

AİLE HEKİMLERİNİN EĞİTİMİ

GRADUATE TRAINING IN FAMILY MEDICINE

Okay Başak¹, İlhami Ünlüoğlu²

Özet

Ülkemizde aile hekimlerinin eğitimi konusundaki tartışmalar devam ediyor. Tartışmalarda gözden kaçırılan önemli noktaların bulunduğunu düşünüyoruz. Öncelikle eğitimin içeriği, birinci basamak sağlık hizmeti uygulamalarıyla ilişkili olmalıdır. Bu ise birinci basamağın ve aile hekimliğinin doğru tanımlanmasını gerektirir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı, aile hekiminin onu diğer disiplin uzmanlarından ayırdeden bakış açısını, yani aile hekimliğinin felsefesini temel almalıdır. Bu makalede, birinci basamak sağlık bakımı sunan bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliğinin özellikleri ele alınmakta ve aile hekimliği asistanının edinmesi gereken bilgi ve beceriler vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık bakımı, aile hekimliği, tıp eğitimi

Summary

Training of family physicians is still discussed in our country. We believe that there are some significant issues being overlooked in these discussions. First of all, contents of the education should be related to primary care practice. This requires the appropriate definitions of primary care and family practice. The family practice residency curriculum should consider the family physician's perspective that differs him or her from other discipline specialists, that is the philosophy of family medicine. In this paper, we review the characteristics of family medicine as a discipline providing primary care and emphasize the knowledge and skills that a family practice resident has to achieve.

Key words: Primary health care, family practice, medical training

Giriş

Aile hekimi nasıl eğitilmelidir? Uzmanlık eğitimi müfredatı neleri içermelidir? Konu üzerinde son yıllarda hızlanan tartışmaların genellemelerden ve soyut ifadelerden somut, elle tutulur tanımlamalara ve kavramlara yönelmesinin zamanı gelmiştir.

Aile hekiminin eğitimi sorununa yaklaşımlar genelde yetersizdir. Temel yanlış, genel tıp bilgisinin içinde aile hekiminin öğrenmesi gerekenleri seçme ve eğitim süreleri üzerinde yoğunlaşılmasıdır. Yani, aile hekiminin ne kadar süreyle çocuk sağlığı ve hastalıkları, ne kadar süreyle iç hastalıkları ya da kadın hastalıkları ve doğum bilgisi eğitimi alması gerektiği tartışması ön plana çıkarılmaktadır. Oysa aile hekimliği uzmanının yetiştirilmesini amaçlayan müfredat, tıbbın bilgi temelinin masaya yatırılıp içinden seçme yapılmasıyla oluşturulamaz. Aile hekimi iyi bir pediyatrist ya da iyi bir dahiliye-

cidien çok, iyi bir birinci basamak hekimi olmalıdır. Onun bir kardiyolog kadar iyi ve kapsamlı kalp bilgisine sahip olması ve çok az görülen ve özellikle isteyen bir kalp rahatsızlığını sağaltması önemli değildir, ayrıca gerekmez de.

Aile hekiminin neleri bilmesi ve ne gibi beceriler kazanması gerektiğini, birinci basamak sağlık bakımı uygulaması belirlemelidir.¹ Bu ise, birinci basamağın ve aile hekimliğinin uygun ve doğru tanımlanmasını gerektirir. Ne yetiştirmek istediğimizi ve onun neler yapması gerektiğini iyi bilir, doğru tanımlarsak, ne öğretmemiz gerektiği daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır.

Birinci basamak sağlık bakımını ve aile hekimliği uzmanlığını tarihsel gelişim süreci içinde inceleyerek konuya girmek istiyoruz. 20. yüzyılda ve özellikle 1940'lardan itibaren bilgi ve teknolojiye gerçekleşen olağanüstü gelişmeler tıbbi da etkilemiş ve modern tıp

