



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN GÖZÜNDEN EĞİTİM
SÜREÇLERİNE KATKISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

KÜBRA EROĞLU

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN GÖZÜNDEN EĞİTİM
SÜREÇLERİNE KATKISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

KÜBRA EROĞLU
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Kübra Eroğlu

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Gözünden Eğitim Süreçlerine Katkısının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2024

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/09/2023 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

27/05/2024

Dr. Kübra Eroğlu

TEŞEKKÜR

Öncelikle mesleğine olan aşkı, özverisi, insan ilişkileri ve müthiş enerjisiyle eğitim ve sosyal hayatta her zaman desteğini gördüğüm, bana bu zorlu mesleği sevdiren, kimi zaman bir hocadan çok bir arkadaş, bir dert ortağı olabilen, her zaman örnek alacağım ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesi ile bana destek olan Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Varlığından güç aldığım değerli abim Ali Eroğlu'na ve hayatım boyunca her zaman her konuda beni destekleyen bana yardım eden tez sürecinde de bilgi ve desteklerini hiç esirgemeyen değerli kardeşim Yunus Emre Eroğlu'na,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, hiçbir zaman sevgi ve desteğini esirgemeyen değerli annem Naciye Eroğlu, babam Fikret Eroğlu, halam Ayşe Eroğlu ve eşi Mustafa Eroğlu'na,

Uzmanlık eğitimim sayesinde sahip olduğum değerli dostlarım, Dr. Betül Fatma Sağıroğlu, Dr. Müsemma Bolat, Dr. Feyza Karaboğa, Dr. Büşra Duygu Kurban ve Dr. Ayşenur Derici'ye

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Kübra Eroğlu

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliği	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Disiplinin çekirdek yeterlikleri	7
2.1.3. Disiplinin temel özellikleri	9
2.2. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	10
2.2.1. Dünyada aile hekimliği uzmanlık eğitimi.....	10
2.2.1.1. Amerika Birleşik Devletleri	10
2.2.1.2. Almanya	10
2.2.1.3. Hollanda	11
2.2.1.4. İngiltere	11
2.2.2. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi	11
2.3. Uzmanlık Eğitimde Saha Eğitimi ve Önemi	13
2.4. Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Araştırma Hipotezi	16

3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	17
3.6. Verilerin Analizi	17
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	18
4. BULGULAR	19
4.1. Hasta Yönetimine Katkısı	21
4.1.1. Ayrışmamış hastalık yönetimi	21
4.1.2. Koruyucu hekimlik uygulamaları	22
4.1.3. İlk temas noktası	23
4.1.4. Bütüncül yaklaşım	24
4.1.5. Bekle-gör yaklaşımı	24
4.2. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimine Katkısı	25
4.2.1. Hekim-hasta iletişimi	25
4.2.2. İdari uygulamalar	26
4.2.3. Görev, yetki ve sorumluluklar	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	29
6. KAYNAKLAR	34
7. EKLER	38
7.1. EK-1: Anket Formu	38
7.2. EK-2: Etik Kurul Kararı	39
ÖZGEÇMİŞ	39

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABFP	: American Board of Family Practice
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
E-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
FHC	: Family Health Center
SB	: Sağlık Bakanlığı
TUKMOS	: Tıpta uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. WONCA ağacı (2004/2011/2023 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch).....	8
--	---



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Uzmanlık eğitimi içeriği	13
Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri.....	20
Tablo 4.2. Katılımcıların demografik özellikleri.....	21
Tablo 4.3. Temalar, alt temalar ve kategoriler	22



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminin temel gerekliliklerinden biri olup son yıllarda ülkemizde sayısı giderek artmakta ve eğitim klinikleri tarafından uygulama alanı olarak kullanılmaktadır. Bu araştırmada aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gözünden eğitim aile sağlığı merkezlerinin eğitim süreçlerine katkısının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu tez çalışması tanımlayıcı nitelikte olup niteliksel yöntemle yapılmıştır. Çalışmaya Sakarya ilindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencileri katılmıştır. Veriler; sosyodemografik özelliklerin ve eğitim aile sağlığı merkezinin eğitim süreçlerine katkılarının değerlendirildiği yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen görüşler; alt temalar ve temalar şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Araştırmamıza 16'sı kadın (%76,19), 5'i erkek (%23,81) olmak üzere toplam 21 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcılardan 5'i (%23,81) uzmanlık eğitimine başlamadan önce ASM'de çalışmış olup kalan 16'sı (%76,19) daha önce hiç ASM'de çalışmamıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler E-ASM'nin hasta yönetimine ve ASM yönetimine sağladığı katkılar olarak iki grupta incelendi. Hasta yönetiminde sağlık hizmetlerinin ilk temas noktasında ayrışmamış hastalıkların yönetimi ve bekle-gör yaklaşımının tecrübe edilmesi; ASM yönetiminde ise hasta iletişimi ve idari sorumluluklar açısından uygulama alanı imkanı bulmaları öne çıkan alt temalardı.

SONUÇ: Her uzmanlık eğitiminde olduğu gibi uygulama eğitimi aile hekimliği uzmanlık eğitiminde de geniş yer tutar. Aile hekimliği disiplininin temel özellikleri gereği bu uygulama eğitiminin eğitim ASM'lerde yapılabilmesi ve eğiticilerin de bu konuda teşvik edilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, birinci basamak, eğitim aile sağlığı merkezi, uzmanlık eğitimi.

ABSTRACT

Evaluation of the contribution of educational family health centers to the education process from the perspectives of family medicine specialty students

INTRODUCTION AND AIM: Educational Family Health Centers are fundamental requirements for field training in family medicine specialization and have been increasingly established in our country in recent years, serving as practice areas for training clinics. This study aims to evaluate the contribution of Educational Family Health Centers to the educational processes from the perspective of family medicine specialty students.

MATERIALS AND METHODS: This dissertation study is descriptive in nature and was conducted using qualitative methods. Family medicine specialty students in the province of Sakarya participated in the study. Data were collected using a semi-structured interview form that assessed socio-demographic characteristics and the contributions of Educational Family Health Centers to educational processes. The opinions were categorized into sub-themes and themes.

RESULTS: A total of 21 family medicine specialty students participated in our study, of whom 16 were female (76.19%) and 5 were male (23.81%). Among the participants, 5 (23.81%) had worked in a Family Health Center (FHC) before starting their specialty training, while the remaining 16 (76.19%) had no prior experience working in an FHC. The data obtained from the participants were analyzed in two categories: the contributions of E-FHCs to patient management and to FHC management. The prominent sub-themes were Management of undifferentiated diseases at the first point of contact of health services, experiencing the wait-and-see approach, opportunity to practice in terms of administrative responsibilities and patient communication.

CONCLUSION: As with every specialty training, practical training occupies a significant place in family medicine specialization. Due to the fundamental characteristics of the family medicine discipline, it is important that this practical training be conducted in Training Family Health Centers and that academics are encouraged in this regard.

Keywords: Education family health center, family medicine, primary care, specialty training.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri, hastalık varlığı ya da yakınmanın özel türünden bağımsız olarak, her yaş grubundaki bireylere kapsamlı ve devamlı sağlık bakımı sunmaktadır. Aile hekimleri, hastalar ile güvene dayalı yakın bir ilişki kurarak, bireyin tüm sağlık ihtiyaçlarını etkili bir şekilde yönetme sorumluluğunu üstlenirler (Rakel, 2019).

Aile Hekimliği, ilk muayene ve başlangıç değerlendirmesinden başlayarak kronik sorunların sürekli bakımına kadar olan süreçte bütüncül sağlık bakımında sürekli sorumluluğa vurgu yapar. Hastalıklardan korunma ve erken tanı, disiplinin temel unsurları arasındadır. Tüm sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde koordine edilip entegre edilmesi, aile hekimlerinin maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunma kapasitesini artırarak birçok sağlık sorununu çözebilme yeteneğini beraberinde getirir (Rakel, 2019).

Aile hekimliği hem bir disiplin hem de bir uzmanlık olarak tanımlanmalıdır. Bu çift yönlü tanımlama, öncelikle akademik temel ve çerçevenin belirlenmesi ve böylece eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için önemlidir. Bu, disiplinin olduğu akademik temelin ve çerçevenin net bir şekilde tanımlanması gerekliliğini vurgular. İkinci olarak, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi amacıyla bir zemindir. Yani, disiplini oluşturan teorik temel, pratik uygulamalara ve hasta bakımına entegre edilmelidir. Bu şekilde, aile hekimliği/genel pratisyenlik hem bilimsel bir disiplin olarak hem de klinik bir uzmanlık alanı olarak etkin bir şekilde tanımlanabilir, anlaşılabilir ve uygulanabilir hale gelir (Dikici ve ark., 2007).

1983 yılındaki düzenleme ile Aile Hekimliği Uzmanlığı, kendine özgü özellikleri olan bir klinik uzmanlık alanı olarak resmi tüzüklerde yer bulmuştur. Söz konusu tüzük ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi için farklı branş rotasyonlarından oluşan toplam 36 aylık bir süre belirlenmiştir. Daha sonraki yıllarda, 2002 tarihli tüzük, 2009 ve 2014 yılında yayımlanan yönetmeliklerde de aile hekimliği uzmanlığının konumu ve 36 aylık eğitim süresi korunmuştur (Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük, 1983; Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, 2002; Tıpta ve

Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2014). Ülkemizde 2005 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. Bu süreçte, kişiye yönelik koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimleri tarafından sunulurken, daha önce devlet tabipleri, sağlık merkezleri ve daha sonra sağlık grup başkanlıkları ile sağlık ocakları tarafından yürütülen hizmetler, toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. 2005 yılında aile hekimliği uygulaması pilot olarak başlatılmıştır. Tüm ülke genelinde uygulanmaya ise 2010 yılında başlanmıştır (Öner, 2015).

Aile hekimliği gibi özgün bir yaklaşımı olan disiplin, uzmanlık eğitiminin belirli bir süresi dışında, hastane odaklı ve uzmanlık sonrası temel çalışma alanı olan birinci basamaktan kopuk bir şekilde sürdürüldüğünde, asistanların gelecekte çalışacakları ortama ve şartlara yabancı kalmasına, aynı zamanda ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitim temelli gelişimine zarar verebilir. Eğiticilerin ve eğitilenlerin, gözlem yapma, deneyim kazanma, sorunları tanıma ve geliştirme önerilerinde bulma gibi becerilerini geliştirebilmeleri için uygun bir ortamın oluşması, saha eğitiminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilmesiyle mümkün olabilir (Yıldırım, 2014).

Aile hekimliği asistanlarının klinik eğitimlerini asıl faaliyet alanları olan aile hekimliği uygulamaları içerisinde tamamlamaları amacıyla, 2015 yılından itibaren eğitim kurumlarının talepleri doğrultusunda eğitim aile sağlığı merkezleri (E-ASM) açılmaya başlanmıştır. Uygulamada karşılaşılan sorunların çözülmesi, kamu yararının gözetilmesi, hizmet ihtiyacının karşılanması ve eğitim aile sağlığı merkezlerinin açılmasının teşvik edilmesi gibi amaçlarla, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Yönetmeliği 28 Nisan 2023 tarihinde 32174 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ah-uzmanlik-egitimi/easm>, Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2024).

