

Aile Hekimliğinde Genetik Moleküler Tanı Uygulamaları

Kerimi E. GÖKAY, M.D., Ph.D.

© Gökay – Biyotek Ltd. / Medikal Yayın Grubu

I. GİRİŞ:

A-1) Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği

Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliğinin kuruluşu ve ilk on yılını değerlendirdiği 1978 tarihli makalesinde Dr. Geyman Aile hekimliğini “doğrudan halktan gelen kapsamlı, devamlılık ve kolay erişilebilirlik esaslarına dayalı bir birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacına cevap vermek amacıyla” tesis olunmuş bir tıp kolu olarak tarif etmektedir (JP 1978) (Geyman 1990). Bu ihtiyaç dünyada ve ülkemizde bugün her zamankinden daha kuvvetli olarak hissedilmektedir. Tıp ilmi dahilindeki diğer bütün uzmanlık dalları gibi, yurdumuzda da Aile Hekimliği T.C. Sağlık Bakanlığınca onaylı ve üniversitelerimizde kürsüleri olan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Ancak pratik uygulamada Türkiye’de Aile hekimliğinin varlığından söz etmek mümkün değildir. Kuvvetle muhtemeldir ki yurdumuzda da doğrudan halktan gelen kuvvetli bir talep olmadıkça bu gerçeklik değişmeyecektir.

Aile hekimliği on yılı aşkın geçmişine rağmen Türkiye’de henüz arzulanana noktaya gelememiştir. Bunun belki birinci sebebi mesleği seçen hekimlerin Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) Aile Hekimliğini bir son tercih yada yalnızca açıkta kalmamak için seçmeleridir. Üzücüdür ki yurdumuzda bu vesile ile kendilerine Aile hekimliği uzmanlık sertifikası verilmiş hekimlerin ciddi bir çoğunluğu ne sahibi oldukları sertifikaya sahip çıkmakta ne de bu sertifikanın anlam ve amacını kavrayabilmektedirler. Bariz olan gerçek Aile hekimliğinde halen hem uygulamada hemde eğitimde büyük açıklar mevcuttur. Üniversitelerimizde Aile Hekimliği anabilim dalları yaygın ve etkin değildir. Bu eksikliklerin doğal sonucu olarak Aile Hekimliği uzmanları mesleklerini tam anlamıyla icra edebilecekleri iş ortamlarında istihdam edilmezken, başka, başka kişi ve kurumlar “Aile hekimliği hizmeti” adı altında, lisans eğitimini görmedikleri bir dalda ve bu uzmanlık dalının temel ilkelerine aykırı bilinçsiz uygulamalara girişmektedirler. Oysa modern tıba öncülük eden birçok ülkede bu eksiklikler uzun zaman önce giderilmiş ve Aile hekimliği uygulamalı bir bilim dalı olarak sağlık sektörüne pratik katkılarının yanısıra tıp literatürüne birçok eser kazandırmıştır. Unutulmamalıdır ki yurdumuzda da hem Aile Hekimliğine gönül veren hekimlerin hemde de bu hizmeti talep eden bireylerin arzuladıkları modern tıp hizmetine kavuşabilmeleri ancak yukarıda sıraladığımız eksikliklerin giderilmesi ile mümkündür.

18. yüzyıla kadar tıp ilmi bütün unsurları ile bütünlük sağlayan bir disiplin olarak kalmışsa da özellikle etkin anestezi ve cerrahi tekniklerin gelişmesi ile

