



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMLARIYLA İLGİLİ
GELİŞMELERİN AİLE HEKİMLİĞİ
ASİSTANLARININ KENDİ EĞİTİMLERİNE
BAKIŞLARI VE GELECEKLE İLGİLİ
BEKLENTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. ÖZLEM SANCAKTAR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

(AYDIN, 2013)

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMLARIYLA İLGİLİ
GELİŞMELERİN AİLE HEKİMLİĞİ
ASİSTANLARININ KENDİ EĞİTİMLERİNE
BAKIŞLARI VE GELECEKLE İLGİLİ
BEKLENTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. ÖZLEM SANCAKTAR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

(AYDIN, 2013)

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının her aşamasında bana yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Serpil Demirağ'a, bu tezin hazırlanması sürecinde desteğini, yardımlarını esirgemeyen ADÜ Tıp Fakültesi'nin tüm çalışanlarına, birlikte keyif alarak çalıştığım tüm mesai arkadaşlarıma, iyi bir hekim olarak yetişmemde katkısı olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan Anabilim Dalı'mız öğretim üyelerine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Tablo Dizini	I- II
Simgeler ve Kısaltmalar	III
Ekler Dizini	IV
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Türkiye’de Tıbbın Gelişimi	4
2.2. Türkiye’de Birincil Bakımın Gelişimi	5
2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Bir Tıp Uzmanlığı Olarak Kabul Görmesi	6
2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının Üniversitelerde Kabul Görmesi	6
2.5. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması	7
2.6. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi	9
2.7. Avrupa Birliği’nde Aile Hekimliği	15
2.8. Aile Hekiminin Tanımı	16
2.9. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	17
2.10. Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği	19
2.10.1. Aile hekimliği uygulama eğitimi	20
2.10.2. Hastane rotasyonları	20
2.10.3. Eğitim toplantıları	21
2.11. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi	21
2.12. Yarı zamanlı uzaktan eğitim modeli	24
3. Gereç ve Yöntem	28
3.1. İstatistiksel Verilerin İncelenmesi	29
4. Bulgular	30
4.1. Demografik Bilgiler	30
4.2. Asistanların Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri	32
4.2.1. Genel Olarak Uzmanlık Eğitimi ile ilgili Görüşler	32
4.2.2. Uzmanlık Eğitiminin Toplam Süresi ile ilgili Görüşleri	34
4.2.3. Rotasyonlar ve Süreleriyle ilgili Görüşler	35
4.2.4. Aile Hekimliği Uygulama (Saha) Eğitimiyle ilgili Görüşler	36
4.2.5. Asistanların Uzmanlık Eğitimine Devam Etme Konusundaki	38

Düşünceleri

4.2.6. Aile Hekimliğinin Geleceğine ilişkin Görüşler	40
4.2.7. Uzmanlık Eğitimi ile ilgili Dile Getirilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri	42
4.2.8. Yarı Zamanlı Uzaktan Uzmanlık Eğitim Modeli ile İlgili Görüşler	44
4.2.9. Yan Dal Eğitimi ile İlgili Görüşler	45
5. Tartışma	47
6. Sonuç	55
7. Özet	57
8. Kaynaklar	61
9. Ekler	67

TABLO DİZİNİ

Tablo 1	Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	8
Tablo 2	Çalışmaya katılan asistanların cinsiyete göre medeni durumları	30
Tablo 3	Asistanların hekimlik yılı	30
Tablo 4	Mezun oldukları üniversiteye göre rotasyon sürelerini değerlendirme	31
Tablo 5	Uzmanlık eğitimi almakta oldukları kuruma göre uzmanlık eğitimini tercih etme amaçları	32
Tablo 6	Asistanların eğitim yıllarına göre eğitim kurumları ve genel olarak uzmanlık eğitimleri ile ilgili görüşleri	33
Tablo 7	Uzmanlık eğitimi yeterliliği ile sorumlu eğitici arasındaki ilişki	34
Tablo 8	Uzmanlık eğitim süresinin yeterliliği hakkında asistanların eğitim kurumu, eğitim yılı ve tercih amacına göre görüşleri	34
Tablo 9	Eğitim kurumu, eğitim yılı ve tercih amacına göre rotasyon sürelerine asistanların bakışları	35
Tablo 10	Süresi uzatılması ya da eklenmesi istenilen rotasyonlar ile mevcut rotasyon süreleri arasındaki ilişki	36
Tablo 11	Saha eğitimi alan ve almayan asistanların uzmanlık eğitiminden sorumlu eğiticileri arasındaki ilişki	37
Tablo 12	Saha eğitiminin gerekliliği ve uygulanan saha eğitimi yöntemi ile yeterli saha eğitimi arasındaki ilişki	38
Tablo 13	Uzmanlık eğitimini yeterli bulanlarla bulmayanların, uzmanlık eğitimini bırakma düşünceleri arasındaki ilişki	39
Tablo 14	Asistanların eğitim yıllarına göre uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmeleri ve nedenleri	39
Tablo 15	Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünme nedeni	40
Tablo 16	Eğitim yıllarına göre asistanların aile hekimliği uzmanlığının ve aile hekimliği uygulamasının geleceği hakkındaki görüşleri	40
Tablo 17	Aile hekimliğinin uzmanlığının geleceği ile mevcut uygulama ve uzmanlık eğitimine devam isteği	42
Tablo 18	Asistanların eğitim kurumlarına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara bakış açıları	43
Tablo 19	Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara yönelik çözüm önerileri	44
Tablo 20	Yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” ile eğitim yılı, eğitim kurumu	45

