelerinin müfredatındaki yerinin geliştirilmesi gereksinimi, disiplinin “Aile Hekimliği Uzmanlığı”nın tüm diğer tıp uzmanlıklarını kapsayan 3. Başlıkta yer almasıyla daha da gelişebileceği önerisine yol açmıştır. Bu konuyu araştırmak bu yazının kapsamında değildir; buradaki amaç, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temelindeki ilkeleri irdelemektir.

## **ROL, DİSİPLİN VE SAĞLIK SİSTEMİ**

Yeni bir tanım oluşturmanın çeşitli yolları vardır. Leeuwenhorst grubu ve son zamanlarda Olesen ve ark.<sup>7</sup> tarafından kullanılan yöntem, aile hekiminin yapmak zorunda olduğu görevleri tanımlayarak disiplinin parametrelerini belirlemektir. Alternatif bir yaklaşım ise, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temel ilkelerini tanımlamaya çalışmaktır. Bu yaklaşım, Avrupa WONCA'nın 1995 yılında Strazburg'ta yapılan kuruluş toplantısındaki bir sunumda Gay tarafından benimsenmiş<sup>8</sup> ve ayrıca DSÖ Avrupa Bürosu tarafından geliştirilen çerçeve belgede de kullanılmıştır.

Gay, ilkelerle görevler arasında bir ilişki bulunduğunu ve hem hastaların hem de sağlık sisteminin görevler üzerinde bazı etkilerinin olduğunu öne sürmüştür. Buradan hareketle bu ilişkinin genel pratisyenlik eğitiminin içeriğini belirleyecek yeterliklerin tanımlanmasına yol açması gerekir. Bu etkileşim Şekil 1'de yansıtılmıştır.

Bu yaklaşım, disiplinin temel ilkeleriyle aile hekimlerinin yapmak zorunda olduğu görevler arasındaki dinamik ilişkiyi göstermektedir. Görevler önemli ölçüde, GP'lerin içinde çalıştığı

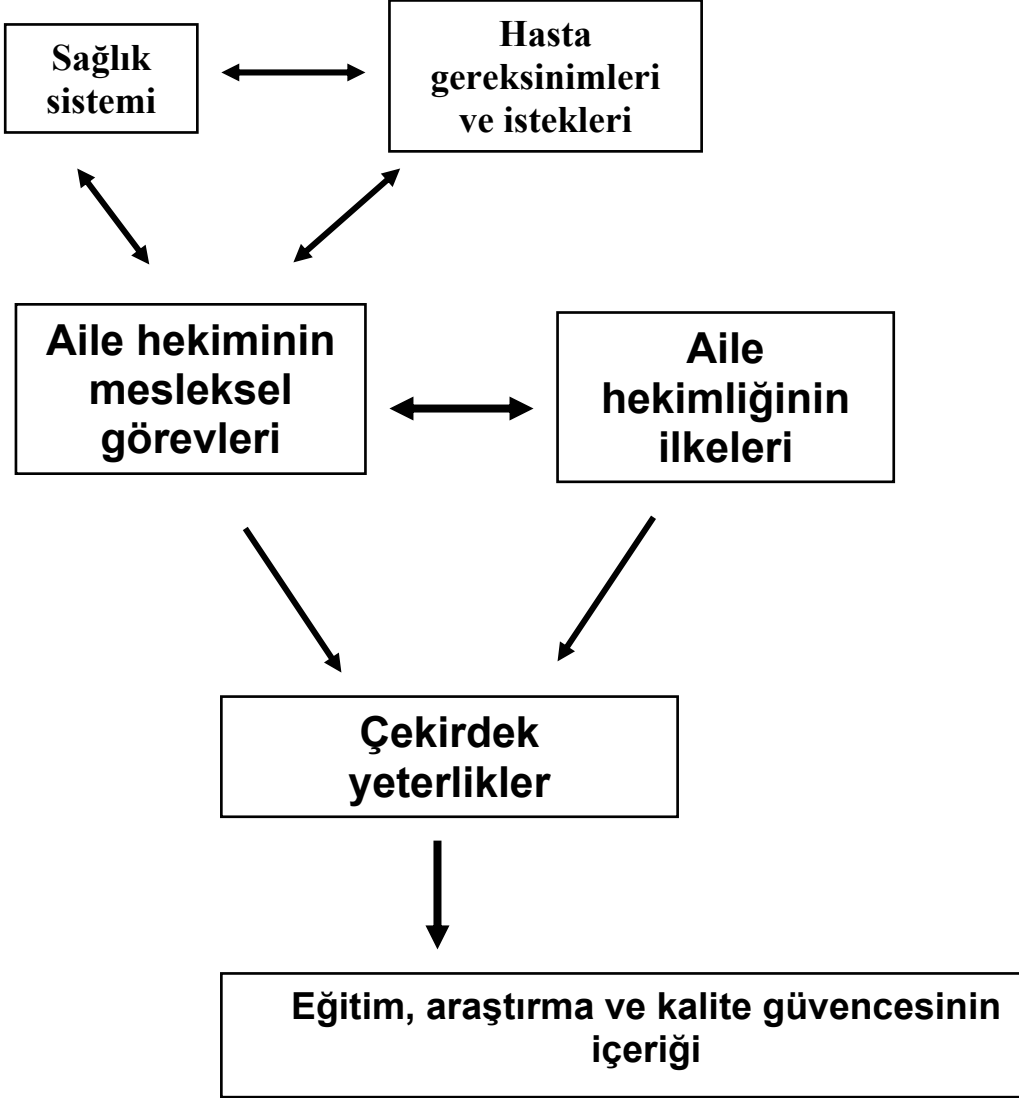
sağlık sistemi ve hastaların değişen istek ve gereksinimleri tarafından belirlenmektedir.

DSÖ Avrupa Bürosu tarafından tanımlanan özellikler de genel pratisyenliğin sağlık sistemi içindeki hedefleri olarak görülebilir. Bu kavramlar aile hekimliğinin sağlık sistemi içinde etkili olma kaygısını belirtmektedir ve eğer aile hekiminin üstleneceği görevlerin az ya da çok sağlık sistemi tarafından belirlendiği kabul edilirse, yeni bir tanım aile hekiminin çalıştığı ortamı hesaba katmak ve hastaların değişen gereksinimlerini ve sağlık hizmeti sunumundaki gelişmeleri yansıtmak zorundadır.

Bu yaklaşımlar karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir ve yeni tanımlar disiplinin temel ilkelerini, aile hekiminin sağlık sistemi içindeki temel görevlerini ve sağlık sisteminin aile hekimliği uygulaması üzerindeki etkisini dikkate almak durumundadır.



**Şekil 1**



Gay'in önerdiği Aile Hekimliği ilkeleri şunlardır:

1. Hasta merkezli yaklaşım
2. Aile ve toplum bağlamını esas alma
3. Hasta gereksinimleri ve istekleriyle belirlenen etkinlikler
4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
5. Ciddi hastalıkların düşük insidanda görülmesi
6. Hastalıkların erken evrelerde görülmesi
7. Çok sayıda yakınmanın ve patolojinin aynı anda yönetimi
8. Sürekli yönetim
9. Bakımın koordinasyonunu sağlama
10. Verimlilik

Bu ilkeler, DSÖ Çerçeve Bildirgesinde tanımlanan Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği özelliklerine birçok bakımdan benzerdir:

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| A. Genel     | E. İşbirliğine dayalı |
| B. Sürekli   | F. Aile yönelimli     |
| C. Kapsayıcı | G. Toplum yönelimli   |
| D. Koordine  |                       |

DSÖ Bildirgesi bu yedi özelliğin ne anlama geldiğini de açıklamaktadır.