hariciye (cerrahi) genel tababetten ayrılan ilk uzmanlık dalı olarak kabul görmüştür. Bunun ardından 19. ve 20. yüzyıllarda teknoloji ve bilimde yaşanan hızlı ilerleme, farklı hastalıkların değişik organ sistemleri üzerindeki seçici fizyopatolojik etkileri anlaşılma ve tıpta her geçen yıl artan yeni özgün tanı ve tedavi metodları yerleşmeye başladıkça tababette bugün alışageldiğimiz sayıları yirmiyi aşkın tıpta uzmanlık dalları ard arda tesis olunmuştur. Bu gelişimin özellikle 20. yüzyılın başından 1960'lı yıllara kadar modern tıbbı damgasını vurduğu inkar edilemez bir gerçektir. Ancak genel tababette yaşanan bu ihtisaslaşma ve teknolojik ilerlemeye paralel olarak sağlık sektöründe bazen hastaların birey olarak ikinci plana itildiği, hastalığın ve hastaya uygulanan tedavi yaklaşımının daha ön plana çıktığı, pahalı, karmaşık ve hatta bazen tıbbi etik değerlerle çatışan bir yaklaşım hakim olmaya başlamıştır. Bu gelişme tıp ilmindeki güncel ilerlemelere sırtını dönmeden tüm modern teknik ve bilgilerin etkin ve ekonomik biçimde uygulandığı fakat diğer tıp dalları gibi genel tababeti bölüp parçalayan değil, tam aksine birçok uzmanlık dalını bünyesinde toplayan ve herşeyden önce daima birey olarak hastayı ve onun yakın çevresini ön planda tutan bir uzmanlık dalına ihtiyaç olduğu hem hekimler hemde hizmet verdiğimiz bireylerce malumdur (Hunt 1993). Gerçekte bugün hasta, ailesi ve hekim arasında süregelen, karşılıklı güven, saygı ve eksiksiz bir iletişimin ön planda yaşandığı sosyal yönü zengin, kolay erişilebilir ve mali yönden etkin bir tıp hizmetine büyük ihtiyaç vardır. İşte bu ihtiyaca cevap vermek amacıyla Amerika Birleşik Devletlerinde 30 yılı aşkın bir süredir ve ülkemizde yaklaşık 15 yıldır Aile Hekimliği bir ihtisas dalı olarak tesis edilmiştir.

Aile hekimliği altı temel ilke üzerine kurulmuş bir uzmanlık dalıdır. Bu ilkeler sırası ile; 1- Hizmette devamlılık (**Continuity**), 2- Kapsamlı hizmet (**Comprehensiveness**), 3- Sağlık hizmetlerinde koordinasyon (**Coordination**), 4- Toplum sağlığı (**Community**), 5- Koruyucu hekimlik (**Prevention**) ve 6- Aile bütünlüğüdür (**Family**). Ancak burada vurgulanması gereken unsur Aile hekimliğinde başarılı hizmetin esası, bu ilkelerde tek tek ne derece başarılı olunduğu değil, bireylere sunduğumuz hizmette bir bütün olarak bu altı ilkede entegrasyonun ne oranda sağlandığıdır. Örneğin, geniş kapsamlı ve koordinasyonu mükemmel olan bir sağlık hizmetinde eğer devamlılık, aile ve toplum bazında entegrasyon sağlanamıyorsa Aile hekimliği yönünden etkin ve başarılı bir hizmet sunulduğu iddia edilemez.

Amerikan Aile hekimliği Akademisinin (AAFP) 1993 yılında yayınladığı "Aile hekimliği hakkında gerçekler" (*Facts about Family Practice*) başlıklı yayında Aile, Aile hekimi ve Aile hekimliği tanımlanmış (**Tablo 1.1**) ve Aile hekimliğinin en önemli esasının hizmette devamlılık (süreçlilik) ilkesi olduğu vurgulanmıştır. Burada kastedilen bireyi ve tercihen ailesinin tamamını, aynı kişi, kurum veya kuruluştan hizmet almaya devam ettiği sürece karşılaşılan tüm hastalık süreçlerinde ve sağlam-kişi muayenelerinde (**check-up**) tek bir aile hekiminin en azından belli rutin aralıklarla görmesidir. Böylesine süregelen bir hasta-doktor ilişkisinin doğal olarak karşılıklı güven ve saygıya dayalı güçlü bir

sosyal ilişki yaratacağı bilinmektedir. Dahası, bu şekilde tesis olunan karşılıklı güven Aile hekimliğinde sıkça kullanılan güçlü bir terapötik unsurdur.