ve tercih amacına göre karşılaştırılması

Tablo 21 Yan dal önerileri

46

KISALTMALAR

AAFP	Amerikan Genel Pratisyenler Derneği
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AH	Aile Hekimliği
AHAD	Aile Hekimliği Anabilim Dalı
AHUD	Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EURACT	Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi
GP	Genel Pratisyenlik
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri
RCGP	Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SPSS	Statistical Programme for Social Sciences
SS	Standart Sapma
TAHUD	Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
TAHYK	Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu
TUK	Tıpta Uzmanlık Kurulu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UEMO	Avrupa Genel Pratisyenler Birliği

EKLER DİZİNİ

EK 1	Anket Formu	67
EK 2	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onay yazısı	75

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın birçok ülkesinde ulusal sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için ‘yeniden keşfedilen’ birinci basamağın öneminin kavranması, ülkemizde yaklaşık yarım yüzyıl öncesine dayanır. Altmışlı yıllarda başlayan ve birinci basamağı öne çıkaran sağlıkta reform girişimleri son 20 yılda yoğunluk kazanmıştır. 2004 yılında yürürlüğe gire yasa ve ardından çıkarılan yönetmeliklerle aile hekimliği pilot uygulaması başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçişin 2010 yılı sonu itibariyle tüm Türkiye’de tamamlanmasıyla bölge tabanlı sağlık ocakları örgütlenmesi yerini aile hekimlerine kayıtlı nüfus temelli aile sağlığı merkezleri örgütlenmesi almış oldu (1).

Birinci basamağın örgütlenme modelindeki değişiklik sürecinin çok öncesinde, sağlıkta reform tartışmalarına koşut olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi de gündeme gelmiştir. 1983 yılında tıpta uzmanlık tüzüğüne giren aile hekimliği uzmanlık eğitimi için 1985 yılında eğitim ve araştırma hastanelerine ilk asistanlar alınmaya başlamış ve 1989 yılı başlarında ilk aile hekimliği uzmanları mezun olmuştur. Başlangıçta uzunca bir süre tümüyle hastane rotasyonlarından oluşan uzmanlık eğitimini alan aile hekimliği uzmanları birinci basamağın temel sağlık yapısı olan sağlık ocaklarında çalışmamış, zorunlu hizmet yükümlülüğü nedeniyle ağırlıklı olarak hastanelerde görevlendirilmiştir.

Yüksek Öğretim Kurulu’nun 1993 yılı kararıyla tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmaya başlamasıyla akademik gelişim sürecine giren aile hekimliği disiplini, uzmanlarının sahada çalışmasına ilişkin düzenlemelerin gecikmesiyle on yılı aşan bir süre belirsizlik ve kararsızlık dönemi yaşamıştır. Bu dönemde uzmanlık eğitiminin sahada uygulama ayağı bir türlü oluşturulamamış, asistan kadroları artırılmamış ve var olan kadrolara ilgi de yeterince sağlanamamıştır. 2005 yılında pilot uygulamalarla aile hekimliği uygulamasının başlamış olmasına karşın, aile hekimliği asistan kadrolarında istenen ve beklenen artışlar yapılmamış ve pratisyen hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi özendirilmemiştir.