Bu çalışma ile E-ASM'de çalışmış ve halen çalışmakta olan Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencilerinin gözünden burada verilen eğitimin değerlendirmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

Aile hekimi, disiplinin temel prensiplerine uygun olarak eğitim almış bir uzman hekimdir. Her türlü yaş, cinsiyet ve hastalık durumuyla ilgilenmekten sorumlu olarak, tıbbi bakım için başvuran her bireyin kapsamlı ve sürekli bakımını sağlar. Hasta bakımı sırasında bireyin kültürünü, toplumunu, ailesini ve gezegenin bütünsel sağlığını göz önünde bulundurur, aynı zamanda kişinin bireysel özerkliğini her zaman ön planda tutar. Mesleki sorumluluğunun toplum ve doğal çevreyle ilişkili olduğunun bilincindedir. Hastalarıyla tedavi planları oluştururken, fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlardaki faktörleri göz önünde bulundurarak güven oluşturur ve tekrarlayan görüşmelerde bireyin sağlık bilgilerini bütünlleştirir (WONCA, 2023).

2.1.1. Tarihçe

Tıp alanında bilimsel gelişmelerin yaşanmaya başlamasıyla birlikte, 20. yüzyılın başlarında tıp dünyasında uzmanlaşma eğilimi belirgin hale gelmiştir. 1920 yılında Dawson, sağlık hizmetlerinde toplum merkezli bir yaklaşımı ve kaynakların daha etkin paylaşımını destekleyen bir raporla birinci basamak sağlık bakımı çalışanlarının eğitimine vurgu yapmıştır. Bu rapor, ilk defa birinci basamak sağlık hizmetleri ve sağlık merkezi kavramlarını ele almıştır. 1923 yılında, Francis Peabody, tıbbi uzmanlaşmanın, hastaların genel sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmasını engellediğini vurgulayarak, kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti sunabilen yeni bir uzmanlık dalına olan ihtiyaca dikkat çekmiştir. Bu noktada, uzmanlaşma eğilimi 1930'lu yıllardan itibaren ivmelenerek hız kazanmıştır (Çağlayaner ve ark., 1996; Rakel, 1995).

Aile hekimliğini savunanlar, kapsamlı sağlık bakımına odaklanarak, birinci basamak hekimliğinin yeniden yapılandırılması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Uzmanlaşmanın tıp alanında bir tür özgün bir marifet olduğunu savunarak, birinci basamak hekimliğinin de bu takdiri hak ettiğini ifade etmişlerdir. Bu süreçte, Amerika'daki bazı üniversitelerde geniş kapsamlı bakım programları ve düzenli

eğitim uygulamaları başlatılmıştır. Bu programlar, devlet ve özel fonlar tarafından desteklenmiştir, ancak klasik uzmanlık programlarından farklı bir yapıya sahiptir (Stevens, 2001).

Bu dönem, adeta uzmanlık alanına geçişin bir aşamasını temsil ediyordu. Genel pratisyenler, tıp fakültesini tamamladıktan sonra bir yıllık rotasyon eğitiminden geçerek muayenehanelerde çalışmaya başlıyorlardı. Genel pratisyenlik kavramı, Vietnam Savaşı, sivil haklar hareketi ve dünya genelinde birçok sosyal çalkantının yaşandığı 1960'lı yıllarda belirginleşti. Bu dönemde, Amerika'da genel pratisyenlerin sayısı Amerikan toplumunun artan ihtiyaçlarını karşılamakta yetersizdi. Geleceği öngören sağlık planlamacıları, Amerikan tıbbında aşırı uzmanlaşmanın bir tehdit oluşturduğunu fark ettiler. Bu sebeple, bireyin kişisel sağlık yönetimine odaklanan bir hekim tanımı öne çıktı (Geyman, 2004; Taylor, 1998).

1966 yılında yayımlanan Willard, Milis ve Folsom raporları, Amerika'da sağlık hizmetlerindeki bölünmeyi ve genel tıp yaklaşımının yeterliliğindeki eksiklikleri vurgulamıştır. Bu raporlar, toplumun sadece belirli hastalıklara ve organ fonksiyonlarına odaklanmasıyla değil, aynı zamanda kişisel tedavi ve ailenin bütün bakımını üstlenebilen, sürekli ilişki kurabilen, nitelikli ve uzman bir hekime erişim hakkına sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Bu amaçla, yeni bir eğitim programı önerilmiştir. Bu raporların ardından, aile hekimleri toplum odaklı sağlık bakımı, bireysel hekimlik, kişilere ve ailelere devamlı bakım sorumluluğunu yüklenme, evde hasta bakım hizmeti uygulamaları ve milli sağlık sigortası gibi konularda kendilerini geliştirebileceklerini fark etmişlerdir. Aile hekimliğindeki değişim dönemi, Yugoslavya, İsrail ve bazı batı Avrupa ülkelerini etkilemekle birlikte asıl etki İngiltere, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda gibi İngilizce konuşulan ülkelerde gözlenmiştir (Geyman, 2004; Jimbo 2004; Rakel,1995; Stevens, 2001).

Tüm bu süreçlerin tamamlanmasına rağmen, dal uzmanlarının direncine karşın, Aile Hekimliği, Genel Pratisyenler Akademisi'nin destekleriyle birlikte 1969 yılında ABD'de resmi olarak tanınan 20. uzmanlık alanı olarak kabul edildi. Amerikan Genel Pratisyenler Kurulu'nun adı, bu yeni uzmanlık alanına uygun olarak "American Board of Family Practice" olarak güncellendi ve aile hekimliği eğitime yönelik fonlar oluşturuldu (Jimbo M, 2004; Mc Whinney, 1997).

Aile hekimliği uzmanlığı, yönetim düzeyinde resmıkabul sürecini 1974 yılında tamamlamıştır. Aynı dönemde, Hollanda'da yapılan toplantıda aile hekimliği/genel pratisyen tanımı, "yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, ailelere ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve devamlı bakım sunan lisanslı tıp doktoru" şeklinde belirlenmiştir (Stevens, 2001).

1978'de Kazakistan'da düzenlenen "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı" (Alma Ata Konferansı), çağdaş tıp anlayışının bir yansıması olarak, "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında dünya genelinde hedefler ve stratejiler belirlemiştir. Bu konferansın önemli sonuçlarından biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin spesifik bilgi ve koşulları içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimler tarafından sunulması gerektiği vurgusu olmuştur. Bu vurgu, dünya genelinde bu alanda çalışmaların başlatılmasına yol açmıştır. Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi, Dünya Sağlık rgt (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri rgt (WONCA) imzası taşıyan bir belge olarak aile hekimliğini bir uzmanlık dalı olarak tanımış ve mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararının her ülkede uygulanmasını içermiştir (Aktaş ve akır, 2012).

İşpanya'da aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak kabul görmesi 1978 yılında oldu. Bu gelişme, günümüzde pek çok Latin Amerika ülkesinde de aile hekimliği eğitim programlarının varlığını sürdürmesini sağladı. Meksika'da, sağlık sisteminde 1970'lerden bu yana etkili olan aile hekimliği, Latin Amerika'da bu alandaki önemli bir uygulama olarak öne çıkmıştır. Asya Pasifik ülkelerinden on dördünde, aile hekimliği ile ilgili eğitim müfredatları bulunmaktadır ve bu ülkelerde aile hekimleri sağlık hizmetlerinde önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca Güney Afrika, Malezya, Singapur, Hong Kong, Tayvan ve Filipinler gibi ülkelerde de aile hekimliği, sağlık hizmetlerinde belirgin bir rol oynamaktadır. Avustralya ve Yeni Zelanda'da ise aile hekimliği oldukça gelişmiştir. Son olarak, Rusya, Hindistan ve in, aile hekimliği ile ilgili programlarını güncelleme ve geliştirme yolunda adımlar atmıştır (Taylor, 1998).

Avrupa Birliği'nde, başka bir ye ülkede çalışmak isteyen aile hekimleri için geçerli olan için geçerli olan 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi, altı senelik temel tıp eğitimini tamamlamış bireylerden üç yıl süren ek bir

mesleki eğitim almayı şart koşturmaktadır. Bu direktif, 1 Ocak 2006 tarihi öncesi alınan aile hekimliği eğitimini en az iki yıl olarak öngörmekte iken, bu tarihten sonra alınan eğitimin en az üç yıl olmasını talep etmektedir.

Bu eğitim sürecinin teorik bilginin ötesinde pratik ağırlıklı olması gerekmekte olup, uygulamalı eğitimin en az altı ayının bir hastanede, geri kalan altı ayının ise birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında gerçekleştirilmiş olması beklenmektedir (Taylor, 1998).

Türkiye'de bütüncül sağlık yaklaşımı, 1960 senesinden sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı'na atan Prof. Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile toplum hekimliği kapsamında düzenleme yapılmış ve birinci basamağa odaklanmıştır. Bu yasa ile, birinci basamağı sağlık sisteminin odak noktasına yerleştirerek ve sevk sistemini başlatarak, Alma Ata konferansının öncesinde dahi birincil bakımın önemini vurgulamıştır. Ancak ülkede birincil bakımda uzmanlaşmış profesyonellerin yetersiz olması, nüfus yapısındaki değişimlere uyum sağlanamaması, sürdürülebilir finansman kaynaklarının eksikliği, mezuniyet sonrası eğitim, araştırma ve lojistik ihtiyaçların karşılanamaması, gelişen teknolojinin yeterince desteklenmemesi gibi faktörler, bu önemli uygulamanın başarısını engellemiştir (Akdeniz ve ark., 2010).

1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğüne dâhil olan aile hekimliği mezuniyet sonrası eğitimi, Türkiye'de 1985 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uygulanmaya başlamıştır. Bu süreç, ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 1984 yılında kâğıt üzerinde kurulmasıyla bir adım daha ilerlemiştir. 1993 yılında Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Tıp Fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması yönünde bir karar almış ve bu doğrultuda üniversitelerdeki Aile Hekimliği Anabilim Dallarının sayısı artmıştır. Aile hekimliği uzmanlığının mesleki örgütlenmesi ise 1990 senesinde Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD)'nin kurulmasıyla başlamıştır. 1998 yılında Bakanlar Kurulu tarafından alınan bir kararla, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin isminde değişiklik yapılarak Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak adlandırılmıştır (Akdeniz ve ark., 2010).

Ulusal Aile Hekimliği Kongreleri, 1993 senesinden itibaren her iki yılda bir düzenli bir şekilde gerçekleştirilmekte olup, kongre düzenlenmeyen yıllarda "Aile Hekimliği Günleri" etkinlikleri düzenlenmektedir. Bu etkinlikler, aile hekimliği alanında güncel gelişmelerin paylaşılması, deneyimlerin aktarılması ve mesleki bilgi alışverişinin yapıldığı önemli platformlardır. Bunun yanı sıra, "Türkiye Aile Hekimliği Dergisi" adlı yayın, 1997 yılından itibaren düzenli olarak hakemli bir şekilde yayımlanmaktadır. Bu dergi, aile hekimliği alanındaki araştırmaları, incelemeleri ve bilimsel makaleleri içermektedir, böylece bu alandaki bilgi birikiminin sürekli bir şekilde paylaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004).