İkinci olarak vurgulanması gereken unsur ise Aile hekimliğinde önceliğin hastalık değil her zaman için hasta olduğudur. Diğer uzmanlık dallarının aksine aile hekimi olarak hizmet verdiğimiz hastaların bizlere başvurmak için belli konu veya organ sistemi ile ilgili sorunları olması, belli bir yaş gurubunda olmaları veya belli bir cinsiyetten olmaları gerekmemektedir. Tam aksine, aile hekimlerine hastalar, o an için hiçbir şikayetleri olmasada, yalnızca insan oldukları için başvurabilmelidirler. Bu prensip bireysel aile hekimleri kadar Aile hekimliği hizmeti veren kurum ve kuruluşlar içinde geçerli temel bir gerekliliktir.

Tablo 1.1 Aile, Aile hekimi ve Aile Hekimliğinin tanımı (Kaynak: American Academy of Family Physicians 1984, 1991.)

Aile	Aile, aralarında halen süren hukuki, genetik ve/veya duygusal bir bağ olan bireylerin oluşturduğu insanlar gurubudur. Ailenin toplumsal rolü özellikle çocuk ve yaşlı bireylerin korunması ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.
Aile hekimi	Aile hekimleri, Aile Hekimliği ihtisasının esaslarına uygun nitelikte hizmet sunan uzman tıp doktorlarıdır. Aile hekimi aldığı eğitim ve tecrübesi sayesinde belli tıp ve cerrahi dallarını kapsayan geniş bir yelpazede hizmet vermeye yetkindir. Aile Hekimliği eğitimi bu dalda uzmanlaşan hekimlere cinsiyet, yaş veya başvuruya sebebiyet veren biyolojik sorun, davranış bozukluğu veya sosyal sorundan bağımsız olarak bakımını üstlendiği aile fertlerinin tümüne, koruyucu sağlık hizmetleri de dahil, sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti vermesine olanak sağlar. Bu süreçte Aile hekimi hastanın veya ailenin sağlıkla ilgili bütün meselelerinde, gerekli konsültasyon ve sosyal hizmetlerde dahil olmak üzere, her türlü danışmanlığını da üstlenir.
Aile Hekimliği	Aile Hekimliği, birey ve ailelere süregelen ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir uzmanlık dalıdır. Bir uzmanlık dalı olarak biyolojik klinik ve davranış biliminin birçok unsurunu bünyesinde barındırır. Aile Hekimliğinin boyutları bütün yaş guruplarını, her iki cinsiyeti, bütün organ sistemlerini ve bilinen her hastalığı kapsar. Bu anlamda Aile Hekimliği genel tababetin çağdaş ve aile çevresine odaklanmış modern bir yorumudur.

1) Hizmette devamlılık:

Aile hekimliğinde hizmette devamlılık kavramı diğer tıpta uzmanlık dallarındakinden farklı bir anlam içerir. Diğer branşlarda süreğenlik çoğu kez hastalık süreci ile sınırlı olup, hizmette devamlılık tedavi süreci yada hastalığın doğal seyri ile sınırlıdır. Bunun aksine Aile hekimliğinde süreğenlik hasta aynı hekimi görmeye devam ettiği sürece kesintisiz devam eder. Bir başka söylem ile, diğer uzmanlık dallarında her vakka bir teşhis ve tedavi sürecini kapsarken aile hekimliğinde her vakka doğumdan ölüme bir bireyin tüm hayat sürecini kapsar. Hatta Aile Hekimliğinde doktor hasta ilişkisi aile planlaması aşamasında henüz kişi ana rahmine düşmeden başlar ve aile bazında dikey genetik geçiş sayesinde ölümden sonra da devam eder.