Üstelik aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinde pratisyen hekimlerin aile hekimi olarak görevlendirilerek uygulamaya doğrudan giriş yapabilmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitimine olan talebi daha da düşürmüştür. Bu geçiş özelliği uzmanlık eğitime başlayan asistanlarda da tereddütlere yol açmıştır. Üç yıllık uzmanlık eğitimi, nöbetler, tez

hazırlama sürecinin sıkıntıları, uzmanlık sınavı ve ardından ücra köşelerde yapılan zorunlu hizmet yükümlülüğü nedeniyle asistanlar almakta oldukları eğitimi sorgular hale gelmişlerdir. Bu dönemde aile hekimliği asistanlarına yönelik yapılan iki çalışma asistanların yaşadıkları sıkıntıları ve tereddütleri ortaya koymuştur.

Sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçirilen aile hekimliği uygulaması, aile hekimliği uzmanı ile pratisyen aile hekimleri arasında özlük hakları açısından bir fark gözetmemektedir. Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar arasında, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin gerekli olup olmadığı hakkında soru işaretleri uyandırmaktadır. Ayrıca sahadaki aile hekimliği birimlerinin hemen hemen hepsinin dolmuş olması nedeniyle yeni mezun olacak aile hekimliği uzmanlarının çalışma yerleri konusunda belirsizlikler yaratmıştır.

Diğer taraftan aile hekimliği uzmanlığının sürdürülebilirliğini sağlayacak tek durum, bu disipline katılmayı talep edecek yeni asistanların varlığıdır. Ancak aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sayısındaki azalma, mevcut aile hekimliği uygulamasının ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, asistanların motivasyonunu ve isteğini azalttığını düşündürmektedir (1).

Uzunca bir süredir istenen ve beklenen, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde sahada uygulama eğitimine olanak tanıyan yasal düzenlemenin 2010 yılında yapılmasıyla aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci yeni bir döneme girmiştir. Bu düzenlemeyle aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki zorunlu rotasyonlar 18 aya indirilmiş ve kalan 18 aylık bölümü sahada aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılmıştır. Ancak, bir yandan saha eğitiminin alt yapısının hazırlanmasında gecikilmesi ve eğitimin çoğu eğitim hastanesinde yalnızca hastane rotasyonlarıyla devam etmesi, diğer yandan rotasyon sürelerinin kısaltılmasının aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yetersizlik yaratacağı düşünceleri, aile hekimliği asistanlarında gelecekleriyle ilgili ek kaygılar gelişmesine neden olmuştur.

Aile hekimliği açısından son yıllarda yaşanan diğer bir gelişme, 2011 yılında çıkarılan bir kanun hükmünde kararname ile halen sahada aile hekimi olarak görev yapan pratisyen hekimlere ‘yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi’ şansı tanınmasıdır. Mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitiminden farklı bir model olarak tanımlanan bu “uzmanlık eğitiminin” hangi koşullarda yapılacağının ve nöbet, tez, sınav gibi yükümlülükler getirip getirmeyeceğinin belirsiz olması, aile hekimliği asistanlarını oldukça olumsuz yönde etkilemiştir. Böylelikle mevcut uygulamada uzmanlık eğitimi alan asistanlara ve sahada

alışan aile hekimlerine iki farklı standartta uzmanlık eğitimi verilmek istenmesi, mevcut aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimine başlama ve sürdürme kararları üzerine etkili olmuş gibi görünmektedir.

Bu iki yeni gelişmenin aile hekimliği asistanları üzerinde yarattığı etkiler henüz çalışılmamıştır. Yukarıda açıkladığımız hipotezlerden yola çıkarak aile hekimliği asistanlarının halen uygulanmakta olan uzmanlık eğitimi, rotasyon süreleri ve aile hekimliği uygulaması konusundaki düşüncelerinin önem arz ettiği öngörülebilir. Çalışmamızın amacı, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili son gelişmelerin (zorunlu rotasyon süresinin 18 aya inmesi, sahada aile hekimliği uygulama eğitiminin başlaması ve ‘yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi’ olasılığının gündeme gelmesi), asistanların almakta oldukları uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşlerini nasıl etkilediğini, eğitim süresince karşılaştıkları sorunları ve eğitimden beklentilerini, uzmanlık eğitimlerini sürdürme eğilimlerini belirlemek, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili yaşadıkları sorunlara yönelik önerilerini almaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Türkiye’de Tıbbın Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunun tarihçesine baktığımız da hekimliğin doğduğu topraklarda yaşadığımızı görürüz. Asklepion hastalara sağlık hizmeti sunulan ilk hastane sayılabilir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde sağlık hizmetleri Külliye adı verilen cami, hamam, aşevi, medrese (yüksek okul yerine) gibi yapıları bünyesinde barındıran kompleks yapılarda ücretsiz olarak sunulmaktaydı. Buralarda çalışan hekimler formal bir eğitim almıyorlar, usta-çırak ilişkisi içinde yetişiyorlardı. Ancak bunların sayısı herkesin ulaşabileceği kadar çok değildi. İlk tıp Okulu Selçuklu Sultanı Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından kızkardeşi Gevher Nesibe Sultanın adına 1205’de “Darüşşifa ve Tıp Mektebi” adıyla Kayseri’de kurulmuştur. Yine Osmanlılar döneminde de birçok hastane kurulduğunu görmekteyiz (2).