16 Temmuz 1993 tarihinde "Yüksek Öğretim Kurulu" tarafından alınan 12547 sayılı karar ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dalları'nın kurulması uygun bulunmuştur. Bu karar sonrasında, Trakya Üniversitesi'nde 17 Eylül 1993 tarihinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak, üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. 1994 senesinde Sağlık Bakanlığı tarafından "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında ise Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır (Söyleyici, 2010).

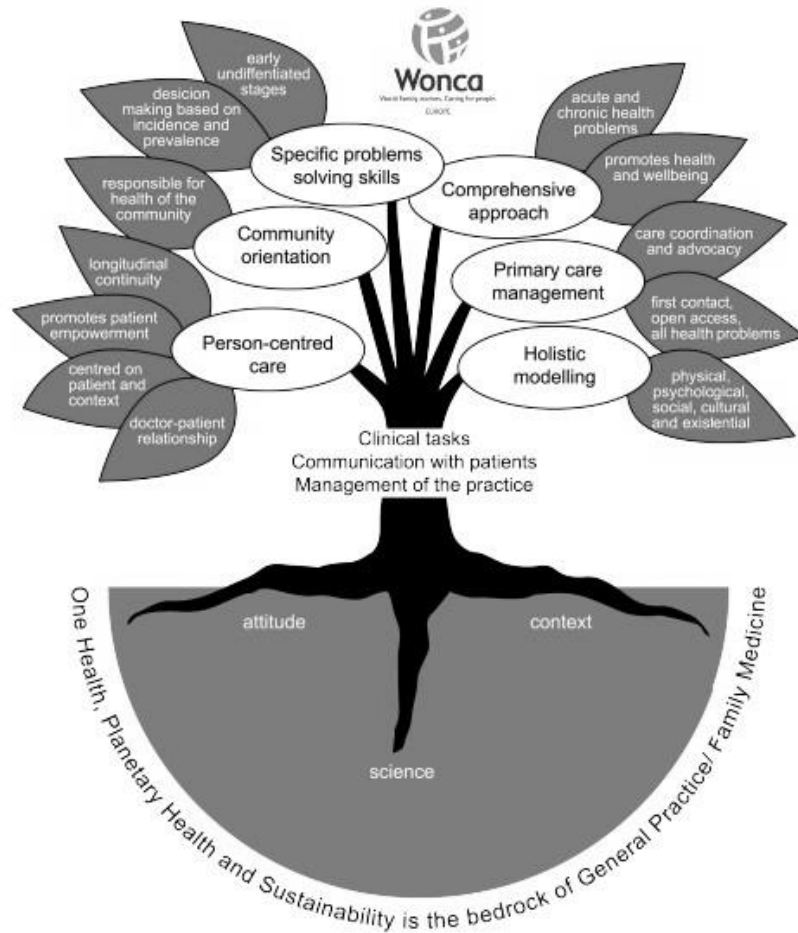
2003 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde düzenlenen bir bilimsel kurul toplantısı sonucunda, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerinde başlatılması gerektiği kararı alınmıştır. Bu kararlar doğrultusunda 2004 yılında bir pilot yasa taslağı oluşturulmuş ve 2005 yılında ilk defa Düzce'de uygulamaya konulmuştur. Bugün itibarıyla Türkiye genelinde, toplam 81 ilde aile hekimliği uygulaması başarıyla yürütülmektedir (Yıldırım, 2017).

2.1.2. Disiplinin çekirdek yeterlikleri

Aile hekimliği disiplini ve aile hekimi uzmanı tanımları aynı zamanda aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri ifade etmektedir. Bu tanımda çekirdek sözcüğü, disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Çekirdek yeterlikler, aile hekimi uzmanının kazanması gereken on iki temel disiplin özelliğini altı başlık altında özetlemektedir (WONCA, 2023).

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım

Çekirdek yeterliliği oluşturan bu altı başlık, on iki temel disiplini ve bilim, tutum, bağlamdan oluşan üç ek özelliği içeren WONCA ağacını oluşturur. İnsanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını bütüncül olarak ortaya koyan tek sağlık (one health), gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik kavramları, Şekil 2.1'de gösterilen bu ağacın temelini oluşturmaktadır (WONCA, 2023).



Şekil 2.1. WONCA ağacı (2004/2011/2023 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch)

2.1.3. Disiplinin temel özellikleri

WONCA Avrupa, WONCA'nın bölgesel bir şubesi olarak, aile hekimliği disiplini desteklemeyi ve bir ileri basamağa taşımayı amaçlamıştır. Aile hekimliği disiplini, mesleki görevleri ve aile hekimlerinin temel yeterlilik ihtiyaçlarını belirleyen bir uzlaşa bildirgesi 2002 yılında bu amaçla yayınlanmıştır. Bu bildirme daha sonra 2011 ve 2023 senelerinde yenilenmiştir. 2023 güncellemesiyle birlikte, aile hekimliği disiplininin temel özellikleri içerisinde insan sağlığı üzerinde etkisi olan çevre sağlığı da vurgulanmıştır. Belirtilen temel özellikler 12 maddede açıkça ifade edilmiştir.

- a) Aile hekimliği, sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, sınırsız ve açık bir hizmet sunar. Kişinin yaşına, cinsiyetine vb. özelliklerine bakılmaksızın bütün sağlık problemleriyle ilgilenir.
- b) Sağlık malzemelerinin etkin kullanımını sağlayarak tıbbi bakımı koordine eder. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapar ve diğer tıp uzmanlık dallarıyla ilişkilerin yönetimini sağlar. Gerekirse hasta için savunuculuk rolünü üstlenir.
- c) Birey, ailesi ve toplum için kişi odaklı bir yaklaşım geliştirir.
- d) Hasta haklarını güçlendirmeyi teşvik eder.
- e) Hasta ile görüşme süreci özeldir. Etkili iletişim sayesinde, doktor ile hasta arasında süreç içinde gelişen bir bağlılık kurulmasını sağlar.
- f) Sağlık hizmet sunumunda süreklilik, hastanın ihtiyacına göre sağlanır.
- g) Hastalıkların prevalansı ve insidansına göre saptanan özel bir karar verme süreci bulunmaktadır.
- h) Bireysel hastaların hem akut hem de kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetir.
- i) Hastalığın erken dönemlerinde ayrılmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

j) Hastaların ve yaşadıkları ekosistemlerin sağlığını ve refahını uygun ve etkili müdahalelerle teşvik eder.

k) Toplumun ve çevrenin sağlığı hususunda özel bir sorumluluk üstlenir.

l) Sağlık sorunlarıyla fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal yönlerden ilgilenir.

2.2. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2.2.1. Dünyada aile hekimliği uzmanlık eğitimi

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri, dünya genelinde eş anlamlı olarak kullanılmakta olup, bu kavramlar, "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti" hususunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorlarını tanımlamaktadır. Türkiye'de ise pratisyen hekim terimi, tıp fakültesi mezuniyetinden sonra uzmanlık eğitimi almayan hekimleri ifade etmektedir. Uygulama ve terimler arasındaki farklara rağmen, aile hekimliği dünya genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin asıl kaynağını oluşturmaktadır (Şahin, 2018)

2.2.1.1. Amerika Birleşik Devletleri

Aile hekimi olabilmek için, 2 yıl kolej eğitimi sonrası, 4 yıl tıp fakültesi eğitimi alındıktan sonra 1 yıl süren internlik dönemi geçirilir. Bu dönemde, 3 adet ulusal kurul sınavına katılım sağlanır. Uzmanlık eğitimi ise toplamda 3 yıl sürer. Aile hekimliği uzmanlığının sertifikasyonu ve belirli aralıklarla resertifikasyonu (eğitimin yenilenmesi ve bu durumun belgelendirilmesi) gereklidir; bu yetkiye sahip olan kurum Amerikan Aile Hekimliği Kurulu'dur (ABFP; American Board of Family Practice) (Saatçi ve Sezer, 1996).

2.2.1.2. Almanya

1980 yılı itibarıyla, aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih etmek isteyen doktorlar için zorunlu bir bitirme sınavı uygulamaya başlanmıştır. Ardından, 1994 yılı itibarıyla aile hekimliği uzmanlık eğitimi birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu tutulmuştur. Aile hekimliği alanında ilk kürsü 1976'da Hannover Tıp Fakültesi'nde kurulmuş olup, günümüzde 24 tıp fakültesinde aile hekimliği kürsüleri mevcuttur. Bu uzmanlık eğitimi, 6 yıl süren lisans sonrası bir süreci kapsar ve aile

hekimî olabilmek için lisans eğitime ek olarak 60 ay daha uzmanlık eğitimi alınması gerekmektedir. Haftada ortalama 50,4 saatlik çalışma sürelerine sahip olan aile hekimleri, Almanya'da haftada ortalama 243 hastaya hizmet vermektedirler. Aile hekimlerinin diğer uzmanlık alanlarına oranı %45-50 civarındadır (<http://ailehekimî.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimli%C4%9Fi.pdf>, Erişim tarihi:29 Aralık 23).

2.2.1.3. Hollanda

Uzmanlık derecesine erişebilmek için, 6 yıllık tıp eğitime ilave olarak 3 yıl süren uzmanlık eğitimi gereklidir. Bu eğitim süreci, birinci ve üçüncü yılların Aile Hekimliği ofisinde, ikinci yılın ise 6 ay süren acil servis, 3 ay bakımevi ve 3 ay psikiyatri rotasyonları şeklinde gerçekleştirilir (<http://ailehekimî.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimli%C4%9Fi.pdf>, Erişim tarihi:29 Aralık 23).

2.2.1.4. İngiltere

Aile hekimliği disiplininin, ilk kez tanımlandığı ve uzmanlık eğitiminin oluşumunun başladığı ilk ülkedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, 1979 yılında zorunlu hale getirilmiş olup, bu eğitim süreci, bir yıl süren internlik dönemini, ardından iki yıl süren hastane eğitimi (asistanlık) ve eğiticilik eğitimi içerir. Eğitimi tamamlamış bir Aile Hekimi, bir yıl boyunca bir eğitici Aile Hekiminin muayenehanesinde çalışarak bu süreci tamamlar (Saatçi ve Sezer, 1996). Bu sürecin sonunda, aile hekimî uzmanlığına ulaşabilmek için yazılı sınavın yanı sıra sözlü sınav ve hasta başı sınavları olmak üzere 3 aşamalı bir değerlendirme süreci bulunmaktadır. Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu ortadan kalksa da uzmanlık eğitimi tamamlayan aile hekimlerinin %80'i Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin bir üyesi olabilmek için sınava girmeyi tercih etmektedir (<http://ailehekimî.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimli%C4%9Fi.pdf>, Erişim tarihi:29 Aralık 2023).