Diğer tıp dallarında hekim açısından hastalık veya şikayet konusu bir süreç hastalar ise birer olgu iken, Aile hekimliğinde hastaya hizmet bir süreç hastalıklar birer olgudur. Bu açıdan Aile hekimliğinde hastalık zarfında geçen zaman, bir hizmet sürecinin başı ve sonunu değil, sadece hizmetin bir dilimini ifade eder. Dahası, Aile hekimliğinde zaman faktörü kapsamlı teşhis ve hasta takibi ile birleştirilerek sıkça kullanılan etkin bir diagnostik (bazende terapötik) araçtır.

Aile hekimliğinde karşılıklı olarak hekim ve hizmet alan bireyler devamlılık arz eden bu hizmet sürecinin bilincinde olmalı ve devamlılığı birbirlerine taahhüt etmelidirler. Hizmette devamlılık prensibinin etkin olarak uygulandığı bir Aile Hekimliği hizmetinde her tıbbi karardan önce hastanın özgeçmiş hastanın güncel durumu ile birlikte değerlendirilmeli, hem iyiye hemde kötüye gidişte takibin önemi hastaya vurgulanmalı, hasta ile hekimi arasında sadece kısa vadeli değil orta ve uzun vadeli sağlık hedefleri belirlenmeli ve hayata geçirilmeli, en önemlisi ise hasta ve aile hekimi arasında yakınlık ve güven tesis edilmelidir.

2) Kapsamlı hizmet:

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı yukarıdada sıraladığımız aile hekimliğinin altı temel ilkesi ve uygulamaları hususunda duyarlı uzman hekimler yetiştirmenin yanı sıra hekimlere temel pediatri, dahiliye, kadın-doğum, cerrahi ve psikiyatri nosyonları kazandırmaktır. Bu niteliği ile Aile hekimliği bu beş anabilim dalının ortak paydası baz alınarak oluşturulan bilgi birikimin üzerine inşa edilmiş özgün bir daldır. Kendine baz aldığı bu geniş taban ve hizmet kapsamı dahilindeki hasta kitlesi sayesinde Aile hekimliği tartışmasız modern tıpta en kapsamlı hizmet veren uzmanlık dalıdır. Birçok çalışmaya göre Aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların %80-90'ına, sorunun niteliğinden bağımsız olarak, kesin çözüm getirebilmektedirler. Nevarki, Aile hekimliğinde hizmetin kapsamı aile fertlerinin tümünü içerecek tarzda geniş bir biyolojik perspektifi içermenin yanı sıra hizmet verdiği bireylerin sosyal ve pisişik durumlarında kapsar boyutta olmalıdır. Aile hekimliğinde hastaya önerilen bütün

tanı ve tedavi yaklaşımları bireye özgün olmalı ve bir bütün olarak bireyin biyolojik, pisişik ve sosyal ihtiyaçlarına cevap vermelidir.

Unutulmamalıdır ki sağlık sorunları kendi başına hastada stres yaratan bir faktördür ve klinik tedavi gören hastaların kabaca % 50 ila 60'ı tedavi gördükleri hastalıktan bağımsız olarak ayrıca depresyondadırlar. Bunun yanısıra birçok sağlık şikayetinin bazen gizli kalsada bir psikosomatik komponenti vardır. Aile hekimliğinde tedavinin bu yönüyle bir bütünlük sağlaması esastır. Gereğinde doğrudan hastaya bazende ailesi ve sosyal çevresine bu yönde telkin veya müdahale Aile hekiminin hizmetleri kapsamındadır.

Bireysel sağlık hizmeti olarak Aile hekimliği hastane, muayenehane veya sağlık merkezleri gibi farklı ortamlarda verilebilir. Bunun yanı sıra, aile hekimleri diğer tüm uzmanlık dallarına kıyasla en yoğun olarak ev ziyareti yapan uzmanlardır (bir çalışmaya göre A.B.D.'de Aile hekimlerinin %62'si rutin olarak ev ziyareti yapmaktadır). Hizmetin bu kapsamıyıda Aile hekimi hastanın yalnızca doktoru değil aynı zamanda danışmanı, sırdaşı ve dert ortağıdır. Aile hekimleri hastanın şikayetlerinin en az tıbbi yönden kendilerinde yarattığı intiba kadar pisişik ve sosyal yönden hastanın kendisi içinde ne anlama geldiğini mutlak surette anlaşılmasına çalışılmalıdır. Ancak bu şekilde gerçek anlamda doktora değil hastaya endekli (*patient-centered*) ve kapsamlı sağlık hizmetinden söz edilebilir.