Genel:

- tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme
- yaş, cinsiyet, sınıf, ırk, din ya da herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay bir giriş sağlama

Sürekli:

- kişi merkezli yaklaşma
- tek bir rahatsızlık epizoduyla sınırlanmamış, önemli bir zaman dilimi boyunca süren sağlık hizmeti sunma

Kapsayıcı:

- sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı
- fiziksel, ruhsal ve sosyal bakış açısını
- hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan entegre sağlık hizmeti sunma

Koordine:

- ilk temas noktasındaki bakımı yönetme
- uzman hizmetlerine sevk etme
- varolan hizmetler konusunda hastaları bilgilendirme
- sağlık bakımını koordine etme ve yönetme

İşbirliğine dayalı:

- multidisipliner ekiplerde çalışma
- uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşırma
- öncülük yapma

Aile yönelimli bakım:

Sorunları,

- aile ortamın
- sosyal ve kültürel ilişkiler
- iş ve ev koşulları bağlamında ifade etme

Toplum yönelimli olma:

Aile hekimlerinin her bir sorunu

- toplumun sağlık gereksinimleri ve
- diğer meslekler ve kamu kuruluşları bağlamında ele alması gerektiğini belirtir.

WONCA, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Sağlık Sistemlerindeki Rolü üzerine 1991 yılında yayınladığı bildirgesinde<sup>9</sup>, genel pratisyen rolünü tanımlamış ve bu rolü Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliğinin yükümlülükleri ve sorumlulukları olarak gördüğü özellikleriyle ilişkilendirmiştir.

WONCA 1991 Bildirgesi aşağıdakileri içermektedir:

- Kapsayıcı bakım
- Hastaya yönelim
- Aileye odaklanma
- Hekim/hasta ilişkisi
- Diğer hizmetlerle eşgüdüm sağlama
- Savunmanlık
- Ulaşılabilirlik ve kaynak yönetimi

DSÖ'nün tanımladığı özellikler, WONCA belgesindeki "açıklamalar" ve Gay tarafından tanımlanan ilkeler arasında büyük örtüşmeler vardır. Bu örtüşmeler, aşağıdaki çizelgede olduğu gibi çapraz-haritalama yapılarak gösterilebilir:

<b>DSÖ 1998</b>	<b>WONCA 1991</b>	<b>Gay tarafından tanımlanan “ilkeler”</b>
Genel	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Sürekli*	Hastaya yönelim	1. Hasta merkezli yaklaşım 8. Sürekli yönetim
Kapsayıcı	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Koordine	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordineli bakım
İşbirliğine dayalı	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordineli bakım
Aile yönelimli	Aileye odaklanma	2. Aileye ve topluma yönelim
Toplum yönelimli	Toplum için yükümlülük üstlenme	2. Aileye ve topluma yönelim

\* DSÖ belgesinde dilin kullanımındaki karışıklık, bazı güçlülere neden olabilir. Karışıklık “sürekli” (continuous) ve “süren” (continuing) sözcükleri arasındadır ve DSÖ belgesinin yaklaşımında “süren” sözcüğü daha uygundur.

Sürekli – ara vermeksizin, kesintisiz anlamındadır; bir hapishane etrafındaki çevre duvarı gibi.

Süren – bir süreç ya da etkinliğin sürdürüleceği anlamını taşır; devam ettirilmiş; aralıksız olmayan fakat “süregiden” bir gelecek için.

Bu en iyi, tıp eğitimi ile ilişkili olarak kullanıldığında gösterilebilir. Sürekli tıp eğitimi asla başka bir şey yapılmadığı – fakat sabah, öğle ve akşam tıp eğitimi alınmakta olduğu anlamına gelir. Diğer yandan süren tıp eğitimi ise, aralıklı ya da epizodik olabilen, fakat süresiz olarak devam edecek bir süreci tanımlar. Dolayısıyla aile hekiminin zaman içindeki sürekli bakımı en iyi süregiden sözcüğü ile tanımlanır.

(Türkçede bu sözcüklerin karşılığını tam olarak bulmak ve anlamlandırmak biraz zor gibi görünüyor. “Continuous” karşılığı olarak kesintisiz, “continuing” karşılığı olarak da süregiden ya da sürdürülen sözcükleri kullanılabilir. Ya da “sürekli bakım” ve “sürekli tıp eğitimi” deyimlerini kullanmayı sürdürebilir ve buradaki sürekli sözcüğüne süregiden anlamı yükleyebiliriz. – Çeviri editörü)

Bununla birlikte bazı ilginç farklılıklar da vardır. DSÖ ve WONCA tarafından tanımlanan maddeler, özgül bir süreçte gerçekleştirilen tıbbi bir etkinlik olarak disiplinle değil, sağlık sistemi içindeki mesleksi etkinliklerle ilgilenmektedir. Aslında aşağıdaki üç madde disiplinle ilgilidir ve gerçekte DSÖ ya da WONCA özelliklerine entegre edilmiş değildir.

Gay’in sunumunda yer alan “ciddi hastalıkların düşük prevalansı”, “hastalıkların erken evrelerde görülmesi” ve “çok sayıda yakınma ve patolojinin aynı anda yönetimi”, WONCA makalesindeki “kapsayıcı bakımın” bir parçasıdır ancak DSÖ’nün tanımladığı özellikler arasında bulunmaz. Bu üç özellik genel pratisyenliğin önemli bir yönünü oluşturur – (patoloji ya da organ temelli olmanın tersine) insana dayalı bir disiplin olduğunu, (ikinci basamak bakımın normal olmayanla ilgilenmesinin tersine) normal olanla ilgilendiğini, ancak aile hekimlerinin ciddi rahatsızlıklarla henüz erken ve ayrımlaşmamış bir evrede karşılaşacağını ve onları yönetmek zorunda kalacağını gösterir. WONCA bildirgesi ayrıca rahatsızlıkların insidansının ve sunulan belirtilerin, birinci basamakta genellikle eğitimin

yapıldığı hastanelerde görülenden çok farklı olduğuna işaret etmektedir.

DSÖ Çerçeve Bildirgesi, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliğinin temel taşı olarak görülmesi gereken hastayla aile hekimi arasındaki birebir görüşmeyi derinliğine araştırmada yetersiz kalmaktadır. Gay kuramsal bir genel pratisyenlik modeli önermiştir: Açık görüşlü ve hastalığı organik, insan ve çevre etkenlerinin bir sonucu olarak gören GLOBAL MODEL. Sağlığı karmaşık bir bütün olarak ele alan bu kavram, Engel'in biyopsikososyal modeline benzer: "Bütüncül" (holistik) model.

Hastayla görüşme, hastaların sorunlarını hem biyomedikal hem de insancıl bakımdan, yani fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ifade etme gereksinimini de tanımlayan WONCA bildirgesinde yer almaktadır. Hastaya bu yaklaşımın kökenleri Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji'nin (RCGP) bir çalışma grubunun raporunda yer almaktadır<sup>10</sup> ve disiplinin düşünme tarzına o kadar yerleşmiştir ki sanki tüm hekimlerde doğal olarak varmış gibi görülme tehlikesi taşımaktadır.