2.2.2. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi

Türkiye’de, 1985 senesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmeye başlamış olup, toplamda üç yıl süren bir programdır. Başlangıç yıllarında, aile hekimliği uzmanlık eğitimi, tamamen rotasyonlardan oluşmaktayken, 2010 yılı itibariyle Tıpta Uzmanlık

Kurulu'nun (TUK) aldığı bir karar doğrultusunda rotasyon süreleri kısaltılarak on sekiz aya indirilmiştir. Aile hekimliği rotasyonları; İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Acil Tıp, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Seçmeli (Nöroloji/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon/Genel Cerrahi dallarından birinde) rotasyonlarından oluşmaktadır (Yılmaz ve ark., 2023).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresince alınması gereken rotasyonların süresinin zaman içerisindeki değişimi düzenlenme yıllarına göre 1983, 2010 ve 2017 olarak Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Uzmanlık eğitimi içeriği (Uğurlu ve Üstü, 2018'den kullanılmıştır.)

ROTASYON	DÜZENLENME YILI		
	1983*	2010**	2017***
İç Hastalıkları	9	4	4
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	9	5	4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8	4	3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4	2	2
Göğüs Hastalıkları	-	1	1
Kardiyoloji	-	1	1
Acil Tıp	-	-	1
Deri ve Zührevi Hastalıkları	-	-	1
Genel Cerrahi	6	1	1 (Seçmeli)
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	-	-	1 (Seçmeli)
Nöroloji	-	-	1 (Seçmeli)
Aile Hekimliği Saha Uygulaması	-	18	18
Toplam	36	36	36

*Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde belirlenen süre

**Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenen süre

*** Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından tekrar düzenlenen süre

Türkiye'de Aile Hekimliği alanında uzmanlık eğitimi sunan kurumlar arasında üniversiteler ve Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri yer almaktadır. Uzmanlık eğitiminin ilk yıllarında, genellikle iç hastalıkları, pediatri, kadın doğum gibi rotasyon yapılan dalların eğiticileri olan, aile hekimliği uzmanı olmayan "Koordinator Şeflerin rehberliğinde bir eğitim dönemi uygulanmaktaydı. Ancak zamanla, üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının yaygınlaşması ve 2009 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde aile hekimliği

klirik Őeliklerinin kurulmasıyla birlikte, Őu anda 56 üniversite Tıp Fakóltesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve 17 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Kliniği bulunmaktadır. Bu kurumların neredeyse tamamında, aile hekimliği uzmanı eğitciler tarafından aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir (Uğurlu ve Üstü, 2018).

2.3. Uzmanlık Eğitimde Saha Eğitimi ve Önemi

Gelişim ve süreç odaklı bir eğitim yaklaşımının benimsendiği bu uzmanlık eğitiminde, iş başında öğrenme ve değerlendirme modelleri ağırlıklı olarak tercih edilmektedir. Genel bakış, hizmet ve eğitimin birbirlerini karşılıklı olarak besleyeceği bir iç içe geğmişlik prensibi üzerine kurulmuştur. Bu perspektife göre, eğitim süreci zengin klinik deneyimlere dayanarak şekillenir; aynı zamanda çeşitli yapılandırmalar aracılığıyla hizmet ortamları etkin öğrenme ve değerlendirme alanlarına dönüştürölür (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, 2013).

Mesleki ve bireysel gelişimi odaklayan bir uzmanlık eğitimi içinde, eğitim yaklaşımının sonuca yönelik olması gerektiği gibi bir yandan da sürece yönelik olmalıdır. Bu bağlamda, uzmanlık eğitimine yönelik ilk adım olarak, uzmanlık alanlarının ana görevleri ve çekirdek görev listesinin oluşturulması benimsenmiştir. Daha sonra, eğitim içeriklerinin belirlenmesinde bu görevlerin esas alınması prensibi benimsenmiştir. Bu yaklaşım çerçevesinde, uzmanlık eğitim süreci, belirlenmiş yeterlikler temelinde şekillenen öğrenim stratejileri ile öğrenme ve ölçme-değerlendirme modelleri ve teknikleri kullanılarak yapılandırılmıştır (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, 2013).

Hem akut hem de kronik hastalıklarla ilişkili sağlık hizmetinin büyük bir kısmı, ayaktan hasta bakımının gerçekleştirildiği birimlerde değerlendirilmektedir. Bu hizmetler, ilk başvuru hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Aile hekimliği, birincil sağlık sorunlarıyla baş etmeyi amaçlayan bir tıp disiplini olarak ortaya çıkmıştır; ancak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin büyük bir kısmı hastane odaklı servislerde gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle, doğrudan ayaktan hasta bakımını merkeze alan aile hekimliği disiplininde, uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için yataklı servislerde uygun olgularla karşılaşma imkânı sınırlıdır (Ünalın ve ark., 2016).

Uzmanlık eğitimine başlayan uzmanlık öğrencisine, kliniği, personeli ve iş ile eğitim ortamını tanımak amacıyla uyum eğitimi düzenlenir. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri, haftada en az yarım gün Aile Hekimliği birimlerinde (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/Kliniği) onlar için belirlenen eğitim programına katılmak zorundadır. Ayrıca, her uzmanlık öğrencisi eğitim süresince senede en az bir seminer, bir olgu sunumu ve iki makale sunumu gerçekleştirmelidir. Aile hekimliği asistanlarının asistanlık süresince araştırma, bildiri ve poster çalışmalarında faaliyet göstermeleri ve kongrelere katılmaları beklenmektedir. Uzmanlık eğitimi boyunca en az biri bildirili olan, iki ulusal Aile Hekimliği toplantısına katılması gereklidir. (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, 2013).

Uzmanlık öğrencileri, eğitim süresince poliklinik ve benzeri ortamlarda gerçekleştirilen kişisel danışmanlık ve eğitim faaliyetlerinin dışında, konu olarak belirli bir şikâyeti olan gruplara veya hasta olmayan kişileri içeren sağlık bilgilendirmesi toplantılarına da içerik sağlamalıdır. Aile hekimi asistanlarının eğitiminde öngörülen öğrenme biçimleri içerisinde teorik dersler ve seminerler, probleme çözmeye dayalı öğrenme, ekip çalışmasına ile öğrenme, laboratuvar uygulamaları, beceri laboratuvarları, simülasyon merkezleri, mutlak öğrenme, disiplinler arası eğitim faaliyetleri, makale saatleri, refleksiyon oturumları, kritik durum tartışmaları, yapılandırılmış olgu tartışmaları, iş başında gözlem ve değerlendirme, projeye dayalı öğrenme ve gelişim dosyasına dayalı öğrenme yer almaktadır (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, 2013).

2.4. Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, üç senelik bir süreyi kapsamaktadır. Temmuz 2009 tarihine kadar, bu üç senenin bütünü hastane rotasyonlarını içermekteydi. Ancak, 18 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği kapsamında, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 23 Haziran 2009 tarihli 83 sayılı kararı gereğince aile hekimliği eğitiminde zorunlu rotasyonlar 18 ay olarak belirlenmiş ve günümüzde de halen bu şekilde uygulanmaktadır (Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2011).

Rotasyon eğitimlerinde birinci basamak saha yaklaşımını tamamıyla tecrübe etmesi zor olduğundan, saha eğitimlerinin aile sağlığı merkezlerinde (E-ASM) uygulanması

öngörölmüştür (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm>, Erişim tarihi: 10.01.24).

Toplum yönelimli bakım, aile hekimliğinin temel yeterlilikleri arasında önemli bir konsepti temsil eder ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi için sağlık çalışanları ile sağlık sektörü dışından gelen kişiler arasında bir takım çalışması gereklidir. Bu bağlamda, tüm paydaşlar arasında bir uyum ve iş birliği sağlanabilmesi için ortak bir dil oluşturulması zorunludur (Gervits ve Anderson, 2014). Bu iş birliğinin etkili bir şekilde sağlanabilmesi için gereken eğitimlerin, aile hekimliği ihtisas programı sırasında Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından sağlanmasının önemli bir katkısının olacağı düşünülmektedir (Ateş ve Set, 2015).

26 Eylül 2014 tarihli ve 29131 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan “Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği” ile saptanan amaç ve esaslar çerçevesinde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (E-ASM) faaliyet göstermektedir. Bu yönetmelik, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanunun 3’üncü maddesinin dokuzuncu fıkrası ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40’ıncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Yönetmelikle, E-ASM’lerin amacını ve işleyişini düzenleyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplum sağlığını desteklemek ve aile sağlığına odaklanmak amaçlamaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm>, Erişim tarihi: 10 Ocak 24).

E-ASM’lerin faaliyete geçmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitimine birinci basamakta da pratik bir alan sağlamıştır. Asistanlar, hem fiziksel hem de yönetsel açıdan aile sağlığı merkezinin idaresini öğrenerek, karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma yetenekleri kazanırken, aynı zamanda personel yönetimi ve bağlı nüfusun eğitimi konularında planlama becerilerini geliştirirler. Bu süreç, birinci basamağın kendine özgü fiziksel ve teknolojik gereksinimlerine uyum sağlama yeteneğini beraberinde getirir. Aile hekimliği uygulamasının ve uzmanlık eğitiminin ölkemizdeki evrim sürecinde, E-ASM’ler önemli bir dönemeç olmuş, ancak disiplinimizin ve uzmanlık eğitiminin özgün öğretisi, ilerleme yolunda temel bir unsur olarak öne çıkmaya devam edecektir (Yıldırım, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı bir nitelikte olup, niteliksel yöntem kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 2023 yılında yapılmıştır. Veriler 15 Ekim 2023 ile 15 Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda halen uzmanlık eğitimi alan ve en az 3 ay E- ASM'de çalışmış olan asistan doktorlar oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem metotlarından olan tipik durum örnekleme metodu ile 15-25 gönüllü sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırılan konular doyuma ulaştığında (benzer ve tekrar eden görüş ve ifadeler) görüşmeler sonlandırılmıştır. Böylelikle çalışma grubu, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan ve en az 3 ay E- ASM'de çalışmış olan 21 asistan doktordan oluşmuştur.

3.4. Araştırma Hipotezi

Nitel araştırmalarda yanlışlığı veya doğruluğu değerlendirilmek üzere önceden belirlenmiş bir hipotez ya da kuram bulunmamaktadır (Toy ve Tosunoğlu, 2007; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu nedenle, çalışma için özel araştırma soruları oluşturulmuştur.

“Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri E-ASM'nin eğitimleri üzerine olan katkısını nasıl değerlendiriyor?

Klinik olarak nasıl katkı sağladığını düşünüyor?

Girişimsel olarak nasıl katkı sağladığını düşünüyor?

Daha verimli bir eğitim için E-ASM şartları nasıl olmalı, neler yapılabilir?”