3) Sağlık hizmetlerinde koordinasyon:

Doğaldır ki tek bir hekimin toplumda bireylerin her sorununu çözebilir yetide olması beklenemez. Ancak, Aile Hekimliğinin bir klinik dal olarak uygulandığı ülkeleri kapsayan Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, Aile hekimleri kendilerine getirilen sorunların % 90'ı ila % 95'ini çözebilmektedirler. White et. al.'ın Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'yi içeren 1961 tarihli çalışması ise hekime başvuran her 250 hastadan 235'inin (% 94) Aile hekimlerince tedavi edildiği, 9'unun (% 3.6) hastaneye yatırıldığı, 5'inin (% 2) başka bir uzmana danışıldığı ve yalnızca 1'inin (% 0.4) bir refereans hastanesine gönderildiğini ortaya koymuştur (White KL 1961). Bu açıdan bakıldığında Aile hekimliği kliniklerinde, diğer bütün kliniklerde olduğu gibi, zaman zaman başka uzmanlardan konsultasyon istendiği yada hizmet alındığı açıktır. Ancak Aile hekimliğinde, diğer uzmanlık dallarının aksine, bu sürecin Aile hekiminden bağımsız değil tam aksine onun yönlendirmesi, takip ve gözetiminde gerçekleşmesi esastır. Bu kapsamda hasta için istenen konsültasyondan hasta kadar onun aile hekimide tam tatmin olmalı ve konsültasyon sonrası varılan teşhis ve yapılan öneriler hastaya konsultan hekimce değil aile hekimi tarafından izah ve takip olunmalıdır. Yani Aile hekimi takip ettiği bireylere yalnızca geniş anlamda birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla kalmayıp, bunun yanısıra ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere geçişi sağlayan danışmanlık ve takip hizmeti de sunmalıdır.

Aile hekimliğinde koordinasyonu sağlanması gereken unsurlar şunlardır; 1) Hastanın konsültasyon sürecinin başlatılması, takibi, gereğinde hasta ile birlikte orada bulunulması ve mutlak surette konsultan hekimlerle doğrudan temas kurulması, 2) Aile hekiminin tatil, iş gezisi veya hastalık gibi sebeplerle yokluğunda kayıdında bulunan hastaların geçici bir süre için takibinin koordinasyonu, 3) Konsültasyonlar ve tüm hastane epikrizleride dahil olmak üzere bütün laboratuvar ve klinik verinin eksiksiz olarak tek bir elde toplanması ve bu verilerin gereğinde hastaya, ailesine yada konsultan hekimlere aktarılması.