Verimlilik, Gay tarafından ifade edilmiş fakat DSÖ Çerçeve belgesinde özgül olarak belirtilmemiş bir başka özelliktir. Bu olasılıkla, iyi gelişmiş aile sağlığı sistemlerinde temel bir özellik olarak kabul edilen maliyet etkinliği ifade etmektedir. WONCA bildirgesi, aile hekiminin sağlık sistemlerinde kaynak yönetiminde rolü olduğunu ileri sürerek bu düşüncüyü daha da geliştirmektedir.

WONCA bildirgesi biraz ayrıntılı bir şekilde incelenecek olursa, daha önce belirtilen disiplin ilkeleriyle çeşitli rol tanımlamaları arasındaki yakın ilişki görülebilir (Bak. Ek 1). İlk Leeuwenhorst tanımı, diğerlerine göre yaygın olarak kabul edilme ve zaman sınavından geçmiş olma üstünlüğüne sahip gibi görünmektedir. Bu tanım, genel pratisyenliğin sınırlı araştırma ve eğitim temeliyle çok yeni bir disiplin olduğu ve genellikle tıp mesleğinin tüm diğer alanlarda yeterli kazanılmadığı durumlarda uygulanmak zorunda kalınan dalı olarak görüldüğü

bir dönemde yapıldı. 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji'nin bir çalışma grubu tarafından geliştirilen iş tanımı<sup>10</sup>, en azından kısmen, Leeuwenhorst tanımına temel sağlamış ve onu etkilemişti; iş tanımı WONCA tanımını da etkilemiş gibi görünmektedir. Leeuwenhorst tanımı, DSÖ Çerçeve bildirgesinde daha sonra tanımlanan özelliklerin birçoğunu içermekte fakat bunları genel pratisyenliğin günlük çalışma ortamında ele almaktadır. Bununla birlikte kendi başına tek bir tanım olarak kalması için yeterli değildir; kapsayıcı değildir – örneğin iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakım özgül olarak belirtilmemiştir.

Olesen ve ark., ilk Leeuwenhorst tanımının zamanını doldurduğunu ve artık günümüzde aile hekimliği gerçeğini yansıtmadığını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte, Olesen ve ark. tarafından ifade edilen hoşnutsuzluğun nedeni çoklukla, kendini aile hekimi olarak gören birçok hekimin disiplinin özelliklerinin tümünü uygulamanın olası olmadığı sağlık sistemlerinde çalışıyor olması gibi görünmektedir. Böylece onlar, disiplinin genellikle aile hekiminin çalışmasında temel önemi olduğu düşünülen bazı özelliklerinden, özellikle disiplinin toplum yönelimi ve bakımın zaman içindeki sürekliliği kavramından vazgeçmektedirler. Görüşlerini desteklemek amacıyla da aile hekimlerinin acil bölümlerinde çalışması gibi örnekleri kanıt olarak göstermektedirler.

Leeuwenhorst'u izleyen iki tanım, WONCA 1991 ve Olesen 2000 tanımları, kökenlerini hala büyük ölçüde Leeuwenhorst tanımından alıyor gibidir. WONCA 1991 bildirgesinin tanımı, farklı sağlık sistemlerine çok daha uygun gibi görünmekte ve disiplinin daha önce belirtilmiş tanımlayıcı özelliklerini bütünleştirmektedir. Klinik karar verme bölümünde WONCA bildirgesi, erken dönemde sunulan ayrılaşmamış klinik problemleri, standart biyomedikal tanımlara uymayan çok sayıda sorunu, ikinci basamak ortamıyla karşılaştırıldığında genel



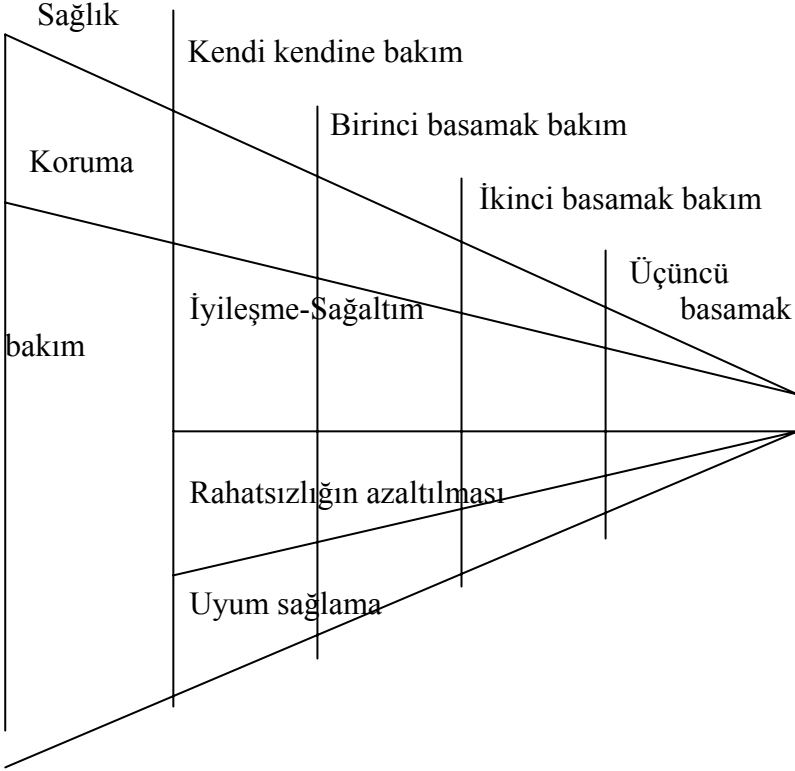
pratisyenlik ortamında (birinci basamakta) farklı prevalansta görülen hastalık ve rahatsızlıkları ifade etmektedir.

Şekil 2’de gösterilen sağlık bakımı modeli, sağlık sistemleri için günümüzde genellikle kabul edilen modeldir<sup>11</sup>. Eğer giriş bölümünde yapılan birinci basamak tanımını – “sağlık sistemi içinde genellikle hastanın yaşadığı toplulukta bir sağlık çalışanıyla ilk temasın gerçekleştiği ortam – kullanırsak, aile hekiminin çalıştığı ortam düşüncesine geliriz. Kendi kendine, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakımının birbirleriyle olan kesişme yüzeyleri ve her birinde değişik sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkileşimler, dikkate alınması gereken önemli konulardır.

Avrupa’da aile hekimlerinin ilgilendiği hasta nüfusunun farklılıklar gösterdiği birçok birinci basamak sağlık hizmeti sunum modeli ve farklı sağlık sistemlerinin birinci basamağında çalışan giderek artan sayıda farklı sağlık çalışanı vardır. Bu aile hekimlerinin çalıştığı ortamlar çok farklıdır, fakat yine de disiplinin temel ilkelerinin uygulanması gerekir. Açıktır ki bazı sağlık sistemleri iyi aile hekimliği uygulaması için çok uygun olmayabilir; bu gibi sistemler değişikliğe kolay uyum sağlayamamakla birlikte, biz en iyi sağlık çıktıları ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sağlaması olası ideal sağlık sistemi modelini öne sürmekten korkmamalıyız. İdeal olan, yüksek nitelikli Aile Hekimliği uygulamasına dayalı modeldir. Bu anlayış, DSÖ Çerçeve belgesinin temel itici güçlerinden biriydi.