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

²⁾ Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

için geniş ufuklar açmıştır.² Sağlık bakımında biyoteknolojiye verilen aşırı önem ve hastalık sürecinin sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarının dışlanması, Batı dünyasında biyolojik tıp bakış açısının bir dogma haline almasına neden olmuştur.³ Engel, bilimsel Batı tıbbındaki bu yaklaşımın temelini çok daha eskilere dayandırmaktadır. Beşyüz yıl kadar önce Kilise insan kadavrasının incelenmesine izin verdiğinde, insan düşüncesi ve davranışının bilimsel araştırılmasına karşı çekinceler de koymuştu. Bu durum, modern tıbbın anatomik ve yapısal temellerini hazırlamış, ancak insan bedeninin giderek artan parçalanışına da yol açmıştır. Araştırılacak konular nedensel olarak birbirine bağlı hallerde ya da birimlere ayrılmalıdır ki, parçalar daha sonra genel olarak bütünü anlaşılmaya sağlasın.⁴ Bu varsayım tıpta uzmanlaşmayı getirmiş ve insan bedeni parçalandıkça uzmanlaşma da ayrıntılara yönelmiştir.

Teknolojik devrimin yol açtığı bu süreç, 1960'larda birinci basamak sağlık bakımını neredeyse yok olma noktasına getirmiştir. Aslında daha 1920'lerde Peabody bu gelişmeyi görmüştü. Peabody, doruğuna ulaşan uzmanlaşmanın sağlık bakımı sunma sistemini çok fazla parçaladığını açıklayarak, geniş kapsamlı ve kişiselleşmiş bakım veren tıbbın ve genel pratisyenin hızla geri gelmesi çağrısında bulunmuştu.¹

Aile hekimliğinin serpilip gelişmesiyle, uzmanlaşma yönündeki gidiş tersine dönmeye başladı. Birinci basamakta yeni bir uzmanlık kavramı 1966'da ABD'nde resmi olarak tanındı. Yaklaşık 30 yıldır aile hekimliği birçok Batı ülkesinde, bireylere ve aile birimlerine birinci basamak sağlık bakımı vermeye üstlenmiş durumdadır. Aile hekimliğinin gücünün artmasıyla birinci basamak, tüm dünyada yavaş yavaş yeniden sağlık bakım sisteminin temelini oluşturmaya başlamıştır.¹

Birinci Basamak Sağlık Bakımı

Birinci basamak sağlık bakımı, hem sağlığın sürdürülmesinde hem de hastalığın sağaltımında hasta için sürekli sorumluluk alan ve hastanın sağlık sistemine giriş kapısını oluşturan bir tıbbi bakım sunma biçimidir. Hasta ile hekim arasında benzersiz bir etkileşim ve iletişim sağlayan kişisel bir bakımdır. Kapsam bakımından geniştir ve hastanın biyolojik, davranışsal ya da sosyal tüm sağlık sorunlarının çözümünde eşgüdüm sağlayıcı bir özelliği sahiptir.

Amerikan Aile Hekimliği Kurulu, birinci basamak sağlık bakımının işlevlerini şöyle sıralamaktadır:

1. Birinci basamak sağlık bakımı, ilk temas bakımındır ve hasta için, sağlık bakım sistemine bir giriş kapısı oluşturmaktadır.

2. Hem hastalıkta hem de sağlıkta bir zaman süreci içinde bireylerle ilgilendiği için süreklilik içerir.

3. Tüm temel geleneksel disiplinlerden işlevsel içerik aldığı için geniş kapsamlı bir bakımdır.

4. Hastanın tüm sağlık bakımı gereksinimleri için düzenleyici bir işlev görür.

5. Hastaların izlemi ve toplum sağlığı sorunları için sürekli bir sorumluluk alır.

6. Oldukça kişiselleşmiş bir bakımdır.¹

Aile Hekimliği

Aile hekimliği, tarihsel genel tıp pratisyenliğinin günümüzdeki ifadesi olan ve aile merkezli sağlık bakımı sunan bir uzmanlıktır.¹ Bu yaklaşım, aile hekimliğinin diğer tıp disiplinlerine benzeyen ve onlardan ayrılan yanlarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, öncelikle aile hekimliği ile ilgili bazı kavramları tanımlamak ve aralarındaki ayrımları belirlemek gerekir.

Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği (family medicine), tüm diğer disiplinler gibi esas olarak disipline özgü bilgi temelini oluşturmak ve geliştirmekle uğraşır. McWhinney, herhangi bir akademik disiplini tanımlamak için dört zorunlu ölçüt ileri sürmektedir: Ayırdedici bilgi temeli, özenli bir eğitim, kendine özgü tıp uygulaması ve etkin araştırma alanı.⁵ Aile hekimliği, birçok klinik disiplinden bilgi alır. Diğer disiplinlerle içerik paylaşımının yanısıra aile dinamikleri ve kişiler-arası ilişkiler, aile hekimliği bakış açısının oluşmasında temel öneme sahip konulardır. Aile hekimliğini tüm diğer disiplinlerden ayırdeden özellik, paylaşılan bilgiyi bütünlükte birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere kullanması ve bu bilgileri hastaya ve ailesine uygulama biçimidir. Aile hekimliğinin getirdiği yeniliklerden birisi de, davranış bilimini klinik tıp uygulamasına sokmasıdır.^{1,6}

Aile hekimliği uzmanlığı (family practice specialization), toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak üzere disiplini uygulamaya koyan ve birinci basamak sağlık bakımı sunan bir uzmanlıktır. Hastalığın bulunmasına ya da varolan yakınmaların niteliğine bakmaksızın her yaşta hastaya ve onların ailelerine kişiselleşmiş, sürekli ve geniş kapsamlı bakım sağlar. Tüm diğer uzmanlıklar gibi aile hekimliği uzmanlığı da bakım, sertifikalandırma ve asistan eğitimi programları gibi bazı standartların oluşturulmasıyla uğraşır.^{1,6}

Aile hekimi, aile hekimliği disiplinini uygulayan ve buna uygun olarak eğitim görmüş uzman hekimidir. Aile hekimi, ilk temas ve ilk değerlendirmeden kronik sorunların sürekli bakımına, yani korumadan rehabilitasyona bireyin tüm sağlık gereksinimlerinin yönetiminde sorumluluk alır ve bunun için hastasıyla içten ve

karşılıklı güvene dayanan bir ilişki kurar. Hastasının sağlık gereksinimlerinin çoğunu kişisel olarak karşılar, geri kalanlar için de hastasını, diğer disiplinlerden kendi belirlediği uzmanlara gönderir. Birey için gerekli tüm sağlık hizmetlerini en az parçalanmayla bütünleştirir ve eşgüdüm sağlar.^{1,6}

Bakımın Kişiselliği

Aile hekimleri hastaları yalnızca tedavi etmezler, onların sağlık bakımını da üstlenirler. Rakel, bu bakım işlevinin hastayı bir birey olarak kavramaya, bireyi kendi başına bir bütün olarak görmeye ve onun rahatsızlığı için sevecenlik göstermeye yönelik kişiselleşmiş bir yaklaşım gerektirdiğini vurgulamaktadır.¹ Aile hekimi hastalıklar değil, çözülmesi gereken sorunları olan hastalar temelinde düşünmelidir. Osler'in dediği gibi, "nasıl bir kişinin hasta olduğunu bilmek, hastanın ne gibi bir hastalığı olduğunu bilmekten çok daha önemlidir." Çünkü hastalıklar üzerinde yoğunlaşmak, hastaya bir bütün olarak yaklaşmayı önler. Aile hekimi tek tek organlar ya da sistemler üzerinde değil, karmaşık bir sosyal ortamda yaşayan insan üzerinde yoğunlaşır. Aile hekimini tüm diğer disiplin uzmanlarından ayıran en temel özellik budur: Hastalıklar üzerinde değil, hasta üzerinde uzmanlaşmak.

Bakımın Sürekliliği

Sürekli bakım, aile hekimliğinin temelini oluşturur⁷ ve bireyin sağlık sorununa bakmaksızın aynı hekimden ya da hekimler grubundan hizmet alması anlamını taşır.⁸ Aile hekiminin bakımı altına giren kişi ya da ailenin bakım sorumluluğu, hem bütünsel hem de sürekli. Yani, aile hekiminin yükümlülüğü hastalığın sonunda bitmez; bireyin sağlık durumuna ya da hastalık sürecine bakmaksızın devam eden bir sorumluluktur. Bu, aile hekiminin yalnızca o anki sorun üzerinde takılıp kalmasını önler ve hastanın bulunduğu ortam içinde kavranmasını sağlayan bir bakış açısı edinmesini sağlar.