Sağlık hizmetlerinde koordinasyonun Aile hekimlerince yapılmasının bir diğer yönü ise bunun hastaya yansıyan ekonomik boyutudur (**bakınız Bölüm A-5: Sağlık ekonomisi ve bireysel sağlık danışmanlığı**). Sağlık hizmetinin laboratuvar, görüntüleme ve ayrı ayrı uzmanlık dallarını kapsayan farklı alt birimlerden oluştuğu hizmet paylaşımı (shared care) esasına dayalı bir yapıda sunulan hizmetin her aşaması doğrudan hastaya veya dolaylı olarak hizmeti finanse eden kurum yada kuruluşa ek bir maliyet getirmektedir. Dahası, birim hizmete birim maliyet esasına dayalı bu tür poliklinik hizmetlerinde, hem eksiksiz hizmet almak hemde sağlık harcamalarını net maliyeti öngörölmüş bir bütçeye sığdırmak mümkün değildir. Hizmet koordinasyonu (*managed care*) esasına dayalı Aile hekimliği sisteminde ise bütün boyutları ile sağlık hizmeti birey başına birim maliyet esasına dayalı olarak kapitalize edildiğinden hizmet maliyeti azalmaktadır. Bu sistemde hastalar gerçekten o ay belli bir hizmeti kullansalar yada kullanmasalarda ortak bir havuza her ay eşit oranda katkı sağlarlar. Bunun karşılığında ise sisteme kayıtlı hastaların tümünün o ayki laboratuvar, konsültasyon veya görüntüleme gibi toplam hizmet maliyeti hasta veya kurumunca değil bu ortak havuzdan aile hekimince (veya hekimin bağlı olduğu kuruluşça) karşılanır. Burada aile hekiminin rolü her boyutu ile hizmetin koordinasyonunu sağlamak, takibindeki hastalar adına dışarıdan hizmet aldığı şahıs, kuruluş veya kurumlarla kontratlar yaparak en uygun fiyata en etkin hizmeti temin etmek ve en önemlisi bütün hastalara makul ve planlı bir bütçe dahilinde eş nitelikte ve eksiksiz hizmet olanağı sunmaktır.

4) Toplum sağlığı:

Aile hekimliğinde hizmetin bireysel yönü ağırlıklı olmakla beraber unutulmamalıdır ki her birey aslında mesleği, kültürü ve yaşantısı ile içerisinde yaşadığı toplumun bir parçasıdır. Sağlık hizmetinin verilmekte olduğu toplum ve ülke şartlarının hastanın aile hekiminden beklentilerini ve sağlık hizmetin niteliğini şekillendireceği göz ardı edilmemelidir. Örneğin toplumda genel olarak yaygın hastalıkların neler olduğu, yaşam tarzı ve çevrenin bireyleri ne gibi riskler altında bıraktığı, hepatit ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı Aile hekimince bilinmeli ve hastaya yaklaşım, hasta takibi ve bazende tedavi seçenekleri bu bilgiler ışığında planlanmalıdır. Dahası, Aile hekimleri bu bilgileri hastalarına aktararak hizmet verdikleri toplumda sağlık eğitimine katkıda bulunmalıdır. Bu şekilde topluma yönelik planlanan ve yürütölen birinci basamak

temel sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hekimlik hem de bireysel sağlık yonunden olumlu katkıları çok açıktır (Bayer and Fiscella 1999).

İkinci olarak hastanın içerisinde yaşadığı toplumun şartları ve bireyin toplumdaki yeri Aile hekimince iyi analiz edilmelidir. Zira sosyal çevrenin hasta üzerinde yarattığı baskı ve destekler bilindiği takdirde bu bilgi Aile hekimine hem teşhiste hemde tedavide büyük kolaylıklar sağlayan bir araç olacaktır. Örneğin hastanın ne tür bir işle uğraştığının yanı sıra işyerindeki çalışma şartları bilinmeli, hastanın hayat tarzı, varsa hobileri ve meslek dışı sosyal aktiviteleri tesbit edilmelidir. Bu anlamda Aile hekiminde hizmet verdiği toplumun sosyal kurum ve kuruluşlarına aktif olarak katılımı ve imkanlar el verdiği ölçüde toplumun sunduğu sosyal hizmetlerden hastalarını haberdar etmesi gereklidir.

5) Koruyucu hekimlik:

Aile hekimlerince verilmesi gereken koruyucu hekimlik hizmetleri üç ana kolu kapsamalıdır; 1) Hastaların bağışıklama ve sağlık eğitimi gibi yollarla hastalık risk faktörlerinden korunması. 2) Diyabet gibi kronik hastalıkları olan hastaların bu hastalıklarına bağlı gelişebilecek sekellerden korunması veya bu sekellerin oluşumunun geciktirilmesi. 3) Hastaların daha sağlıklı bir hayat tarzına özendirilmesi ve rutin sağlam kişi muayenelerinden (*check-up*) geçirilmesi.