Görev, aile hekiminin – genel klinisyenin – kendine özgü olan etkinliğini tanımlamaktır. Aile hekimleri koruyucu hekimlik ve sağlık eğitimi etkinlikleri aracılığıyla kendi kendine bakım üzerine etkide bulunmalıdırlar. Bazı sağlık sistemlerinde hem ikinci hem de üçüncü basamak bakımın sunulmasını etkilemektedirler ve bu hizmetlere uygun girişi koordine etmede kolaylaştırıcı rolü oynayabilirler. Diğer bazı sistemlerde, dar alan uzmanları da birinci basamak ortamlarda çalışmakta ve sıklıkla

## Şekil 2



diğer ülkelerde aile hekimleri tarafından yönetilen sorunlarla ilgilenmektedirler. Bazı sağlık sistemlerinde ise esas olarak birinci basamakta çalışan aile hekimleri, sınırlı ikinci basamak görevi üstlenebilmektedirler.

## TARTIŞMA

Tüm bu farklı açıklama ve tanımlar tek bir tanımda birleştirilebilir mi? Yeni bir tanıma gereksinmemiz var mı? Bu tanım, aile hekiminin görev ya da rolünü mü, yoksa disiplinin özelliklerini mi içermelidir? Bu konu Finlandiya-Tampere'deki 2001 WONCA Avrupa Koferansı'nda yapılan bir çalıştayda ele alındı; katılanların büyük çoğunluğu yeni bir tanım yapılması ve bu tanımın disiplinin görev ve ilkelerini içermesi gerektiğini düşünmekteydi.

Disiplinimizi belirleyen ilkeleri açıklayan çeşitli bildireler arasında ve genel pratisyenin görev tanımlarında birçok benzerliğin yanı sıra önemli farklılıklar da vardır. Burada işaret edildiği gibi açıklamalarda yorumlama farklılıklarına bağlı olabilecek boşluklar söz konusudur. Bu tanımlardan hiç birisi kendi başına aile hekimliği disiplininin anahtar özelliklerinin tümünü kapsamamaktadır. Dolayısıyla farklılıkları araştırmak, boşlukları doldurmak ve eksiksiz bir tanımlama oluşturmak için şimdiye kadar ele alınan çeşitli açıklamaların bir sentezinin yapılması gerekmektedir.

Olesen ve arkadaşlarının makalelerinde Leeuwenhorst tanımı ile ilgili belirttikleri endişelerin çoğu, tanımın katı yorumlanması ile ilişkili görünmektedir. Örneğin, kişisel bakımla ne demek istenmektedir? Her durumda hep aynı hekim tarafından bakım sunulması anlamına mı gelmektedir? Eğer değilse, yerine bir başka hekimin bakım sunmasının kabul edilebilir koşulları (örn. çalışma saatleri dışında) nedir? Yoksa kişisel bakımla patolojiden çok bireylerle ilgilenilmesini mi (Gay ve DSÖ

tarafından tarif edilen kişiye yönelik bakım) anlıyoruz? Tampere'deki çalıştay bu konuyla da ilgilendi; çok az katılımcı GP'lerin 24 saat kişisel bakım sunmaları gerektiği görüşünderken, büyük çoğunluk zamanın önemli bir bölümünde sürekli kişisel bakım verilmesi gerektiğini düşünmekteydi.

Tanımlarımızı tartışmaya başladığımızda dikkate almamız gereken başka konular da vardır. Birinci basamakta hasta görüşmesini oluşturan aile hekimi ile hasta arasındaki kendine özgü etkileşim daha ileri inceleme gerektirir. McWhinney<sup>12</sup> tarafından bir sözleşme olarak tanımlanan bu etkileşimin bizzat kendisi iyileştirici bir etkiye sahiptir. Aile hekimliğindeki bu hasta-hekim ilişkisi için Balint<sup>13</sup> “ilaç doktor” deyimini kullanmaktadır. Hastayla görüşme sırasındaki etkileşimi bir tedavi aracı olarak kullanma, genel pratisyenliğin anahtar özelliklerinden birisi olarak görülmeli ve aile hekimliği eğitiminin bir parçası olmalıdır. Pereira-Gray<sup>14</sup>, GP ile hasta arasında zaman içinde gerçekleşen görüşmeleri kesintisiz bir sürecin parçaları gibi ele alarak süreklilik konusunu ve zamanın kullanımını daha derinlemesine incelemiştir. Britanya'da herhangi bir vatandaşın aile hekimini yılda beş kez ziyaret ettiğini ve bunun yılda toplam 47 dakika tuttuğunu ileri sürmüştür.

Hasta otonomisi kavramı ile birlikte, aile hekiminin hastaların kendi hastalıklarını yönetmede yetkinleşmelerini sağlama ve davranış değişikliği oluşturarak bu yönetime katkıda bulunma rolü, son yıllarda önemi giderek artan bir ilgi alanı olmuştur. Bu konunun önemi olasılıkla daha da artacaktır, çünkü hastalar internet gibi giderek daha kolay ulaşılabildikleri çok çeşitli bilgi sistemleri sayesinde daha iyi bilgilenebilmektedirler.

Hastanın savunmanlığını yapma, DSÖ Çerçeve bildirgesinin ön taslaklarında bulunmakla birlikte yalnızca WONCA bildirgesinde bir özellik olarak geçmektedir. Savunmanlık özelliği, “hastanın klinik karar verme sürecine etkin olarak katılmasına yardım etme ve hizmetlerin toplumun bütün bireyelerine eşit dağılımını en üst düzeyde sağlamak için hükümet

ve diğ er yetkelerle birlikte çalışma” olarak tanımlanmaktadır. Burada aile hekiminin, sağlık sistemlerinin ikinci ve uuncu basamaklarından hizmet alımlarında hastalarını desteklemesi ile ilgili daha ileri bir işlevi ortaya çıkmaktadır.

Birinci basamak aile hekimliği uygulaması epidemiyolojisi ikinci basamağınkinden belirgin olarak farklıdır. Başlıca rahatsızlıklar erken dönemde ve ayrımlaşmamış olarak sunulmaktadır; birçok basit, kendi kendini sınırlayan sorun ise yalnızca ya da ağırlıklı olarak birinci basamakta görülür; ve kronik rahatsızlıkların uzun süreli bakımının büyük bölümünü aile hekimliği yönetir. Birçok görüşme herhangi bir patoloji bulunmayan hastalarda hasta olma olasılığının yarattığı kaygıyı gidermek için yapılmak durumundadır – birinci basamağın (patolojiye değil) normal olana yönelme özelliği. Normale yönelme ve olağan olanı araştırma, karmaşık ve birçok durumu içeren bir kavramdır; sağlık ve iyilik durumunu geliştirme çabasını ve aile hekimlerinin kendilerine sunulan sorunların çoğunun patolojik temelini olmadığı yönündeki beklentisini kapsar. Genel pratisyenler aynı zamanda, insidansları ikinci ve uuncu basamakla karşılaştırıldığında farklı olan ciddi rahatsızlıkları tanımak ve yönetmek zorundadırlar. Bunun yarattığı ikilemi gidermek için uygun problem çözme becerileri kullanmalıdırlar. Bu çok karmaşık görev özgül bir karar verme süreci gerektirir; bu süreç, ciddi hastalıkların düşük insidansı nedeniyle semptom ve belirtilerin ve tanısal testlerin olumlu kestirim değerlerinin (pozitif prediktif değer) birinci basamakta farklı, **ve birçok önemli durumda hastane ortamından daha düşük olduğu** gerçeğine dayanır. Hastanın sıkıntısının genellikle biyomedikal bir nedeni yoktur ve bir yandan bakım sunmaya devam ederken diğ er yandan araştırmayı ne zaman sonlandıracağını bilmek önemlidir. Ayrıca hastaları gerektiğinde **yararsız tarama, test ve tedavilerden** “kurtararak” problemlerinin aşırı tıbbileştirilmesinin vereceği zarardan koruma gereksinimi de vardır.