Bakımın sürekliliği yalnızca daha kişisel ve daha insancıl tıbbi bakım sağlamakla kalmayıp hizmetin daha ekonomik olmasını da getirir. Bakımın sürekliliği aile bakımını teşvik eder, bilgi birikimini kolaylaştırmak zamandan tasarruf sağlar ve hekimin hastalarına karşı olan sorumluluk duygusunu artırır.^{9,10} Sürekli bir hekimin bakımında olmak, hastalar için de istenen bir durum olup hasta uyumunu ve hastanın aldığı hizmetten tatmin olmasını sağlar.¹¹⁻¹⁴

Toplumu Temel Alan Birincil Bakım Yaklaşımı

Aile hekimliğinin güçlenmesi, Batı'da uzmanlaşma yönündeki eğilimi kırmış ve birinci basamağın yeniden önem kazanmasını sağlamıştır.² Bugün ABD başta olmak

üzere birçok Batı ülkesi, geleneksel birinci basamak yaklaşımının değişik bir uygulaması olan, toplumu temel alan sağlık hizmeti sunma biçimine yönelmektedir.¹⁵ Hastasını beden, beyin ve akıl bütünselliği içinde ve yaşadığı iş ve aile ortamında değerlendiren aile hekimi, bakış açısını daha da genişleterek sorumlu olduğu topluluğun açığa vurulmamış sağlık gereksinimlerini de karşılayacak bilgi, beceri ve davranışlar edinmek durumunda. Aile hekimliğiyle toplum hekimliğinin kaynaştığı bu yaklaşımda, birinci basamak becerileriyle epidemiyolojinin ilkeleri birleştirilmekte ve hizmet edilen topluluğun sağlık sorunlarının sistematik olarak araştırılması ve tanımlanması amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımın bir özelliği de, halkın sağlık eğitimine önem verilmesidir. Sonuçta hasta-hekim ilişkisi, aile-hekim ilişkisine ve giderek toplum-hekim ilişkisine dönüşmekte ve hekim sağlıkla ilgili toplumsal süreçlere etkin olarak katılmaktadır. Toplumu temel alan birincil bakım yaklaşımı özetle şu temel ilkeleri içermektedir: Birinci basamak sağlık bakımı, epidemiyoloji, belirlenmiş bir topluluk, tanımlanmış programlar ve toplum katılımı.¹⁶ Bu yaklaşım, ABD'de yıllardır kamu destekli sağlık programlarının temelini oluşturmuştur ve bugün aile hekimliği, bu ilkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamına bütünleştirilmesinde en umut verici uygulama olarak görülmektedir.^{2,17}

Ülkemizde Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası çerçevesinde, 1960'lı yıllardan itibaren örgütlenmeye başlanan birinci basamak sağlık bakımının temel aldığı toplum hekimliği yaklaşımı, aslında yukarıda sözü edilen ilkeleri içermektedir. Bu nedenle aile hekimleri, aile hekimliğinin birinci basamak sağlık bakımı sunma sorumluluğunu üstlenmesi sürecinde, epidemiyoloji ilkelerinin ve sağlık eğitiminin uygulanmasına yabancılaşmama çalışmaları gerekmektedir.

Aile Hekimliğinde Sistemik Yaklaşım

Tıp uygulamasında "uzmanlık" felsefesi doğrusal düşünmeyi gerektirir. Doğrusal düşünmede koşullarla ilgili bilgiler kısıtlıdır ve nedensel ilişkiler, kısa zaman dönemleri içinde tek yönlü olarak oluşturulur. Ayrıca bu tip düşünmede, gözlemci ya da gözleme sistemi soruşturma alanından uzaklaştırılmıştır.^{3,18} Aile hekimliği bu felsefeyi aşarak tıp uygulamasına sistemik yaklaşımı getirmiştir. Aile hekiminin ilk sorumluluğu, hızlı ve doğru bir biyomedikal ayırıcı tanıdır; daha sonra hastalığın sosyal, ruhsal ve davranışsal boyutları incelenir. Doğrusal ve sistemik düşünmenin ardarda kullanılması aile hekimliği felsefesinin temelini oluşturur.³

