

Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı Bakışıyla, Aile Eğitimi Uzmanlık Eğitimi

Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN
Ümraniye EAH
Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin tıp dünyasına yansmasıyla birlikte, yeni buluşların, bilimsel gelişmelerin, katlanarak artan bilginin neticesinde tıpta yeni uzmanlık alanları görülmüştür. Francis Peabody ilk kez 1923 yılında tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulayarak aile hekimliğini ilk kez dile getiren kişi olmuştur. O dönemde gerek toplum gerekse tıbbi çevreler böyle bir çağrıya henüz hazır değildiler ve bu çağrı tıp dünyasından ilgi görmemiştir. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır.

İngiltere'de genel pratisyenliği geliştirmek, standartlarını yükseltmek ve genel pratisyenlerin sesi olmak amacıyla 1952 yılında College of General Practitioners (Genel Pratisyenler Koleji) kurulmuştur. Ancak genel pratisyenlik ya da aile hekimliğinin, İngiltere'de ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu. 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1969'da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu.



World Health Organization

Temel sağlık hizmetleri politik anlamda ülkelerin gündemine bir sağlık politikası olarak Dünya Sağlık Örgütü 1978 Alma Ata Bildirgesinden sonra oturmuştur. Alma Ata Bildirgesi temel sağlık hizmetlerini neredeyse sağlıkla ilgili her şeyi kapsayacak tarzda ele almış, birçok sektörün kapsamı ve koordinasyonunu öngören geniş bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır. Önemli bir politikaya doğru yönlendirme yapmıştır.

Temel sağlık hizmetleri politik anlamda ülkelerin gündemine bir sağlık politikası olarak Dünya Sağlık Örgütü 1978 Alma Ata Bildirgesinden sonra oturmuştur. Alma Ata Bildirgesi temel sağlık hizmetlerini neredeyse sağlıkla ilgili her şeyi kapsayacak tarzda ele almış, birçok sektörün kapsamı ve koordinasyonunu öngören geniş bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır. Önemli bir politikaya doğru yönlendirme yapmıştır. Fakat hızlı gelişen süreçte uygulanabilir ortak bir anlayış ortaya koymada yetersiz kalmıştır. Ancak çakılan bu kıvılcım, sağlık sistemlerini gösterilen hedefe doğru ilerleme arayışına itmiştir.

Bu süreçte, birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi kavramlar gündeme oturmuş, bütün sağlık sistemlerinin bütüncül bir şekilde gözden geçirilmesinin yolu açılmıştır. Sağlık sistemleri klasik tanı ve tedavi anlayışının çok ötesinde koruyucu sağlık hizmeti, toplum hekimliği, sağlıkta yetkin olmak, sağlık davranışı, sağlık eğitimi, sağlık okur yazarlığı, sağlık teşviki ya da sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlarla sorgulanır olmuştur. Günümüze değin değişen dünyaya konjonktürüne bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden ele alınmaya başlanmış, Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) gibi örgütler kendi ilgi alanlarını netleştirmek için yeni tanımlamalar yapma ihtiyacı duymuşlardır. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl

eğitim almasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996'da ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin bir çoğunda Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

1960 yılından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı'na atanan Prof. Dr. Nusret Fişek 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nı hazırlamıştır. Sosyalleştirme Yasası basamaklı, hakkaniyetli, yaygın, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada, tam gün ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkelerine dayanmaktadır. Prof. Dr. Nusret Fişek 1985 yılında yayımladığı "Halk Sağlığına Giriş" kitabında; "1963 - 1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür" der. İyi niyetle hazırlanan sosyalleştirme yasasının işletilememesinin nedenleri arasında birçok faktör sayılabilir. Herşeyden önce yasa, finansman desteğinden yoksun olarak çıkarılmıştır.

Bu sistemin sürmesi için herkesin gücü oranında katkı da bulunduğu, ancak ihtiyacı oranında yararlandığı bir sigorta sistemi düşünülerek finansman sorunu baştan çözülmeye çalışılmış, ancak 1968 yılında hazırlanan yasa tasarısı ile başarı sağlanamamıştır. Hazırlık aşamasında gerek üniversiteler gerekse politikacılar ile yeterince paylaşım olmaması uygulama döneminde yasanın benimsenmemesine yol açmıştır. Yasa içeriğinde atılan geri adımlar ile ilgili olarak sivil toplum örgütleri,



sendikalar vb. sessiz kalmıştır. Sosyalleştirme yasası ile bağlantılı diğer yasalar arasında uyumsuzluklar, yasanın uygulanabilirliğini etkilemiştir.