McWhinney<sup>15</sup> belli bir organizmanın davranışının onun geçmişine, ortama ve çevresine bağlı olduğu organ temelli biyolojik süreçler modelini vurgulamıştır. Bu, genel pratisyenlerin karmaşıklığı bulmaya çalışmalarını ve belirsizliği kabul etmelerini gerektirir. McWhinney tüm klinik disiplinler içerisinde aile hekimliğinin son derece yüksek bir karmaşıklık ve buna bağlı belirsizlik içerisinde çalıştığına işaret etmektedir. Yaptığı sunumda McWhinney şimdiye kadar tartıştığımız birçok konunun – ilişkiler, tek tek bireylere yönelme ve zihinle beden arasındaki ikilik (fiziksel, psikolojik ve sosyal) – üzerinde durmuştur.

Tüketiciğin ve performans yönetiminin damgasını vurduğu bu günlerde, aile hekimlerinin yaşam boyu öğrenme ile becerilerini sürdürmeleri ve bu becerilerini kalite güvencesi ile uygulamaları beklenmektedir. Bazı sağlık sistemlerinde bu beklenti dönemsel bir temelde zorunlu reakkreditasyon uygulamalarına yol açmaktadır. Diğer toplumsal değişimler tüketicinin sağlık bakımı sunumu ile ilgili görüşlerini değiştirecek ve genel pratisyen bu değişimlere yanıt verebilmek için esnek olmak zorunda kalacaktır. Bu esneklik biyomedikal alandaki, genel klinisyen için tüm hastalıkların yönetiminde gerçekleşen, hızlı değişikliklerle başa çıkmaya yetmelidir.

Artan gezi ve göçler sağlık ve hastalıkların dağılımında hızlı değişimlere neden olabilir. Bu durum genel pratisyen için başa çıkması gereken yeni sorunlar ve aile hekimliği epidemiyojisinde değişiklik oluşturmaktadır. Aile hekimi kültürel, etnik ve dinsel farklılıkları, bunların sağlık ve rahatsızlıklar üzerine ve tedaviye olan etkilerini daha iyi anlamalıdır.

Ayrıca kaynak yönetimi ile ilgili yeni bir rol gelişmektedir. Sağlık bakımının maliyetinin giderek arttığı bir ortamda genel klinisyen, hastasıyla işbirliği içerisinde sağlık sunumu ve kaynak kullanımı konusunda öncelikleri saptayabilecek eşsiz bir konumdadır. Aile hekimlerinin yalnızca kendilerinin değil meslektaşlarının da maliyet-etkin uygulamalarını artırma konusundaki rollerinin farkında olmaları gerekir. Birey olarak

hastanın istek ve gereksinimleri ile bir bütün olarak toplumun gereksinimleri arasında bir çatışma söz konusu olabilir; aile hekimi bunun farkında olmalı, ikisi arasında uygun bir denge sağlayabilmeli ve bunu hastaya anlatmalıdır.

Çok kullanılan beceriler ve yüksek-risk becerileri kavramı, daha önceki tanımların hiçbirinde özel olarak ifade edilmeyen bir konudur. Çok kullanılan beceriler, gereksinim duyulma sıklığı nedeniyle aile hekimliği ortamında sık kullanılan çocuk bakısı, sınırlı zaman koşullarında öykü alma, kulak-burun-boğaz bakısı gibi becerilerdir. Yüksek-risk becerileri ise, genel pratisyenin daha seyrek olarak karşılaştığı ve hasta açısından önemli bir risk oluşturan kardiyopulmoner canlandırma uygulama, konvülsiyon geçiren ya da saldırgan/tehlikeli bir hastayla ilgilenme gibi durumlarda gereksinilen becerilerdir.

Son olarak vurgulanmalıdır ki, eğitim sürecimiz aile hekimlerini, tüm dünyada tıp fakültelerinde hala ağırlıklı olarak öğretilen mekanik veya teknik yaklaşımdan çok farklı olan klinik süreçlere hazırlamak zorundadır.

Hem genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplinini hem de genel pratisyenin görevlerini tanımlayan ve bunları en azından genel olarak sağlık sistemi ortamı ile ilişkilendiren güvenilir bir açıklama-bildirgeye gereksinim vardır.

Bu bildirge şunları tanımlamalıdır:

1. Disiplini tanımlayan ve sağlık sistemlerine bağımlı olmayan temel unsurlar.
2. Genel olarak uygulanabilir olan fakat uygulama ortamına göre değişebilen mesleki görevler. Örneğin, ikinci basamağa sevk sisteminin temel unsur olması ancak ikinci basamak bakım hizmetleri için zorunlu giriş kapısı işlevinin olmaması.
3. Uygulama ortamı farklılıkları nedeniyle genel olarak uygulanamayan, ancak durumun yetersiz görüldüğü yerlerde (örn. eğer aile hekimlerinin çocuklar dahil bütün yaş

gruplarıyla ilgilenmeleri gerektiğini düşünüyorsak ve bu durum belli bir sağlık sisteminde olası değilse) sağlık çıktıları açısından hastaların yararlarını ve maliyet etkin bakım açısından toplumun yararlarını en üst düzeye çıkarmak üzere sağlık sisteminde değişiklik önermemiz gereken mesleksel görevler.

Bu bizi, biraz yeni ya da en azından gözden geçirilmiş tanımlamalara götürmektedir. Aile hekimliği disiplininin özelliklerinin ya da ilkelerinin tanımlanmasına VE aile hekimlerinin içinde çalıştıkları sağlık sistemine göre belirlenmiş görev tanımına gereksinim duymaktayız.

## **2002 AVRUPA TANIMLARI**

### **Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplini ve Uzmanlığı**

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan, birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlıktır.

### **1. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri:**

- a.** Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b.** Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c.** Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.



- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

## 2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı

Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifletme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan

kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

## **KAYNAKLAR**

1. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands, 1974.
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001.
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, **165**: 7/7/93.
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by the Danish Medical Association. Copenhagen 1995.
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995.

7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice - time for a new definition. *BMJ* 2000; **320**: 354-357.
8. Gay Bernard. What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice / Family Medicine, Strasbourg, 1995.
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.
12. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. *BMJ* 1998; 317(7147): 1807-1809
13. Balint M, The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964.
14. Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. *British Journal of General Practice* 1998; 48(437): 1816-1817.
15. McWhinney Ian R. The importance of being different. *British Journal of General Practice* 1996; **46**: 433-436.

## 6. AKADEMİK AÇIDAN GÖZDEN GEÇİRME VE İRDELEME: ÇEKİRDEK YETERLİKLER

### § 1 Önsöz

**1.1.** Yeterliklerin tanımlanması hiyerarşik bir sürecin sonucudur. Genel pratisyenlik disiplinin ilkelerinden aile hekimliği uzmanının mesleki görevleri, ve bunlardan da çekirdek yeterlikler belirlenir.