Aile hekimliğinde koruyucu hekimlik hizmeti hastalara kalıplar halinde sağlıklı bir hayat için neler yapıp neler yapmamayı önermenin ötesinde mutlak surette bireysel olmalı ve hekimin ön sezgilerini de içermelidir. Örneğin her yıl aynı zamanda ortaya çıkan bazı semptomların hastanın yakın geçmişte yaşadığı büyük bir kayıptan dolayı su yüzüne vuran bir “yıldönümü reaskiyonu” olabileceği ancak kişinin özgeçmişi yakından takip edildiğinde kolayca akla gelebilir. Bunun yanısıra belkide ilk bakışta çok önemsenmeyecek bir bulgunun aslında ileri tetkik veya proflaktik tedaviyi gerektiren bir olgu olduğu ancak hastanın bir önceki sağlam kişi muayenesine (*check-up*) göre değişmiş yeni bir olgu olması ve hastaların rutin takipleri ile mümkündür. Dahası unutulmamalıdır ki erken teşhis ve tedavi ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya koroner damar darlığı gibi hastalıkların hayatı tehdit edecek boyutlara varması uzun yıllar önlenebilir. Eksiksiz bir koruyucu hekimlik hizmeti için aile hekimliği hizmetinde tanımlanması mümkün olan tüm risk faktörleri hastanın kayıtlarına dahil edilmeli, bu risk faktörleri hasta ile tartışılmalı, eğer bazı risk faktörlerinin giderilmesi için bir süreç gerekiyorsa bu süreç hasta ile birlikte kararlaştırılıp bu dönemde hastaya destek olunmalı, doğal hayat sürecinde yaşanabilecek evlilik, boşanma, ölüm gibi krizler yada hayat tarzında olabilecek değişiklikler önceden tahmin edilmeye çalışılmalı ve herşeyden önemlisi hayat tarzından dolayı hasta yargılanmamalı ve her zaman hastaya destek olunmalıdır.

6) Aile bütünlüğü:

Aile hekimliğinde hastaya bireysel yaklaşım kadar, bireyin mensubu olduğu aileye bir bütün olarak yaklaşmak esastır (Christie-Seely 1981). Sosyolojik boyutunun yanında bireylerin aileleri ile organik bağları olduğu unutulmamalı, aile fertlerinin hastalıklarının aileyi nasıl etkileyeceği ve aile yapısının hastalığın seyrini nasıl etkileyeceği sorgulanmalıdır. Aileler ile iletişim kurma, fonksiyonel ve disfonksiyonel aileleri kolayca teşhis etme sanatı Aile Hekimliği hizmetinin doğal bir parçasıdır. Unutulmamalıdır ki en disfonksiyonel ailelerde bile, aile bağı sürdüğü sürece, fertler arasında bir dayanışma vardır. Dahası Aile hekimleri teşhis ve tedavide bu dayanışmayı ve aile içi dinamikleri hastanın yararına kullanmayı bilmelidirler.

Aile hekiminin takibindeki bütün hastaların kayıtlarında mutlak surette bir genogram, bir aile çemberi ve aile ağı bulunmalıdır (**bakınız Bölüm A-3: Aile yapısı ve aile - birey etkileşimi**). Bunun yanısıra hastanın takip edildiği süre zarfında aile içerisinde değişen rolleri ve bir birey olarak kendisinin yeni oluşturacağı aile bağları hasta kaydına girilmelidir Bu kayıtlar sayesinde hastanın alabileceği aile desteğini, ailenin ondan olan beklentilerini ve hayat sürecinde yakın gelecekte karşılaşabileceği sorunları önceden kestirmek mümkündür. Aile hekimleri topladıkları bu bilgiler ışığında yalnızca bireye değil gerektiğinde ailenin diğer fertleri ile de temas kurmalı, aileye telkinlerde bulunmalıdır.