Ondokuzuncu yüzyıldaki gelişmeler ve reform hareketleri Osmanlıları da etkilemiştir. 1827’de modern tıp eğitiminin başlamasıyla batı çizgisinde yeni hastaneler kurulmaya başlanmıştır. Aynı zamanda hekim eğitiminin başladığını görürüz. Batılı anlamda ilk tıp okulu Tıphane-i Amire ve Cerrahhane-i Amire 14 Mart 1827’de İstanbul’da kurulmuştur. Bu okul ve daha sonra kurulan tıp fakülteleri batı ülkelerinde olduğu gibi hastalık yönelimli yaklaşımla hastalıkları tedavi etmeyi öğretene ve uzmanlaşmayı teşvik eden okullardır (2).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde sağlık bakımı ‘darüşşifa’ adı verilen hastanelerde ve serbest çalışan hekimler ve cerrahlarca verilmekteydi. Hastaneler belediyelere ya da özel idarelere bağlı olarak işletiliyordu. Hekimler tıp okullarında cerrahlar ise usta – çırak ilişkisi içinde yetişmekteydiler. Cerrahlık ve tıp eğitimi 1838’de birleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin denetimi hekimbaşılık denilen saraya bağlı kurumca yapılmaktaydı. Sağlık teşkilatlanması açısından Cumhuriyet’in devraldığı sistem sağlık müdürlüğü – hükümet tabipliği uygulamasıdır (3). Devletin yetkili bir hekimi olarak daha birçok ilçe merkezinde hükümet tabibi bulunmamaktaydı. Belediye, özel idare ve diğer özel nitelikteki hastanelerin sayısı ve yeterliliği hizmet açısından son derece kısıtlıydı. Ülkede

yetersiz hekim olması ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeni ile salgınlar sık görülmekteydi (2).

Sağlık hizmetlerinin önemini bilen Atatürk ilk Türkiye Büyük Millet Meclisinin kuruluşundan bir gün önce 3 sayılı yasa ile Sağlık Bakanlığını kurmuştur. Türkiye, sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinde temsil edildiği öncü ülkelerden biri olmuştur (3). Cumhuriyet'in ilanından sonra sağlık alanında çok önemli değişimler başlatılmıştır. Bu değişim sürecinde, Atatürk'ün benimsemiş olduğu sağlık anlayışı son derece belirleyici olmuştur. Yeni dönemde kişi sağlığının korunması ve sürdürülmesi toplumsal bir olgu olarak kabul edilmiştir. 1923 yılında Sağlık Bakanlığına atanan ve 1937 yılına dek birçok kez sağlık bakanlığı yapan Dr. Refik Saydam bir yandan tedavi edici hizmet ağını genişletmek isterken, öte yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atığa geçmiştir. Bu dönemde tedavi ve koruyucu hizmetler bir bütün olarak düşünölmüştür. 1930'da "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" yürürlüğe girmiş ve sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı trahom, sıtma, sifiliz ve tüberküloz salgın hastalıkları önlemeye ve yok edilmesine harcanmıştır (2,3).

2.2. Türkiye'de Birincil Bakımın Gelişimi

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair kanun ile Türkiye'de yeni bir sağlık bakımı sunum örgütlenmesi başlatılmıştır (4). Birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan bu sistem Alma Ata konferansından çok önce birincil bakımın önemini vurgulamıştır (5). Ne yazık ki ölkede birincil bakımda yetişmiş uzmanlar olmaması, halkın geleneksel sağlık bakımı arama biçimlerinden farklı olması, sürdürülebilir finansman kaynaklarından yoksun bırakılması bu gerçekten değerli uygulamanın başarısını engellemiştir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliğı (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansı'nda Aile Hekimliğinin özelliklerini içeren birincil sağlık bakımını tanımlayarak 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefi ne erişebilmeleri için tüm hükümetlere birincil bakımını geliştirmeleri ve sağlık sistemlerinin merkezine yerleştirmeleri gerektiğini ilan etmişlerdir (5).