3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada veriler yarı yapılandırılmış bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun ilk kısmında yedi adet sosyodemografik veri sorgulanmıştır. Anket formunun ikinci kısmında ise aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin E-ASM ile ilgili deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan dört adet açık uçlu soruya yer verilmiştir. Anket formu formundaki sorular aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin konu ile ilgili tecrübelerini ortaya çıkarmak için literatür ile desteklenerek ayrıntılı görüşme sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma konusu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılması sonrasında görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve belirlenmiştir. Anket formu hazırlanırken soruların kolay anlaşılacak biçimde olması ve akıcı olması üzerinde durulmuş olup yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır (EK-1).

Çalışmaya katılan bireylere, görüşme öncesinde yapılan çalışma hakkında gerekli bilgiler verilerek ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara, katılımlarının tamamen gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri takdirde çalışmaya katılımlarını sonlandırabilecekleri, çalışmanın amacı ve yürütüldüğü kuruluş hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, kişisel bilgilerin (ad, soyadı vb.) alınmayacağı açıklanmıştır.

Görüşmeler, katılımcılarla belirlenen zamanlarda, 15/10/2023-15/11/2023 tarihleri arasında yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların izniyle ses kaydı alınmıştır. Görüşmeler, karşılıklı aynı düzeyde oturularak, aktif dinleme ve soru formları yardımıyla yönlendirilerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 35 dakika sürmüştür. Ses kayıtları ve notlar toplandıktan sonra araştırmacı tarafından yazı formatına çevrilip analiz aşamasına geçilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Ayrıntılı bir şekilde yapılan görüşmelerin metinleri, önceden belirlenen algıları ve tutumları açığa çıkarmayı hedefleyen bir perspektifle incelenmiştir. Metinler, içerik analizi yöntemiyle sistematik bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu analiz sürecinde, her bir veri özel kelimelerle kodlanarak anlamlandırılmıştır. Benzer

kodlar, hiyerarşik bir yapı kullanılarak kavramlar, kategoriler ve temalar altında sistematik bir şekilde gruplandırılmıştır. Bu kavramsal gruplamalar aracılığıyla, verilerin derinlemesine anlaşılması ve yorumlanması amaçlanmıştır. Elde edilen anlamlandırılmış veriler, bulgular bölümünde detaylandırılarak daha geniş bir bağlam içinde değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İlk aşamada, görüşmeler elektronik ortamda araştırmacı tarafından dokümanite edilmiştir ve ardından elde edilen bütün veriler iki bağımsız araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunarak kodlanmıştır. Temalar bu kodlamalardan ve görüşmeler sırasında alınan notlardan yola çıkarak amaca uygun bir şekilde belirlenmiştir. Üçüncü bir bağımsız kişi, bu temaları kontrol etmiştir. Sonraki süreçte, üç araştırmacı bir arada toplanarak kodlar ve temalar üzerinde fikir birliğine varılmıştır. Veriler, belirlenen temalar altında gruplandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma süreci tekrarlanarak, verinin araştırma sorusuna uygun bulunan bölümleri bulgular kısmında sunulmuştur. Verilerin nicel analizi için SPSS 20.0 (SPSS Hınc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır, nitel analizde ise uygun programlar tercih edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Nitel araştırmada elde edilen verilerin genellenebilmesi güç olması nedeniyle elde edilen bulgular çalışma grubu ile sınırlıdır ve evrene genellenemez. Araştırmanın verileri, araştırmanın yürütüldüğü vaktin özellikleri ile sınırlı olup, katılımcılarla yapılan görüşmeler süresince elde edilenlerle sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/09/2023 tarihli ve E.285265 numaralı etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-2). Katılımcılara araştırmanın amacı, yanıtların gizliliği ve verilerin kullanımıyla ilgili bilgiler verildikten sonra, gönüllü olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri örnekleme dahil edilmiştir. Katılımcıların isimleri araştırma etiği çerçevesinde, kullanılmamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmamıza 16'sı kadın (%76,19), 5'i erkek (%23,81) olmak üzere toplam 21 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı $28,33 \pm 2,05$ Standart Sapma (SS), yaş ortancası ise 28 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcılardan yaş olarak en küçüğü 26, en büyüğü 35 yaşındadır.

Katılımcıların 12'si evli (%57,14), 9'u bekar (%42,86) olarak saptanmıştır. Katılımcıların ortalama hekimlik süresi $3,90 \pm 2,01$ SS yıl (minimum 1,5, maksimum 11) olarak hesaplanmıştır. Ortalama asistan hekimlik süreleri ise $2,53 \pm 0,88$ Standart Sapma (SS) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcılardan 5'i (%23,81) uzmanlık eğitimine başlamadan önce ASM'de çalışmış olup kalan 16'sı (%76,19) daha önce hiç ASM'de çalışmamıştır. Katılımcıların genel özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	16	76,19
	Erkek	5	23,81
Medeni durum	Evli	12	57,14
	Bekar	9	42,86
Hekimlik yaptığı süre	1,5-3,5	9	42,86
	4-11	12	57,14
Asistan hekimlik yaptığı süre	1,5-2,5	10	47,62
	3-4	11	52,38
Daha önce ASM'de çalışma geçmişi	Var	5	23,81
	Yok	16	76,19

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demografik özellikleri ayrı ayrı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların demografik özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Medeni Hal	Hekimlik Süresi	Asistanlık Süresi	ASM Geçmişi
1	28	Erkek	Evli	4 yıl	3 yıl	Yok
2	30	Erkek	Evli	5,5 yıl	3 yıl	Yok
3	27	Kadın	Bekar	2 yıl	1,5 yıl	Yok
4	35	Erkek	Evli	11 yıl	3,5 yıl	Yok
5	31	Kadın	Bekar	4 yıl	3,5 yıl	Yok
6	28	Kadın	Evli	4 yıl	3 yıl	Var (3 ay)
7	28	Kadın	Evli	4 yıl	1,5 yıl	Yok
8	29	Kadın	Bekar	4 yıl	1,5 yıl	Var (2 ay)
9	26	Kadın	Bekar	2,5 yıl	1,5 yıl	Yok
10	27	Kadın	Bekar	2 yıl	2 yıl	Yok
11	28	Erkek	Evli	4,5 yıl	3,5 yıl	Yok
12	26	Kadın	Evli	1,5 yıl	1,5 yıl	Yok
13	27	Kadın	Bekar	3 yıl	2,5 yıl	Yok
14	29	Kadın	Bekar	3 yıl	2,5 yıl	Var (3 ay)
15	26	Kadın	Evli	2,5 yıl	2 yıl	Yok
16	30	Kadın	Bekar	6 yıl	3 yıl	Var (1 yıl)
17	28	Kadın	Bekar	4 yıl	3 yıl	Yok
18	27	Kadın	Evli	2 yıl	1 yıl	Yok
19	27	Kadın	Evli	3,5 yıl	3 yıl	Yok
20	29	Kadın	Evli	4 yıl	4 yıl	Yok
21	29	Erkek	Evli	5 yıl	3,5 yıl	Var (1 yıl)

Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile yapılan görüşmelerin ardından, en az 3 aylık E-ASM deneyimlerine dayanarak E-ASM'nin asistanlık eğitim süreçlerine katkılarını değerlendirmeleri istenmiştir. İçerik analiz ile verilere odaklanarak veri setinde sıkça tekrarlanan veya katılımcının özellikle vurguladığı olaylar ve durumlar belirlenmiş ve elde edilen veriler iki ana başlık altında toplanmıştır. Görüşmelerin nitel verilerinden elde edilen bulgular; “Hasta Yönetimine Katkısı” ve “ASM Yönetimine Katkısı” olmak üzere iki tema altında sunulmuştur (Tablo 4.3). Bu temalar ve alt temalar hakkında detaylı açıklamalar ve her bir tema ve alt tema için örnek ifadelere vurgu yapılmıştır.

Tablo 4.3. Temalar, alt temalar ve kategoriler

TEMA 1: Hasta Yönetimine Katkısı	
Alt Temalar	Ayrışmamış hastalık yönetimi
	Koruyucu hekimlik uygulamaları
	İlk temas noktası
	Bütüncül yaklaşım
	Bekle-gör yaklaşımı
TEMA 2: Aile Sağlığı Merkezi Yönetimine Katkısı	
Alt Temalar	Hekim-Hasta İletişimi
	İdari uygulamalar
	Görev, yetki ve sorumluluklar

4.1. Hasta Yönetimine Katkısı

Derinlemesine yapılan görüşmeler incelendiğinde; aile hekimliği uzmanlık öğrencilerin Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin eğitim süreçlerine en önemli katkısının hasta yönetimi üzerine olduğu yönünde görüş birliğinin hâkim olduğu görüldü. Burada özellikle göz çarpan husus ise; alt temalar belirlendiğinde bu alt temaların neredeyse tamamının aile hekimliği disiplinin temel özelliklerini işaret ettiği göze çarpmıştır. Bu bölümde Eğitim ASM'nin hasta yönetimine katkısına dair belirlenen alt temalar ve her bir alt tema için belirlenen örnek ifadeler sunulacaktır.

4.1.1. Ayrışmamış hastalık yönetimi

Katılımcıların birinci basamak sağlık tesisine başvuran hasta profilinin diğer basamaklar ile farkına ve aile sağlığı merkezlerindeki hasta başvuru profilinin farklılığına değindiği ve bu farklılığı tecrübe etmenin kıymetini vurguladıkları görüldü. Uzmanlık öğrencileri özellikle başvuruların hastalıkların erken dönemlerinde olması nedeniyle henüz non-spesifik yakınmalar döneminde hasta değerlendirmeyi ve hastalıkları ayırtırmayı tecrübe etmeleri açısından Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin önemini vurguladılar.

“Hastanede seçilmiş ya da süzölmüş hasta görüyoruz, ... bir elemeden geçmemiş hastayla direk temas açısından çok iyi ...” (K2)

“Daha çok non-spesifik yakınmalarla başvuruyor hastalar, ... yönetimi daha farklı oluyor haliyle.” (K4)

“Yani üçüncü basamakta daha çok tanısı olanlar veya ayırıcı tanısı kısmen yapılanlar geliyor, birinci basamakta tanısı olmayıp direkt semptomlarla gelenler çoğunlukta bence.” (K5)

“... tanısı olmayan hasta başvuruları bizde çok oluyor, biz şikâyetlerden bunu bulmaya çalışıyoruz. Aile hekimliği ile üçüncü basamaktaki hasta profilleri gerçekten farklı.” (K14)

“... ASM’de şikayetler, yaş grubu, cinsiyet fark etmeksizin üst üste bu hastaları değerlendirebilmeyi ve yönetebilmeyi deneyimledim.” (K19)

“ASM’ye gelen hasta hiçbir filtreden süzülmeden gelen hastaydı.” (K20)

“... ayrışmamış şekilde başvurur, düşük prevalans hekimliği yapar gibi söylemler teorikte anlatılıyor ama pratikte bunun ne anlam ifade ettiğini E-ASM’ye geçince anladım.” (K17)

4.1.2. Koruyucu hekimlik uygulamaları

Katılımcılar özellikle eğitim kliniğine bağlı üçüncü basamak hastanedeki polikliniklerde aldıkları eğitimin aksine E-ASM’de de her ne kadar teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de sunuluyor olsa da özellikle koruyucu hekimlik uygulamaları açısından pratik yapma imkânı bulduklarından bahsettiler.