**1.2.** Çekirdek görevlerin ve yeterliklerin tanımlanması, temel olmayan unsurların da bulunduğu anlamına gelir. Bunlar çoğu zaman, GP'nin içinde çalıştığı sağlık sistemindeki ve toplumdaki farklılıklarla ilişkilidir. Avrupa'da GP'nin sağlık bakımı sunduğu çok farklı sağlık sistemleri ve çeşitli durumlar vardır. GP, temel kültürel (din dahil) ve politik farklılıklar içeren toplumlara ve nüfuslara hizmet vermektedir. Bu durum görev tanımında farklılıklara yol açabilir. Genel pratisyenlik toplumsal farklılıklardan tüm diğer klinik disiplinlere göre daha fazla etkilenmektedir. GP toplum ve tıp arasındaki aracıdır.

**1.3.** Yeterlik, GP'nin bir dizi somut ve gözlemlenebilir görevi, gerçek iş ortamından bağımsız olarak başarıyla yapabilme gücü şeklinde tanımlanabilir.<sup>1</sup> Böylece yeterlik bireyin belli bir durumda istenilen bir düzeyde eylemde bulunabilme yeteneği olarak görülebilir. Miller piramidindeki “biliyor” (temel bilgiler), “nasıl yapıldığını biliyor” (bilgiyi uygulayabilme) ve “nasıl yapıldığını gösteriyor” (becerileri gösterebilme) düzeyleri yeterlik kavramı ile ilişkilidir.

Performans, hekimin günlük uygulamada klinik bakım ve hastalarla iletişim konusunda gerçekten yaptıkları şeklinde tanımlanabilir; performans Miller'in “yapıyor” düzeyine karşılık gelir<sup>1</sup>. Performansın, sağlık hizmetinin verildiği koşullara ve hizmet için gereksinimlere, parasal ve yapısal olanaklara, klinik

uygulama fırsatlarına ve bu uygulamalara verilen desteğe oldukça bağımlı olduğu kabul edilir.

Avrupa çapında geniş uygulama alanı bulabilmek amacıyla, bu belge kendini GP/AH'nin çekirdek yeterlikleri ile sınırlamaktadır. Böylece yeterlikler kuramsal bir model ya da çerçeve oluşturmaktadır. Gerçek uygulama bu yeterliklerden farklı olabilir ve olacaktır.

## **§ 2 Aile Hekimliği / Genel Pratisyenliğin temel ilkelerinden çekirdek yeterliklere**

Disiplinin on bir özelliği, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken on bir yetenekle ilişkilidir. Aralarındaki ilişkiler nedeniyle bunlar birbirinden bağımsız altı çekirdek yeterlik kümesinde toplanabilir. Her küme başlıca özellikleriyle tanımlanmaktadır:

1. Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yetenekleri kapsar:
  - Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme,
  - Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme
  - Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
  - Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
  - Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
  - Hastanın savunuculuğunu yapma.
2. Kişi merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:
  - Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,

- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,
  - İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve (hasta ile) işbirliği yapma,
  - Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süre giden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi.
3. Özgül problem zme becerileri aşağdakileri kapsar:
- Özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
  - yk, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
  - Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliğe izin verme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkeleri benimseme,
  - Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
  - Erken dönemde ve ayrımlaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
  - Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir Şekilde kullanma.
4. Kapsamlı yaklaşım aşağdaki becerileri içerir:
- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
  - Sağlığı geliştirme ve hastalıkları nleme stratejilerini uygun bir Şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
  - Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.

5. Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeteneği kapsar:
  - Tek tek hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımını açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.
6. Bütüncül yaklaşım - modelleme aşağıdaki yeteneği kapsar:
  - Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama.

### **§ 3. Üç Uygulama alanı**

Yetkinleşmiş uygulayıcı aile hekimliği uygulamasında bu yeterliklerini üç önemli alanda kullanır<sup>1-3</sup>:

#### **A. KLİNİK GÖREVLER**

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini ortaya çıktıkları şekliyle yönetebilme,
- Uzun süreli bakım ve izlemde uzmanlaşma,
- Tıbbi kanıtları ve kişisel deneyimi etkin bir şekilde dengeleme.

#### **B. HASTALARLA İLETİŞİM**

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme,
- Hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma, girişimleri ve bulguları açıklama,
- Çeşitli duygudurumları ile uygun şekilde baş etme,

#### **C. UYGULAMA MERKEZİ YÖNETİMİ**

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,

- Uygulama birimini etkin bir şekilde düzenleme, donatma, finansal yönetimini sağlama; uygulama birimi ekibiyle işbirliği yapma.
- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

#### § 4. Disiplinin genel özellikleri

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin şu üç alanda özellik göstermesi gerekir: Bağlam, tutum ve bilim<sup>4-8</sup>.

#### BAĞLAMSAL GÖRÜNÜM

- Hastaya, sunduğu öyküye, içinde bulunduğu duruma ve sosyal temeline ilişkin bağlamsal yönleri tanı, karar verme ve yönetimi planlama sürecinde kullanma,
- Hastaya ve çevresine kişisel ilgi gösterme ve hastalığın aile üyeleri ve hastanın geniş çevresi (iş çevresi dahil) üzerindeki olası sonuçlarının farkında olma.

#### TUTUMSAL GÖRÜNÜM

- Kendi yapabileceklerinin ve değerlerinin farkında olma,
- Klinik uygulamanın etik yönlerini ortaya koyma (koruyucu hekimlik, kullanılan tanı araçları, tedavi, yaşam biçimini etkileyen etkenler),
- Kişisel etik anlayışını belirleme ve buna uygun davranma,
- Çalışma yaşamı ile özel yaşam arasındaki karşılıklı etkileşimin farkında olma ve ikisi arasında denge kurmaya çalışma.

#### BİLİMSEL GÖRÜNÜM

- Bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar ile temel istatistik konusunda bilgili olma (insidans, prevalans, kestirim değeri vb.)
- Patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar verme kuramı, hipotez oluşturma ve



problem çözüme kuramları ile koruyucu sağlık bakımının bilimsel temelleri hakkında tam bir bilgi sahibi olma,

- Tıbbi literatüre ulaşabilme, okuma ve eleştirel değerlendirme yapabilme,
- Sürekli öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme.

## **§ 5. Birbiriyle ilişkili yeterlik çerçevesi, görsel bir şema.**

Çekirdek yeterlikler, uygulama alanları ve temel özelliklerin birbirleri ile ilişkisi, disiplini tanımlar ve onun karmaşıklığını vurgular.

Çekirdek yeterlikler arasındaki ilişkileri açığa çıkarmak için çeşitli modeller kullanılmıştır: Miller üçgeni, Fabb kübü, Donabedian yapı, süreç ve sonuç çerçeve modeli. Ram ve ark. bu konu üzerinde çalışmışlardır<sup>2,3</sup> (Şek.1).