Sistemik aile hekimliğinde birey diğer sistemler ortamında kavranır ve sağlık bir olgu olarak değerlendirilir. Semptomlar belli bir altsistemde odaklansa bile, sağlık

tüm organizmayı ilgilendiren bütünsel bir durumdur.^{3,19} Hastalık deneyimi tüm insan davranışının bir parçasıdır. Biyolojik süreçler her zaman psikolojik süreçlerden yani bilinçten bağımsız değildir. Sağlık ve hastalık dahil tüm insan davranışı belli ölçülerde güdülenebilir. Sonuçta bireyde oluşan yarı bilinçlilik durumu, kişisel sağlık ve iyilik hali için kişisel sorumluluğun ortadan kalkmasına yol açar. Sistemik düşünen aile hekimi, toplumun kültürel birikiminin yolaçtığı, insanlardaki yarı bilinçlilik durumuna karşı koyar ve kişiyi bilinçliliğe ve kendi sağlığından sorumlu olmaya yöneltir.³

Sistemik düşünme aile hekiminin bakış açısıdır; insan davranışlarını, bireyde ya da grup içinde gözlediği şekliyle genel olarak kavrama biçimidir. Aile hekimliğinde sistemik düşünme aynı zamanda aileyi birinci basamak sağlık bakımının en önemli boyutu olarak görür. Bakım ve sağaltım bireyde başlar ve gerektiğinde aileye yönelir. Aile bireyi, aile yaşantısının diğer bireylerine bağladığı, sosyal ve duygusal koşulların oluştuğu anlayış birimi olarak görülür.^{3,20} Bu aile ortamı, bireyin iyilik ve hastalık durumu üzerinde temel bir etkiye sahiptir ve bu yaklaşım, aile merkezli sağlık bakımı sunma anlayışının gerekçesini oluşturur.

Sonuç olarak, aile hekiminin bakış açısı, klinik biyomedikal düzeyde ayırıcı tanı yapabilecek kadar kalıpsal, diğer yandan da geniş sistemik ilişkiler ve kalıplar etki-leşimini görebilecek kadar esnek olmalıdır.

Sonuç

Kısa tanımlamalarla açıklamaya çalıştığımız gibi aile hekimliği özgün bir uzmanlıktır. Akademik bir disiplin olarak kendine özgü bilgi temeli, uygulama ve araştırma alanı ve uzmanlık eğitimi vardır. Bilgi temelinin özelliğine koşut olarak, uzmanlık eğitimi de özellikler içerir. Tüm diğer disiplinlerle paylaşılan bilginin öğretilmesi kadar, aile hekimine bu bilgileri disipline özgü kullanabilme becerilerinin kazandırılması da önemlidir. Dolayısıyla aile hekimliği uzmanı yetiştirme amaçlı müfredat, bu bilgi ve becerileri dikkate almak zorundadır. Bu bilgi ve beceriler, diğer kliniklerde verilecek eğitimle kazandırılmaz. Aile hekimliği asistanlarına herhangi bir birinci basamak sağlık kuruluşunda uygulama yaptırarak da bunu sağlamak olası değildir. Bunun için, aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarda aile hekimliği bölümleri ve bunlara bağlı aile hekimliği uygulama birimleri oluşturulması gerekir. Sayıları giderek artan ve uzmanlık eğitimine başlayan Tıp Fakültelerindeki Aile Hekimliği Anabilim Dalları da bu birimleri kurmak zorundadır. Kısacası, eğitim kurumları, tıp öğrencilerinin ve aile hekimliği asistanlarının, hastalarına ve onların ailelerine süresiz bir zaman dilimi içinde sürekli ve kapsamlı bakım yapabilecekleri ortamı sağlamalıdır. Bu eği-

tim ortamında, aile hekimlerinin, sık görülen hastalıkların tanı ve sağaltımında ve daha seyrek rastlanan karmaşık hastalıkların ayırıcı tanısında yetkinleşmesi üzerinde durulmalıdır. Tanısal testlerin ve araştırmaların seçiminde titizlik, kazandırılması gereken en önemli becerilerdendir. Davranış bilimleri ile klinik tıbbın bütünleşmesi, aile dinamikleri ve bunların hastalık ve iyilik halleri üzerine etkileri öğretilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplam süresi ne kadar olursa olsun, aile hekimliği bölümlerine bağlı aile hekimliği uygulama birimlerinde çalışılacak süre en az bir yıl olmalıdır. Bu süre aile hekimliği uzmanlık eğitiminin en vazgeçilmez bölümüdür. Çünkü asistanlar aile hekimi niteliğini bu birimlerde kazanacaklardır.