“Koruyucu hekimlik ön planda tabi. Bizim kullandığımız otomasyon sistemi de bunun için, unutulmaması için bize çok yardımcı oluyor. Yani hem koruyucu hekimlik adına yapılabilecek işlemleri hem de bu işlemlerin dijital ortamda işlenmesini de tecrübe etmiş oluyoruz.” (K7)

“... koruyucu hekimlik uygulamaları açısından pratik yapma imkânı bulmak dahi başlı başına önemli bir katkı ...” (K12)

“... ve bu hastalıklardan korunma anlamında neler yapılabileceği gibi birçok konuda tecrübe kazandım.” (K1)

“... koruyucu hekimliği birinci basamakta çok güzel bir şekilde yapabiliyoruz. Sahada da bunu test etmiş oldum, görmüş oldum ve uygulamış da oldum.” (K14)

“ASM’de yapılan izlemler sayesinde sağlıklı birey izlemi yapmanın, bunların kaydını ve bildirimini yapmanın ne kadar önemli olduğunu ve aslında en önemlisi bu izlemlerin nasıl yapılması gerektiğini görmüş oldum.” (K19)

“... yani bize bahsedilen periyodik sağlık muayeneleri, aşılamalar, kronik hastalık yönetimleri yine teorikte anlatılsa da pratikte yapılamadığı sürece sağlam bir zemin oluşturulmuyor. E-ASM’nin en kıymetli yanlarında birisi koruyucu hekimlik uygulamalarını sahaya çıkmadan tecrübe etmiş olmamız.” (K17)

4.1.3. İlk temas noktası

Katılımcılar hastaların ilk başvuru yerinin ASM olduğunu, hastaların diğer sağlık kuruluşları arasından ilk ASM’ye başvurduklarını vurguladıkları görüldü. Uzmanlık öğrencileri hastaların şikayetlerinin ilk olarak ASM’de değerlendirilmesinin ve tanı koyma aşamalarının ASM’de gerçekleşmesinin uzmanlık eğitimi sonrasındaki çalışma hayatlarına katkısını vurgulamışlardır. Ayrıca düşük prevalans hekimliğini de ASM koşullarında tecrübe ettiklerini belirttiler.

“... hasta şikâyetini gelip ilk sana anlatıyor. Sen şikâyetinden bir tanıya varıyorsun veya varmaya çalışıyorsun. Varamasan da tanısal süreçte ilk aşamalar senin sorumluluğunda, bu aşama doğru yönlendirmek veya danışmanlık da olsa. Süreci tecrübe etmiş oluyorsun.” (K2)

“Birinci basamak hastaların ilk başvurduğu yer, sistemsal olarak ilk karşılaştığımız yer olduğu için bunu uzmanlık eğitimi içerisinde tecrübe etmek, meslek hayatımızı muhakkak ki etkileyecektir.” (K4)

“Hastanın mesela ASM’ler ilk başvurduğu yer, o konuda bunu ayırt edip yönlendirme açısından bir fırsatımız oluyor.” (K9)

“... Bunun dışında oraya gelen hasta hiçbir filtreden süzülmeden gelen hastaydı. Yani sağlık sitemine hastanın giriş yaptığı ilk nokta aslında aile hekimlikleri...” (K19)

“Aile hekimliği sağlık hizmetlerinde ilk temas noktasıdır diye. Hasta ilk oraya başvurur, ayrışmamış şekilde başvurur, düşük prevalans hekimliği yapar aile hekimliği gibi söylemler teorikte söylüyoruz ama pratikte bunun ne anlam ifade ettiğini tam anlayamıyormuşuz bence. Bunu E-ASM’ye geçince anladım gerçekten.” (K17)

“... Yani açıkçası aile hekimliği sağlığa giriş kapısı deniyor ancak o kapıda çalışmadan ne demek olduğunu anlamıyorsun” (K20)

4.1.4. Bütüncül yaklaşım

Katılımcılar aile hekimliğinin temel unsurlarından biri olan bütüncül yaklaşımı ASM şartlarında tecrübe ettiklerine vurgu yaptılar. Henüz sahaya çıkmadan hastanın iyilik hali üzerine etki edebilecek tüm değişkenleri ele alarak hastayı değerlendirme pratiği edindiklerini belirttiler.

“..., yani bütüncül yaklaşıyoruz. Yeri geldiğinde ailevi sorunlarını, psikiyatrik problemlerini veya hastalık sürecini etkileyecek sosyal etmenleri bize anlatmaktan çekinmiyorlar. Onları birçok açıdan değerlendirebilmeyi deneyimlemiş olmak önemli.” (K5)

“... hastaya bütüncül yaklaşım da aile hekimliğinde temel unsurlardan biri, bunu da geliştirmiş oluyor ASM’de çalışmak.” (K15)

“... aslında bütüncül yaklaşım diyoruz ya. İşte tam da bu yaklaşımın nasıl olması gerektiğini uygulamalı görmüş oluyorsun...” (K8)

“ASM’de hastanın mevcut yakınmasını veya hastalığını değerlendiriyorsun ama nasıl! Hastalık bu, tedavisi bu gibi değil. Hastanın iyilik halinin üzerinde etkisi olabilecek tüm değerşkenleri değerlendiriyorsun, sahaya çıkmadan bunu tecrübe etmek gerekliymiş bence...” (K11)

4.1.5. Bekle-gör yaklaşımı

Katılımcıların ASM’de hastaları tekrar tekrar kontrollere çağırıp hastalık sürecini yakından takip edebildiklerini vurguladıkları görüldü. Uzmanlık öğrencileri hastalara verdikleri ya da verecekleri sağlık hizmetinde acele etmeden hastalık kliniğinin tam

oturmasına fırsat vererek bekle gör yaklaşımı ile hizmet verebilmeyi deneyimlediklerini vurguladılar.

“...ASM hastalarla sürekli temasta olabildiğin, hastaları tekrar tekrar görebildiğin, gerektiğinde defalarca kontrole çağırabildiğin bir yer. Bu yüzden hastalara tedavi yaklaşımını belirlemede acele etmemize gerek kalmıyor, o an sağlık sorununu belirleyip çözmek zorunda değilsin... (K7)

“... Yaşlılarda gerçekten polifarmasi çok fazla mesela. Bu yüzden ASM’de tedaviye başlarken bunları göz önünde bulundurup hastayı bir süre aralıklı kontrole çağırarak gözleyip sonrasında en uygun yaklaşımı sunma şansın var. ” (K9)

“...yani hastaya illaki bir tedavi başlamak zorunda değilim, hasta bana yarın da gelebilir tekrar, o yüzden bekleyip hastalığın ayrışmasını izleyebiliyoruz aslında.” (K10)

“...kontrole çağırıp bekleyebilirsin ya da semptomatik tedavi açısından değerlendirebilirsin. Ama temel de yakın takiple süreci değerlendirmek ve sonrasında bir tedavi başlamak daha uygun ve ASM’de buna imkân buluyorsun.” (K14)

“...sabah mesela çocuğunu getirdi bir anne, belirli önerilerle akşam tekrar çağırabiliyorsun, hani bu bekle-gör yaklaşımı oluyor aslında, bunu deneyimlemek farklı bence... (K17)

4.2. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimine Katkısı

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerin Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin eğitim süreçlerine bir diğer önemli katkının ise; muayenehane veya poliklinik yönetimi üzerine olduğunu belirtmişlerdir. Bu bölümde de Eğitim ASM’nin aile sağlığı merkezi yönetimine katkısına dair belirlenen alt temalar ve her bir alt tema için belirlenen örnek ifadeler sunulacaktır.

4.2.1. Hekim-hasta iletişimi

Katılımcılar hasta ile ilgili iletişimlerini bir üst basamağa taşıdıklarını ve sürekli sabit

bir nüfusa hizmet etmenin hasta hekim ilişkisi üzerindeki etkisini deneyimlediklerini vurguladılar. Uzmanlık öğrencileri daha önce gittikleri rotasyonlardaki hasta profili ile kıyaslama yaptıklarında üçüncü basamaktaki hasta profili ile ASM'deki hasta profilinin farklı olduğunu, bu farklılığın hasta ile hekim iletişimi açısından oluşturabileceği farklılıkları da tecrübe etme imkanları olduğunu belirttiler.

“... hastalar nasıl, nasıl iletişim kurulur? Sürekli aynı hasta grubuna veya sabit bir nüfusa hizmet vermek nedir, nasıldır bu tür şeyler kafamızda şekillendi açıkçası.”

(K9)

“Hastalarla iletişimimi de bu anlamda güzel etkiledi. “(K13)

“Birinci basamakta hem süre problemimiz olmadığı için hem aynı hastayı defalarca kez görebilme imkânımız olduğu için çok daha farklı bir boyutta bence birinci basamakta hekim hasta ilişkisi. Bir kere hasta hekimine bağlanabiliyor. Sen de aynı şekilde hastaya bağlanıyorsun ve sahip çıkıyorsun. Hastayla daha farklı bir hekim hasta ilişkisi yürüttüğümü fark ettim üçüncü basamağa göre.” (K14)

“İnsanlarla iletişim noktasında da pek çok faydası oldu burada çalışmamın, sonuçta uzun zamanlar aynı hastalarla diyalogda olduğunuz için aradaki saygıyı ve iş ahlakını bozmadan nasıl samimi olunabileceğini deneyimleme şansım oldu.” (K1)

“Burada hem hekim hasta ilişkisinde nasıl bir yol izlemem gerektiğini hem de polikliniği nasıl yönetmem gerektiğini birebir sahada tecrübe etmiş oldum. Bu da çok kıymetliydi...” (K21)

4.2.2. İdari uygulamalar

Katılımcılar ASM'deki yönetme görevimizi tam anlamıyla kavramak ve uygulamak açısından E-ASM'nin çok faydalı olduğunu belirttiler. Uzmanlık öğrencileri, uzman olduktan sonraki süreçte ASM ortamında idari yönden karşılaşılabilecekleri problemleri ve rutin işleyişi önceden deneyimleyip sonrasında bu problemlerle sahada karşılaştıklarında nasıl aksiyon alabilecekleri konusunda bilgilendiklerini vurguladılar.