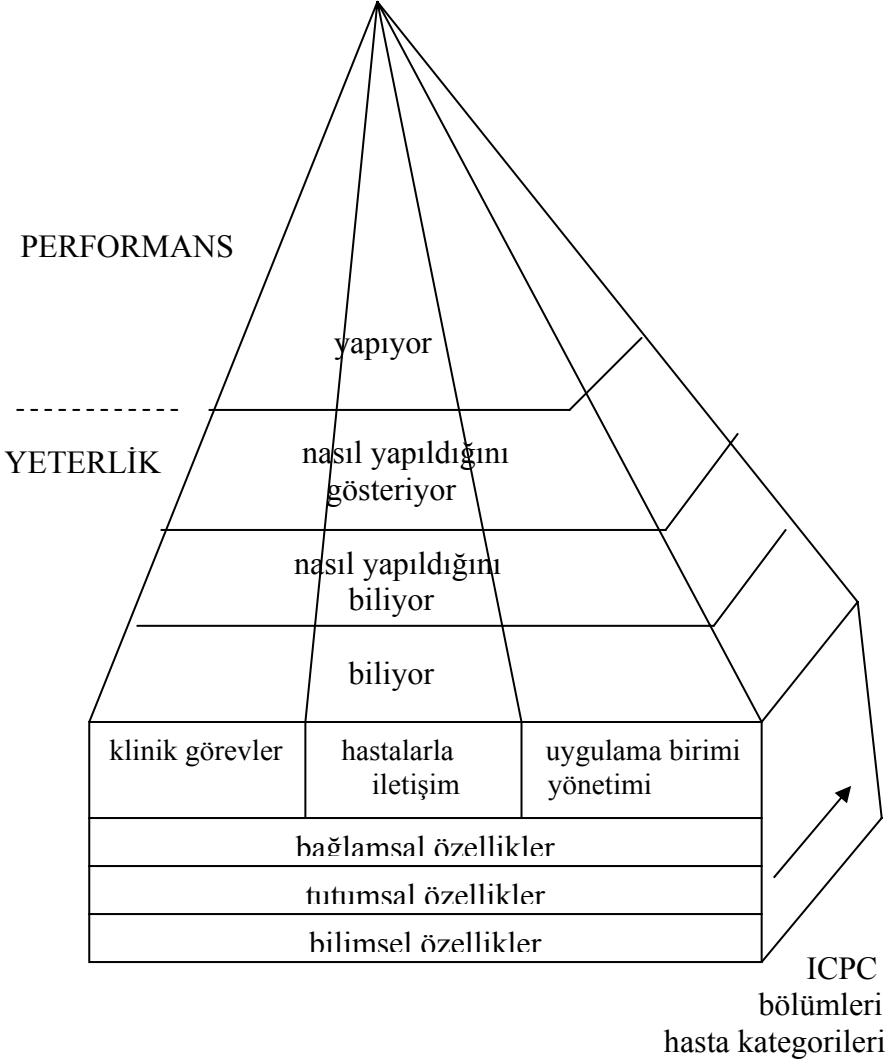
En geniş kapsamda genel pratisyenlik uygulaması bir eksen üzerinde üç ana başlık halinde toplanmıştır: Klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama birimi yönetimi (bkz. § 3).

Hasta yakınmalarını ve hastalıkları kaydetmek için Uluslararası Birinci Basamak Sınıflandırması'na (ICPC) <sup>9</sup> uygun bir sınıflandırma kullanılabilir. Bu sınıflandırma özellikleri ve hasta kategorileri ikinci ekseninde gösterilmektedir.

Üçüncü ekseninde ise model, yeterlik kazanmadan (biliyor, nasıl yapıldığını biliyor, gösteriyor) performansa (yapıyor) tıpta uzmanlaşma ve kuramsal temeline ilişkin günümüzdeki yaklaşımı yansıtmaktadır. Piramidin tepesindeki performans düzeyi, günlük uygulamada hizmet biriminin yönetiminin yanı sıra hem klinik hem de iletişim performansını betimlemektedir.

Bu piramit Donabedian çerçeve modelini de içermektedir. Yapı (uygulama biriminin örgütlenmesi ve yönetimi) ve süreç (hastalarla iletişim ve klinik performans) yatay ekseninde yer almaktadır. Hastaya ait sonuçlar (hastalıkla ilişkili göstergeler ve genel yaşam kalitesi) bu üç eksen arasındaki dinamik etkileşimin bir sonucu olarak görülebilir.

**Şekil 1. Birbiriyle ilişkili yeterlik modeli**



Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak uzmanlıkta yeterliğin üç görünümü, piramidin tabanını oluşturmaktadır: Bağlamla ilişkili, tutumla ilişkili ve bilimsel görünüm (bkz. § 4). Kişi merkezli yaklaşım gösteren meslek çalışanı, kişinin bağlamsal özelliklerini karar verme sürecinde değerlendirir. Her ne kadar hastalarla iletişim hekimin tutumunu içerse de, tutumu ayrı bir görünüm olarak sunmakla, disiplinin mesleksel davranış yönü vurgulanmaktadır. Genel Pratisyenlik eğitimi, kanıta dayalı yaklaşım içeren akademik bir uğraş olduğundan, tüm mesleksel görevlerin yerine getirilmesine bilimsel bir yaklaşım egemen olmalıdır.

**şekil 1, çekirdek yeterlikler arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya koymaktadır. Bu karmaşık ilişkiler eğitim, araştırma ve kalite güvencesi ile ilgili gündemi geliştirmede yol gösterici olmalı ve bu gündemin içeriğine yansımalıdır.**

## **KAYNAKLAR**

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999; 74: 62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J* 2000; 320: 326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001; 357: 733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357: 867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberths H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

## 7. EKLER

### EK 1

#### Leeuwenhorst Tanımı, 1974

“Genel Pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, Genel Pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla işbirliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder.”

#### WONCA Tanımı, 1991

“Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti

sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarlar.

Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir.

Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun varolan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.”

### **Olesen Tanımı, 2000**

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın varolan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin varolan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”

## EK 2

### Belgenin Hazırlanma ve Danışma Süreci

Bu belge ilk olarak Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) Konseyi'nin bir çalışma grubu tarafından hazırlandı ve daha sonra 2001 Ekim ayında İspanya Barselona'da ve 2002 Mart ayında Hollanda Noordwijk'te yapılan WONCA Avrupa toplantıları sırasında gözden geçirildi. Avrupa çapında bir uzlaşma sağlama sürecinde ilk adım olması düşünüldü. Bu tanımlardan hareketle çekirdek yeterlikler belirlenebilir ve aile hekimliğinin 21. yüzyıldaki gereksinimlerini karşılayacak araştırma, kalite geliştirme ve eğitim gündeminin içeriği geliştirilebilir.

Olesen ve ark. tarafından yapılan ve aile hekiminin görev tanımının gözden geçirilmesine ilişkin öneriler içeren yayın, EURACT Konseyi içindeki bu çalışmanın tetikleyicisiydi. Olesen ve ark. "uzmanlığın ideal içeriği"ne dayalı yeni bir tanımlı savunmaktaydılar. Tanımın ülkeye özgü değil evrensel olması gerektiğini ve eğitim için bir çerçeve sağlamasını önermişler ve bu yaklaşımla yeni bir tanım yapmışlardı. Niyetlerinin yapıcı ve destekleyici olmasına karşın, yaptıkları tanımın gerçekte kendi gereksinimlerini karşılamakta olduğu fark edilmedi.