Özetle, Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerini bir bütün olarak kapsayan, sosyal yönü zengin ve ekonomik olması ile ideale en yakın hasta hizmetinin verildiği modern bir tıp dalıdır. Unutulmamalıdır ki uzun yıllardır Tıp fakültelerinde ağırlıklı olarak yeni uygulamaları ve ileri branşlaşmayı teşvik eden bir anlayış hakim olmuş ve hatta temel birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir. Ancak bugün Aile hekimliğinin yukarıda sıraladığımız temel ikleleri diğer tıp dallarınca da anlaşılmalı, değer verilmeye, öğretilmeye ve uygulanmaya başlamıştır. Dahası Türkiye gibi sağlık bütçesi harcamalarının çok sınırlı ve temel sağlık hizmetlerinde büyük eksikliklerin olduğu birçok ülkede Aile hekimliği modeli en cazip ve en akılcı hizmet modelidir. Unutulmamalıdır ki nasıl Aile hekimliği dahiliye, pediatri, cerrahi gibi uzmanlık dallarının temel uygulamalarını kendine baz almışsa, diğer uzmanlık dallarının ve hatta ülke temel sağlık politikasının Aile hekimliğinin temel ilkelerini kendine uyarlaması ve bu aşamada uzman Aile hekimlerinin birikimine başvurması doğaldır.

Diğer uzmanlık dalları gibi Aile Hekimliği de araştırma, eğitim, teknoloji ve bilimsel ilerlemeye açıktır. Hatta Aile Hekimliğinde son yıllarda yaşanan gelişmeler spor hekimliği, geriatri, adolesan hekimliği, işyeri hekimliği gibi alt uzmanlık kolları oluşmasına yol açmıştır. Bu sebeple bazen uygulama ve hasta portföyünde farklılıklar gösterse de, ilkelerine uygun olarak icra edildiğinde, Aile hekimliği hizmeti mesleği hakkıyla icra eden hekimler için zorlu olduğu kadar tatmin edici bir uzmanlık dalı olacaktır.

NOT: Gökay - Biyotek Ltd. Şti. Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamalarına tam destek vermektedir. Bilhassa hasta takibinde ve prognostik genetik analiz uygulamalarında lisanslı Aile Hekimlerine ve firmamız kriterlerine uygun personel, teçhizat ve prensiplerde hizmet üreten birinci basamak sağlık kurumlarına avantaj ve öncelik tanınmaktadır. Daha fazla bilgi almak ve anlaşmalı hekim ve kurumlarımızla bağlantı kurmak için www.gbt-genetik.com adresini ziyaret ediniz.

Referanslar:

Bayer, W. H. and K. Fiscella (1999). “Patients and community together. A family medicine community-oriented primary care project in an urban private practice.” Arch Fam Med **8(6)**: 546-9.

Christie-Seely, J. (1981). “Teaching the family system concept in family medicine.” J Fam Pract **13(3)**: 391-401.

Geyman, J. P. (1990). “Family medicine as an academic discipline: progress, challenges, and opportunities.” J Fam Pract **31(3)**: 297-303.

Hunt, V. R. (1993). “The unifying principles of family medicine: a historical perspective.” R I Med **76(7)**: 351-60.

JP, G. (1978). “Family practice in evolution: progress, problems and projections.” N Engl J Med **298**: 593-601.

White KL, W. F., Greenberg B (1961). “Ecology of medical care.” N. Engl. J. Med. **265**: 885-892.

DİKKAT

“*Aile Hekimliğinde Genetik Moleküler Tanı Uygulamaları*” başlıklı yayınınızın giriş bölümü yukarıda ücretsiz olarak istifadenize sunulmuştur. Bu kitabın devamını okumak veya diğer Gökay-BIOTECH yayınlarından edinmek için lütfen YAZILI OLARAK halkla ilişkiler ofisimize başvurunuz. Tüm yayınlarımız CD-ROM (Windows - Adobe Acrobat formatında) veya kağıt baskı tarzında istenebilir. Başvurularda istenen adet ve formatın belirtilmesi rica olunur.

© Her hakkı saklıdır.