Sonuç olarak, aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi bugün geri dönülmez bir noktaya gelmiştir. Bu noktada bize düşen görev, aile hekimliğinin akademik boyutunu güçlendirmektir. Öncelikle kendimizi hazırlamalıyız. Nitelikli aile hekimleri yetiştirmenin yollarını aramalıyız. Aile hekimliğinin toplum tarafından kabul görmesi ve saygınlığının artması, nitelikli aile hekimlerine bağlıdır. Aile hekimliğinin saygınlığı arttıkça, birinci basamakta kendimize açtığımız yer giderek genişleyecek ve birinci basamağın güçlendirilmesiyle de sağlık sistemimizde bozulan dengeler yeniden kurulacaktır.

Kaynaklar

1. **Rakel RE.** The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 4. baskı. Philadelphia, WB Saunders Co., 1990; 3-8.
2. **Nutting PA, Green LA.** Community-oriented primary care. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 4. baskı. Philadelphia, WB Saunders Co., 1990; 306-14.
3. **Williamson DS, Noel ML.** Systemic family medicine: an evolving concept. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 4. baskı. Philadelphia, WB Saunders Co., 1990; 61-79.
4. **Engel GL.** Need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
5. **McWhinney IR.** General practice as an academic discipline. *Lancet* 1966; 1: 419-23.
6. **Stewart WL.** Clinical database: the scope of family medicine. Fundamentals of Family Medicine'de. Ed. Taylor RB. 2. baskı. New York, Springer-Verlag New York Inc., 1983; 85-8.
7. **Hennen BK.** Continuity of care. Family Medicine. A Guidebook for Practitioners of the Art'da. Ed. Shires DB. 1. baskı. New York, McGraw-Hill Company, 1980; 3-6.
8. **Buetow SA.** What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med* 1995; 40(2): 213-21.
9. **Hjorthdahl P.** Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility towards, their patients. *Fam Practice* 1992; 9(1): 3-8.
10. **Hjorthdahl P, Borchgrevink CF.** Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Br Med J* 1991; 300(6811): 1181-4.
11. **Roland M, Major V, Morris R.** Factors associated with achieving continuity of care in general practice. *J R Coll Gn Practitioners* 1986; 36: 102-4.
12. **Ettlinger PR.** General practice compliance study: is it worth being a personal doctor. *Br Med J* 1981; 282(6271): 1192-4.

13. **Shear CL, Gipe BT, Mathers JK ve ark.** Provider continuity and quality of Med. Care. A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. *Med Care* 1983; 21(12): 1204-10.
14. **Hjorthdahl P, Laerum E.** Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1992; 304 (6837): 1287-90.
15. **Tollman S.** Community-oriented primary care: origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991; 32: 633-42.
16. **Mullan F.** Community-oriented primary care: epidemiology's role in the future of primary care. *Public Health Reports* 1984; 99(5): 442-5.
17. **Nutting PA, Wood M, Conner EM.** Community-oriented primary care in the United States. *JAMA* 1985; 253(12): 1763-6.
18. **Bloch DA.** Family/disease/treatment system: a coevolutionary model. *Fam Systems Med* 1987; 5(3): 277-80.
19. **Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB.** Family Medicine: The Maturing of a Discipline. New York, The Haworth Press Inc., 1987; 51-69.
20. **Hennen BK.** The family as the unit of care. Family Medicine. A Guidebook for Practitioners of the Art'da. Ed. Shires DB. 1. baskı. New York, McGraw-Hill Book Company, 1980; 7-13.

Geliş tarihi: 18. 09. 1996

Kabul tarihi: 22. 07. 1997

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Okay Başak
Meşrutiyet Mah. Gazi Bulvarı
8/1 Sok. No: 24 09100 AYDIN
Tel: (0256) 216 83 95
Faks: (0256) 214 83 95
Ev: (0256) 214 20 39