EURACT Konseyi çalışma grubunun üzerinde düşünülmesini istediği sorular şunlardı:

*GP kimdir? GP'ler bugün ne yapmaktadır ve ne yapmalıdırlar? Disiplini aile hekiminin görevlerini ya da disiplinin temel ilkelerini tanımlayarak mı, yoksa her ikisini birden yaparak mı tanımlamalıyız?*

*Aile hekimliği uygulamasında bazı sınırlamalarla (sağlık sistemlerinin belirlediği) çalışan birçok hekim vardır: Bunlar*

*genel pratisyen olarak kabul edilebilir mi? Genel pratisyen ile aile hekimliği uzmanı arasında bir fark var mıdır?*

Bu konularla ilgili tüm literatürün geniş ve bıktırıcı bir araştırmasını yapmak yerine, belli bir zaman dönemi içinde konuların tartışılması ve bu alandaki bazı temel uluslararası yayınların araştırılması yaklaşımı benimsendi. Daha önce tanımlanan farklı yaklaşımlar arasındaki benzerlikleri arayan bir haritalama işlemleri yapıldı ve farklılıkların nedeni araştırıldı. Daha sonra yineleyici bir süreçle bu belgenin taslak sürümleri oluşturuldu; bunlar daha geniş bir şekilde tartışıldı. 2001 Mayıs ayında Tampere’de tüm Avrupa’dan 90’ın üzerinde GP’nin katıldığı uluslararası bir çalıştay yapılarak, belge taslağı üzerine sınırlı bir danışmanlık sağlandı.

EURACT, SEMFYC, DSÖ Barselona bürosu, EGPRW, EQUP ve EUROPREV ile birlikte WONCA Avrupa, önemli örgütlerin davet edildiğı bir uzlaşma konferansı düzenledi. Bu konferans 2001 Ekim ayında Barselona’da yapıldı ve burada taslak bildirgenin daha geniş kesimlere danışılması gerektiğı üzerinde anlaşıldı. WONCA Avrupa, taslak bildirgeyi yorumlarını almak üzere Avrupa’daki tüm kolej ve ulusal derneklere ve Aile Hekimliğı ile ilgili diğer örgütlere gönderdi. Yanıtlar toplandı ve 2002 Mart ayında Noordwijk’te yapılan ve bu örgütlerin katıldığı bir konferansa sunuldu; bu konferansın ardından belgeye son şekli verildi.



## **EK 3**

### **Açıklamalar**

WONCA Avrupa, yazılı yorumlarıyla katkıda bulunan ya da bu belgenin geliştirilmesine yol açan danışma süreçlerine katılan aşağıdaki örgütlere ve kişilere şükranlarını sunar:

Austrian Society of General Practice / Family Medicine  
College of Family Physicians of Canada  
College National de Generalistes Enseignants, France  
Danish College of General Practitioners  
Dutch College of General Practitioners  
European Academy of Teachers in General Practice  
European General Practice Research Workshop  
European Network for Prevention and Health Promotion in  
Family Medicine and General Practice  
European Union of General Practitioners  
European Working Party on Quality Assurance  
The Icelandic College of Family Physicians  
Malta College of Family Doctors  
Norwegian College of General Practitioners  
Royal College of General Practitioners, United Kingdom  
Slovak Society of General Practice / Family Medicine  
Spanish Society of Family and Community Medicine  
Swedish Association of General Practice  
Swiss Society of General Medicine  
WHO, Barcelona Office  
World Organisation of Family Doctors  
Dr. M. Boland  
Dr. G. Buckley  
Dr. J. Horder  
Prof. C. Lionis

## EK 4

### WONCA AVRUPA – ÜYE ÜLKELER

ANDORA	YUNANİSTAN	SLOVAK
AVUSTURYA	İZLANDA	CUMHURİYETİ
BELÇİKA	İRLANDA	SLOVENYA
HIRVATİSTAN	İSRAİL	İSPANYA
ÇEK	İTALYA	İSVEÇ
CUMHURİYETİ	LİTVANYA	İSVİÇRE
KIBRIS	MALTA	TÜRKİYE*
DANİMARKA	HOLLANDA	UKRAYNA
ESTONYA	NORVEÇ	BİRLEŞİK
FRANSA	POLONYA	KIRALLIK
FİNLANDİYA	PORTEKİZ	(BRİTANYA)
ALMANYA	ROMANYA	

\* Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin WONCA ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır.

## EK 5

### Bazı İngilizce Tanımlar

Hem genel pratisyenlik / aile hekimliği ile ilgili olarak kullanılan dil hem de onun yorumlanması konusunda birçok karışıklık söz konusudur<sup>8,9</sup>. Bu belgenin amaçlarının yanlış anlaşılması ve yorumlanmaması için bazı temel deyimler aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

Genel pratisyen – Aile hekimi	Genel pratisyenlik alanında en azından Doktorlar Direktifi'nin 4. Başlığında belirlenmiş düzeyde mezuniyet sonrası eğitim görmüş hekimleri tanımlayan eş anlamlı deyimler.
Birinci basamak hekimi	Hangi disiplinden olursa olsun birinci basamak ortamlarda çalışan hekim.
İkinci basamak hekimi	Organ / hastalık temelli bir disiplinde daha uzun bir dönem eğitim almış ve esas olarak bir hastane ortamında o disiplini uygulayan hekim.
Uzman	Hangi disiplinden olursa olsun daha uzun bir dönem mezuniyet sonrası eğitim almış hekim.
Birinci basamak	Sağlık sisteminin bir bölümünü oluşturan ve genellikle hastanın yaşadığı toplum içinde, bir sağlık çalışanı ile ilk temasın gerçekleştiği (büyük travma dışında) ortam.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3

## EK 2: EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU

**Eğitimi Değerlendirme Formu**  
**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Çalıştay/Seminer/Toplantı/Ders Değerlendirme Formu**

Sunucu: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Konu: \_\_\_\_\_

Lütfen aşağıdaki sorulara ilgili kutucuğa işaret koyarak cevap veriniz

	Cevap yok	5 – Mükemmel	4 – Çok iyi	3 – İyi	2 – Sınırd	1 – Yetersiz
<b>Eğitim materyali</b>						
1. Konuya uygundu						
2. Materyal günceldi						
3. Konuyla ilgili bilgimi/farkındalığımı artırdı						
<b>Sunucu</b>						
4. Güvenli bir ortam oluşturdu						
5. Konuyu sunmak için istekliydi						
6. Açık ve anlaşılırdı						
7. Derse zamanında başladı ve zamanında bitirdi						
8. Dersin hedeflerini belirtti ve hedeflere ulaştı						
9. Düşünmeyi, tartışmayı, soru sormayı teşvik etti						
10. Katılımcı görüşlerine saygı duydu						
11. Görsel/işitsel malzemeleri iyi kullandı						
12. Konunun ana noktalarını özetledi						
<b>Eğitim ortamı</b>						
13. Ortam konforlu						

Bu oturumla ilgili ayrıntılı görüşlerinizi de bizimle paylaşırsanız memnun oluruz. Lütfen görüşlerinizi aşağıya yazınız.

En çok şunu beğendim:.....  
.....

Bu oturumdan şunu öğrendim:.....  
.....

Bu oturum için şunların değişmesini öneririm:.....

### EK 3: ÖĞRENME PORTFÖYÜ

Ana alan	Öğrenme gereksinimi	Time	Kaynaklar	Durum
Örneğin; Kardiyovasküler Hastalıklar	Hastaların karşılanmamış gereksinimi	Eylül 2010	JNC7 raporu	