“... işin daha idari, mali vb. gibi yönetsel yönlerini görmemiz açısından da bence

çok önemli E-ASM... ” (K3)

“Eğer E-ASM olmasaydı biz çalışma imkânlarımızın neler olabileceğini, orayı nasıl yönetmemiz gerektiğini ve bu yönetim esnasında hangi problemler ile karşılaşabileceğimizi bilemeyecektik. Hatta kendi adıma söylemem gerekirse tahmin bile edemezdim...” (K17)

“... herkesin belli sorumlulukları oluyor, sorumlu hekim oluyor, aşı sorumlusu oluyor vb. dolayısıyla bir ekip çalışması veya şirket ortaklığı gibi bir durum söz konusu süreçlerin yönetimi de aslında kıymetli...” (K19)

“...ama bir ASM yönetimini E-ASM sürecinde gerçekten kavrayabildik.” (K20)

“...aile hekimi uzmanının belli başlı yeterlilikleri kazanması lazım ASM yönetimi de bunlardan biri. Bu açıdan E-ASM bana çok katkı sağladı.” (K11)

4.2.3. Görev, yetki ve sorumluluklar

Katılımcılar ASM dışında gidilen rotasyonlarda ASM pratiği ile ilgili çok az bilgilendiklerini, E-ASM'nin ASM işleyişini görmeleri açısından onlar için önemli bir fırsat olduğunu vurguladılar. Uzmanlık öğrencileri ASM'de hastaneden farklı olarak yapılan işlemleri deneyimleme fırsatlarının olduğunu, görev ve sorumlulukları ile yetki sınırlarını öğrendiklerini, bunun sahaya adım atmadan önce onlar için önemli bir tecrübe olduğunu belirttiler.

“...kadın doğum rotasyonuna gidiyoruz ama kadın doğum hekiminin gebe izlemi USG üzerinden ve benim burada yaptığımdan çok farklı. Ben ne yapabiliyorum, nereye kadar yapabiliyorum? Bunları öğrenmek için E-ASM'nin gerekli olduğunu düşünüyorum.” (K3)

“Asıl yapmamız gereken iş olan birinci basamak hekimliğini E-ASM'lerde uygulamalı olarak görüyoruz...” (K4)

“E-ASM kısa bir ön izleme gibi olduğundan benim için yol gösterici oldu. Ne gibi yolları izlemem lazım, işte takıldığım noktada kime sormam lazım? Ne yapmam lazım? ...” (K6)

“...sahaya ilk adımıımızı orada atmamızı ben açıkçası çok faydalı buluyorum. Bizim de yetkilerimizle ilgili pratik yapmamızı sağladı. Kriz durumlarını nasıl yönetmemiz gerektiğini deneyimlemiş oldum.” (K13)

“Sahip olduğum haklarımı ve sorumlu tutulduğum/tutulacağım durumları nerelerden araştıracağımı, nasıl öğreneceğimi öğrendim. ASM’de bulunması gereken en basit ayrıntıların bile birçok kurala tabi tutulduğunu öğrendim...” (K19)



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak, hastaların temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere klinik bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmaktadır. 1983 yılında tababet uzmanlık tüzüğüne dâhil edilmesiyle, aile hekimliği uzmanlık eğitimi resmi bir mevzuata dayandırılmış ve bu alandaki uzmanlık süreci belirlenmiştir. Ancak uzmanlık eğitimi sürecinde yaşanan değişikliklerle birlikte, aile hekimliği pratiği üzerindeki vurgu da değışmiştir. Özellikle 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından alınan kararlarla uzmanlık süresi 36 ay olarak benimsenmiş. Ancak hastanedeki rotasyonlar 18 aya düşürülmüş ve geriye kalan 18 ayın Aile Hekimliği kliniklerinde geçirilmesi öngörülmüştür. Aile hekimliği kliniklerinde geçirilen süre artırılarak, pratiğin önemi vurgulanmıştır (Ağın ve ark., 2004; [http://www.hukuki.net/kanun/762 29.25.text.asp](http://www.hukuki.net/kanun/762_29.25.text.asp), Erişim tarihi: 20 Mayıs 24; Uğurlu ve Üstü, 2018).

Zamanla üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları yaygınlaşmış ve SB eğitim hastanelerinde 2009 senesinden başlayarak aile hekimliği klinik şeflikleri kurulmuştur. Resmî Gazete 'de yayımlanan 26 Eylül 2014 tarihli yönetmelik ile E-ASM'lere ilişkin mevzuat düzenlenmiştir. Araştırmalar, Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşanan bu dönüşümün, saha deneyimi üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Özellikle, üçüncü basamak hastaneler, semt poliklinikleri ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri gibi alanlarda verilen saha eğitiminin, uzmanlık öğrencilerinin klinik becerilerini ve yönetim yeteneklerini geliştirmede önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Bu çalışma ile E-ASM'de çalışmış ve/veya halen çalışmakta olan Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencilerinin gözünden burada verilen eğitimin değerlendirmesi amaçlandı (Ağın ve ark., 2004; [http://www.hukuki.net/kanun/762 29.25.text.asp](http://www.hukuki.net/kanun/762_29.25.text.asp), Erişim tarihi: 20 Mayıs 24; Uğurlu ve Üstü, 2018).

Aile hekimliği asistanları E-ASM deneyimlerinin, özellikle hasta yönetimi üzerinde belirgin bir etkisinin olduğunu ifade ettiler. Katılımcıların, E-ASM'de hasta başvuru profilinin diğer sağlık kuruluşlarından farklılığını vurguladıkları ve bu farklılığın

hastaların erken dönemdeki şikâyetlerini değerlendirme ve hastalıkları ayırıştırma yeteneklerini geliştirmelerine olanak sağladığını belirttikleri görüldü. Özellikle koruyucu hekimlik uygulamaları açısından pratik yapma imkânının, üçüncü basamak hastanelerdeki eğitimden farklı olarak E-ASM'de daha etkin olduğunun vurgulandığı saptandı. Ayrıca, katılımcılarla yapılan görüşmeler E-ASM deneyimlerinin, bütüncül bir yaklaşımı benimseme ve hasta ile iletişimde sürekli kendi aile hekimliği birimine kayıtlı sabit bir nüfusa hizmet etmenin önemini kavrama açısından da değerli olduğunu ortaya koydu. Uzmanlık öğrencileri, ASM'de hasta yönetimindeki rolünün yanı sıra, muayenehane veya poliklinik yönetimi konusunda da önemli deneyimler kazandıklarını ifade ettiler.

Katılımcıların hasta yönetimi açısından belirgin fayda sağladıklarını ifade ettikleri unsurlardan; ayrışmamış hastalık yönetimi, ilk temas noktasında görev alma ve bekle-gör yaklaşımı sunabilme noktasında pratik yapabilme imkânı bulabilmeleri ve hatta bu ifadelerin tam anlamıyla disiplin içerisinde ne ifade ettiğini anlayabilmeleri açısından Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin önemi vurgulanmıştır. Bu üç unsur bir hastaya verilecek sağlık hizmetinin tanı sürecinin ilerleme basamakları düşünüldüğünde; yani ilk yakınmanın ortaya çıkışından tanı konulmasına kadar geçen sürede icra edilecek hekimlik sanatına sağladığı katkı açısından Eğitim ASM'nin aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin eğitiminde ne kadar önemli bir yer tuttuğu aşîkârdır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler tarafından sağlanan hizmetlerin kapsamlılığını belirleyen temel unsurlardan biri ilk temas noktası olarak hizmet verilmesidir (Kringos, 2013). İlk temas noktası olması nedeniyle de aile hekimliği pratiğinde karşılaşılan hastaların önemli bir bölümü ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıklardır (Sucaklı, 2014). Bu rahatsızlıkların yönetiminde de birinci basamağın elindeki en temel imkânlardan biri bekle-gör yaklaşımıdır. Dolayısıyla bu unsurların uzman hekim olarak sahaya çıkmadan önce uzmanlık eğitimi sürecinde tecrübe edilmiş olması muhakkak ki saha eğitimi için elzemdir. Tıpta uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin üç temel bileşeninden birinin Aile Hekimliği uygulama eğitimi olduğu ve eğitim sürecinin yürütüleceği yerler olarak da; Aile Hekimliği Klinikleri ve polikliniklerinin, Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin, eğitim amaçlı iş birliği

yapılan ASM'lerin ve Evde Sağlık Hizmetlerinin belirlendiği görülmektedir (TUKMOS, 2019). Eğitim yerlerine baktığımızda ise bu üç unsur açısından uzmanlık öğrencisinin eğitici gözetiminde pratik yapma imkânı bulabileceği uygun eğitim yerinin Eğitim ASM olduğu da görülmektedir.

Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin hasta değerlendirmesinde biyomedikal değil de aynı zamanda psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel faktörleri de dikkate alması önemlidir (Sucaklı, 2014). Çalışmamızda da uzmanlık öğrencilerinin eğitim ASM'de görev yapmanın eğitimlerine katkısı noktasında vurguladıkları bir diğer husus; sabit bir nüfusa kolay ulaşılabilir bir mekânda açık erişim ile hizmet vermenin hastaları farklı yönleriyle değerlendirebilmelerine olanak sağlamasıydı. Bir diğer deyişle bütüncül yaklaşımın sahada eğitici gözetiminde uygulanmasının eğitim süreçleri açısından kıymetli olduğunu ifade ettiler. Aile hekimliği; doğası gereği bütüncül yaklaşımı “hastalık yoktur hasta vardır” prensibiyle zorunlu kılan bir sağlık hizmet basamağıdır (Ak, 2010). Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin aile hekimliği disiplininin olmazsa olmazlarından biri olarak gösterdiği biyopsikososyal yaklaşım modeli de bu yaklaşımı bir nevi tanımlar (WONCA, 2023). Dolayısıyla çalışma verileri doğrultusunda bu hizmet basamağında görev almak üzere eğitim alan hekimlerin bu yaklaşım modelini düstur edinmelerine en önemli katkının Eğitim ASM'lerde sağlanabileceği kanaatindeyiz.

Aile hekimliği, koruyucu hekimlik gereği hastalıkların ilgili taramalar ile erkenden saptandığı, henüz hastalık oluşmadan risk yönetimiyle önlendiği bir hekimlik uygulamasıdır (Yılmaz ve Babacan, 2020). Katılımcılar aile hekimliğinin önemli parçalarından olan koruyucu hekimlik uygulamalarının Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde nasıl uygulandığını tecrübe ettiklerini, yine bu uygulamaların hasta yönetimine belirgin yarar sağladığını vurguladılar. Koruyucu hekimlik uygulamalarının geleceğe dönük faydalarına baktığımızda; sonrasında gelişebilecek birçok hastalığın daha hastalık gelişmeden önlenmesi, önlenen hastalık neticesinde diğer branş doktorlarının yükünün azalması, yapılan tetkik miktarının azalması ile oluşabilecek sağlık giderlerinin azaltılması gibi daha pek çok fayda sağlamasıyla Eğitim Aile Sağlığı merkezinde uygulamalı olarak alınan bu eğitimin ne kadar kıymetli olduğu görülmektedir. Birinci basamak hekimlerinin koruyucu hekimlik

adına önemli görevlerinden biri de bireylere kapsamlı bir sağlık eğitimi vererek kişinin kendi sağlığını korumasını sağlamaktır (Taylor, 1998). Yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin sayısındaki artışın mortalite oranlarını azalttığını gösterilmiştir (Starfield ve ark., 2005). Tüm bunları göz önünde bulundurduğumuzda aile hekimliği uzmanlık ğrencilerinin koruyucu hekimlik uygulamalarını benimsemeleri ve uygulamaları açısından Eğitim ASM'nin öneminin büyük olduğu görülmektedir.