Ayrıca yasanın kendisinin öngörülen değerlendirme ve güncelleştirmeleri yapılamamıştır. Hızla artan kentleşme nedeniyle zaman içinde yasa kent yaklaşımı açısından yetersiz kalmıştır. Ayrıca hekimlerin maddi kazanç, eğitim ve sosyal yönden yeterince desteklenmemesi de hizmet sunumuna etki eden diğer bir faktör olmuştur. Birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin hükümet tabipliğinden devralınan çok sayıda görev ve sorumluluklarının olması, çalışma ortamlarının geliştirilememesi, kariyer olanaklarının olmaması, maaşlarının yetersiz kalması, sürekli tıp eğitiminin yetersizliği gibi sorunlar farklı platformlarda, özellikle meslek örgütü tarafından 1980'lerden sonra vurgulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. Bugün itiba-

riyle ülkemizde AH uzmanlık eğitimi 3 yıl olup; 9 ay İç Hastalıkları 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum 6 ay Cerrahi Ağırlıklı Acil 4 ay Psikiyatri rotasyonlarından oluşmaktadır.

2006 yılı itibarıyla Türkiye'de aktif olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen doktor sayısı 17370, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan toplam doktor sayısı (uzman+asistan+pratisyen) 76027'dir. Görülüyor ki, birinci basamak ile 2. ve 3. basamak hekim oranı 1/4,3 civarındadır. Asistanları hesaba katmadan, pratisyen hekimleri birinci basamağa, uzman hekimleri 2. ve 3. basamağa kesin sınırlarla zorlayan yasal bir düzenleme yapılırsa bile bu oran $\frac{1}{2}$ (25426 / 50058) olacaktır. Bu durumda sistemin giriş kapısını oluşturacak, her türlü koruyucu hizmetleri, çevre sağlığı hizmetlerini, adli tabiplik hizmetlerini yürütecek ve pratisyen hekime dayalı bir birinci basamak sağlık hizmeti varlığından söz etmek gerçekçi olmayacaktır.

Tıpta uzmanlık eğitimi için açılan kadrolarda yaklaşık olarak mezun sayısının bir buçuk misli dal uzmanlığı için asistanlık eğitimine alınırsa veya alınmaya devam ederse gelecekte bugün olduğu kadar bile pratisyen hekime dayalı bir birinci basamak sağlık hizmetinden



Kadın Hastalıkları ve Doğum branşı açısından aile hekimliğine bakıldığında; temel kadın hastalıkları ve doğum hizmetlerinin aile hekimleri vasıtasıyla yapılması, kadın doğum hizmeti verilen kliniklerde gereksiz yığılmanın önlenmesi, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aşılama ve koruyucu annelik hizmetlerinin verilmesi, sağlıksız şartlarda ev doğumlarının azaltılması ya da kontrol altına alınması aile hekimliği vasıtasıyla mümkün olabilir.

bahsetme şansımız kalmayacaktır. Hele koruyucu hekimlik uygulamalarını birinci basamakta yürütmek ve sisteme başvuran hastaların giriş kapısı olarak birinci basamağı görmek, yani milyonlarca başvuruyu bu alanda göğüslemek hayal bile edilemeyecektir.

Dünya Sağlık Örgütü etkin sağlık hizmeti sunumlarını; temel hizmetler öncelik verilmesi, uygun organizasyon ve finansman, hizmette sürekliliğin sağlanması, uygun ekipman ve kolaylıklar, sağlık hizmetini sunanların yeterli şekilde eğitimi ve desteklenmesi şekilde karakterize etmektedir.

Aile hekimliği uygulaması ile yapılmak istenenler bunlardan başka bir şey değildir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum branşı açısından aile hekimliğine bakıldığında; temel kadın hastalıkları ve doğum hizmetlerinin aile hekimleri vasıtasıyla yapılması, kadın doğum hizmeti verilen kliniklerde gereksiz yığılmanın önlenmesi, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aşılama ve koruyucu annelik hizmetlerinin verilmesi, sağlıksız şartlarda ev doğumlarının azaltılması ya da kontrol altına alınması aile hekimliği vasıtasıyla mümkün olabilir. Değişik sebeplerle hekime ulaşamayan kişiler bu sistem sayesinde sağlık hizmetlerine

kavuşur ve insani bir hak olan sağlıklı yaşama hakkına kavuşmuş olabilir. Asistanlık eğitiminin 8 ayı kadın doğum servislerinde geçmektedir ve bu dönemde gerek jinekoloji gerekse gebe polikliniklerinde ayrıca doğum ve jinekoloji servislerinde bu süre değerlendirilmekte ve uzmanlık döneminde kendilerine gerekli olacak hastalara yaklaşım ve müdahale eğitimleri verilmektedir. Uzmanlık döneminde çocuk hastalardan psikiyatrik hastalara kadar geniş bir hasta kitlesine hizmet etme imkanını elde etmektedirler. Bu aslında 4 büyük ana branşta biraz daha fazla eğitim almış bir pratisyenlik uzmanlığıdır. Bir ana branşın yan dallarının bile kendi içinde alt birimlere ayrılmış olduğu günümüzde, böyle bir uzmanlık alanını yükünün ne kadar fazla olduğu ortadadır. Ülkemizde yaygınlaştırılmaya çalışılan bu sistemin denetimi iyi yapılmalı, özellikle sevk zinciri sistemi çalışmaya başladığında gerekli hasta grubunun sevk mekanizmasında güçlüklerle karşılaşmaması için tedbirler alınmalı ve hastaların gerekli tıbbi hizmeti almalarına engel olunmamalıdır.