Aile hekimi birinci basamaktaki hasta hekim ilişkisi ile nüfusundaki bireylerin özgeçmişine, aile öyküsüne ve şimdiki durumunu hâkim olduğundan takip ettiği kişilerin bakımının srekliiliğini sağlama noktasında kritik bir konumdadır. Hasta ile hekimi arasında kurulan her temas, sonrasında gelişen bir öyküye katkı sağlar. Her bir görüşme bir önceki ortak deneyimlerin üzerine kurulur. Bu ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle daha da değerlenebilir ve başlı başına terapötik bir nitelik taşır (WONCA, 2023). Hasta ve hekimin beklentileri arasındaki etkileşimin kalitesi, bazen hastanın aldığı spesifik tedaviden daha etkili olabilir (Engel, 1980). Aile hekiminin iyi bir hasta hekim ilişkisi kurulabilmesi için her hastayı ayrı bir insan olarak değerlendirip farklı bir iletişim şeklinin olabileceğini göz önünde bulundurularak hastanın kişisel özelliklerine göre uygun bir iletişim biçimi tercih edilmelidir (Akaydın ve Baltacı, 2022). Aile hekimliği asistanlarının birinci basamak seviyesinde sabit nüfusu olan bir yerde hasta hekim iletişimini tecrübe etmeleri kıymetlidir.

Çalışmamızda uzmanlık ğrencilerinin Eğitim ASM'de görev yapmanın eğitimlerine katkısı noktasında vurguladıkları bir diğer nokta ise Aile Sağlığı Merkezi yönetimine katkısıdır. ASM yönetimi açısından belirgin fayda sağladıklarını ifade ettikleri unsurlardan; idari uygulamalar ve görev, yetki ve sorumluluklar açısından bakıldığında uygulama yapabilmeleri yönünden Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin nemi vurgulanmıştır. Bu iki unsur da ASM yönetimi açısından uzmanlık ğrencilerinin eğitimine katkı sağlayabilecek önemli noktalardandır. Birinci basamak işleyişine bakıldığında aile hekimlerine işveren sıfatı yüklendiği görülmektedir (Taşdemir, 2021). ASM şartlarında hekimler oradaki personelin yöneticisi konumundadır. Dolayısıyla yöneticiliğin getirdiği sorumlulukları ve yetkileri

bilmelidirler. ASM’de hekimler, onlardan beklenen görevlere hâkim olmalı, birinci basamak sağlık işleyişinin devamlılığı açısından sorumluluklarını yerine getirmelidirler. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin birinci basamaktan kopuk şekilde yürütülmesi asistanların eğitim bittiğinde çalışacakları yere ve şartlara yabancı kalmalarına neden olabilirken ayrıyeten ülkenin birinci basamak hizmetlerinde eğitim merkezli ilerlemenin duraksamasına neden olabilir (Yıldırım ve Eğici, 2018). Uzman olmadan önceki dönemde hekimlerin Eğitim ASM dışındaki çalıştıkları birimlerde ASM yönetimi ile ilgili yapılması gerekenleri tecrübe etme imkânı bulamadıklarını görüyoruz. Dolayısıyla hekimlerin tecrübe ve bilgi açısından bu kadar uzak olduğu bir konunun mutlaka sahada öğrenilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Uzman olduktan sonraki süreçte karşılaşılabilecek problemleri ve rutin işleyişi önceden deneyimleyip sonrasında bu problemlerle karşılaşıldığında nasıl reaksiyon alınabileceğini tecrübe etmek açısından Eğitim ASM’lerin saha eğitimi açısından çok kıymetli olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç olarak Eğitim ASM’nin aile hekimliği uzmanlık eğitimi için vazgeçilmez bir unsur olduğu bilinmektedir. Halen ülkemizde her eğitim kliniğinin Eğitim ASM’si bulunmasa da gün geçtikçe Eğitim ASM’lerin sayısının arttığı bilinmektedir. Aslında Eğitim ASM’nin bu çalışmanın dışında aile hekimliği uzmanlık eğitimine daha birçok katkısının olabileceği ortadadır. Eğitim ASM’lerin eğitime katkısının yanında sahadaki diğer ASM’ler için model oluşturabilecek bir konuma gelmesi birinci basamak uygulamalarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Özellikle Eğitim ASM’nin, klinik beceriler dışında yönetsel beceriler ve iletişim noktasında çokça önem arz ettiği, çalışmamızda bu önemin uzmanlık öğrencileri tarafından da fark edildiği görülmüştür.

6. KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. (2011). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(2), 88-90.
- Akaydın, H., & Baltacı, A. (2022). Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hekim-Hasta İletişiminin Hizmeti Tavsiye Etme Niyetine Etkisi. *Turkish Journal Of Marketing*, 7(4), 162-186.
- Akdeniz, M., Ungan, M., & Yaman, H. (2010). Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. *GeroFam*, 1(1), s. 29-40.
- Aktaş, E. Ö., & Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Türkiye Ege Tıp Dergisi*, 51(1), s. 22.
- Ak, M. (2010). Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 17(4), 403-405.
- Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 250-274.
- Ateş, E., & Set, T. (2015). One of the Family Medicine Core Competencies: Community-Oriented Care. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9(3), 121-124. doi:10.5455/tjfmpr.187047.
- Çağlayaner, H., Önder, A., Birgül, E., Saatçi, E., Şener, F., Ceyhun, G., Sezer, H., Hekimoğlu, L., & Başer, Z. (1996). *Aile Hekimliği II*. (1. Basım). İstanbul: İletişim Yayınları, s. 16-85.
- Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 412-418.
- Gervits, M., & Anderson, M. (2014). Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban COPC experience. *International Journal of Health Services*, 44(2), 383-98. doi:10.2190/HS.44.2.m.
- Geyman, J. P. (2004). Drawing on the legacy of general practice to build the future of family medicine. *Family Medicine*, 36(9), s. 631-638.
- Jimbo, M. (2004). Family medicine: Its core discipline and impact on patient care and medical education in the United States. *Keio Journal of Medicine*, 53(2), s. 69-73.

Kringos, D. S. (2013). The Importance Of Measuring And Improving The Strength Of Primary Care In Europe: Results Of An International Comparative Study. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(4), 165-179.

Mc Whinney. (1997). A Textbook of Medicine, 2. Baskı. New York, Oxford University Press, s. 3-25.

McWhinney, I. (1998). Primary care core values in a changing world. *BMJ*, 316, s. 1807-1809.

Öner, C. (2015). Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(4).

Rakel R. E. (2019). The Family Physician. In: Rakel RE, eds. *Textbook of Family Practice*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2019. p. 3-18.

Rakel, R. E. (1995). The family physician. In R. E. Rakel (Ed.), *Textbook of Family Practice* (5th ed.). Philadelphia: WB Saunders, s. 3-19.

Saatçi, E., & Sezer, H. (1996). Dünyada aile hekimliği uygulamaları: Aile Hekimliği-2. İstanbul: Cep Üniversitesi. Çağlayaner, H. (Yayın Sorumlusu). İletişim Yayınları.

Söyleyici, T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı]. Denizli, s. 37.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

Stevens, R. A. (2001). Americanization of family medicine: Contradictions, challenges and change, 1969-2000. *Family Medicine*, 33(4), s. 232-242.

Sucaklı, M. H. (2014). Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel ve Varoluşsal Boyutu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* www.tjfm.com, 8(4).

Şahin H. H. (2018) Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yeri, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. P C ÜNALAN).

Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. (1983). TC Resmi Gazete 18230, 21.11.1983.

Taşdemir, Y. (2021). Türk Hukukunda Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekiminin İşveren Sifatına İlişkin Bir İnceleme. *Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, (2), 261-296.

Taylor, R. B. (1998). Current issues and future practice. In R. B. Taylor, A. K. David, T. A. Johnson, D. M. Phillips, & J. E. Scherger (Eds.), *Family medicine: Principles and practice* (5th ed., pp. 1-6). Springer-Verlag.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü. (2002). T.C. Resmi Gazete 24790, 19.06.2002.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. (2014). T.C. Resmî Gazete 28983, 26/04/2014.

Toy, B. Y., Tosunoğlu, N. G. (2007). Sosyal bilimlerdeki araştırmalarda bilimsel araştırma süreci, istatistiksel teknikler ve yapılan hatalar. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-20.

TUKMOS (2019). Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi.

Türkiye Aile Hekimliği Yüksek Kurulu. (2013). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı.

Uğurlu, M., & Üstü, Y. (2018). Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 123-128.

Ünalan, P., Akman, M., & Uzuner, A. (2016). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Klinik Eğitim ve Alan [Clinical education and the Field in Family Medicine Specialty Training]. *Turkish Family Physician*, 1(3).

Ünlüoğlu, İ., & Paycı, S. (2004). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf). T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 29.

WONCA Europe (2002). The European definition of general practice/family medicine, Barcelona.

WONCA Europe (2023). The European definition of general practice/family medicine.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, 10. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, s:45-67.

Yıldırım B. (2017) Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Asistanlık Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri ile İlgili Bilgi, Düşünce ve Beklentileri, T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. M T EGİCİ).

Yıldırım, B., & Eğici, M. T. (2018). Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 300-311.

Yılmaz, M., Tekin, Ö. F., & Durmaz, A. (2023). Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları Hakkında Bir Öneri. *Jour Turk Fam Phy*, 14(1), 49-52.

Yılmaz, T. E., & Babacan, M. T. (2020). Bir Aile Hekimliği Birimindeki Okul Çağı İzlemlerinin Retrospektif Analizi. *Ankara Medical Journal*, 20(4).



7. EKLER

7.1. EK-1: Anket Formu

Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Gözünden
Eğitim Süreçlerine Katkısının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma

Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Medeni Hal:

4. Çocuk sayısı:

5. Kaç yıllık hekimsiniz: ...yıl

6. Kaç yıllık asistan hekimsiniz: ... yıl

7. Uzmanlık eğitimi öncesinde ASM’de çalıştınız mı?

Evet ☐ ... ay

Hayır ☐

1. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde yer alan E-ASM’de çalışmayı nasıl değerlendiriyorsunuz? Olumlu ve olumsuz katkılarından bahseder misiniz?

2. Eğitim ASM’nin klinik yetkinlikleriniz üzerine etkisinden bahseder misiniz?

3. Eğitim ASM’nin girişimsel yetkinlikleriniz üzerine etkisinden bahseder misiniz?

4. Eğitim ASM planlamasını siz yapıyor olsaydınız neleri değiştirmek isterdiniz?
Bahseder misiniz?

7.2. EK-2: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.09.2023-E.285265



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-285265 -275
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

22.09.2023

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 24.08.2023 tarih ve 275 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Gözünden Eğitim Süreçlerine Katkısının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşılı İle Aynıdır
22.09.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BS9KUDZ4EE Pis Kodu: 14872 Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/etb/pdk=5787&ID=BS9KUDZ4EE&eS=285265>
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korumak Kampüsü, Korumak,
Adapazarı/Sakarya Bilgi için: Hasan Konak
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629 Unvan: Sürekli İşçi
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