Birincil sağlık bakımının bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce yürütölmesi yönündeki kararlar tüm dünyada yankılanmış ve Avrupa'da pek çok ölkede sağlık sistemlerinde reformlar yaparak birincil sağlık bakım hizmetlerini aile hekimleri/genel pratisyenliğe dayalı olarak yapılandırmaya başlamışlardır. Bu amaçla birincil bakımda uzman olan Aile Hekimliği

Uzmanlarının yetiştirilmesi için üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri kurulmaya başlamıştır (7).

2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Bir Tıp Uzmanlığı Olarak Kabul Görmesi

Aile Hekimliği (AH) bir uzmanlık dalı olarak 1983’de Tababet Uzmanlık Tüzüğüne girmiştir. Başlarda uzmanlık eğitiminin devlet bursu ile kısmen yurt dışında gerçekleştirilerek ülkemize dönen ve kendi uzmanlık alanında eğitim almış aile hekimliği uzmanlarının burada eğitimde öncü olmaları planlanmıştır. İlk uzmanlık eğitimleri 1985 yılında tıp fakültesi sonrası en az 3 yıl olarak Ankara, İstanbul, İzmir’de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı dokuz Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde başlatılmıştır (8). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlığı için eğitim alan ilk asistanlar, yetişmiş aile hekimliği akademisyenleri olmaması ve Aile hekimliği asistanlarının yapmakla yükümlü oldukları görevlere ve sorumluluklara dair bir müfredat olmaması nedeni ile rotasyon yaptıkları beş alanda (İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri ve Acil Ağırıklı Genel Cerrahi) branşların kendi asistanlarına uyguladıkları eğitimi almışlardır (9,10). Asistanlık sürelerini tamamlayarak Aile hekimliği uzmanı olan bu kişilerin nerede çalıştırılacakları da planlanmayarak ana-çocuk sağlığı merkezlerine atamaları yapılmıştır. Bazı aile hekimliği uzmanları ise yüksek lisans ya da doktora yaparak tıbbın diğer alanlarına kaymışlar; bir kısmı da devlet memurluğundan ayrılarak özel sektörde (hastaneler ve ilaç firmalarında) çalışmayı tercih etmişlerdir (6).

2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının Üniversitelerde Kabul Görmesi

Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı (AHAD) 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Prof. Dr. Hikmet Perkcan öncülüğünde kurulmuş ancak mezuniyet sonrası eğitime başlamamıştır (7).

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması yönünde karar almıştır. Doçentlik alanı numarasının Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından 1993 yılında üniversiteler arası kurula başvurularak açtırılmasını takiben ilk doçentlik jürisi kurulmuş ve aile hekimliği uzmanlık dalı akademisyenleri 1994 yılından itibaren de üniversitelerde görev almaya başlamışlardır. Bir yıl sonra (1994 yılı) Aile hekimliği akademisyenleri üniversitelerde görev almaya başlamışlardır (7).

2.5. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

Aile Hekimliği 1990 sonrası birçok devlet dokümanında yer almıştır. Son olarak VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında aile hekimliği uygulamasının gerçekleştirilemediği belirtilmektedir. Kalkınma planında aile hekimliğinin uygulamaya konulması sağlık sektöründe hedefler arasında gösterilmektedir (11). Ayrıca aile hekimliği uygulaması Hükümetin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almaktadır (12).

5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 9 Aralık 2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış ve uygulama başlatılmış ve 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde ilk defa aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması ile kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, hasta memnuniyetinin artırılması, birinci basamakta tedavi edilebilecek olan büyük bir hasta grubunun ikinci basamak ve üçüncü basamak kurumlarına gitmeden tanı ve tedavilerini yapmak suretiyle zaman kaybının önlenmesi, sağlık kuruluşlarındaki bekleme sürelerinin azaltılması amaçlanmaktadır (12).

Tablo 1: Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

TARİH	TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ
1961	224 sayılı Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür
1983	Tüm ülkede 224 sayılı Kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır. Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yerini almıştır
1984	İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur
1985	Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlatılmıştır
1990	Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur
1992	Aile Hekimliği Anabilim Dalı ikinci olarak Gülhane Askeri Tıp Akademisinde kurulmuştur
1998	Bakanlar Kurulu kararıyla AHUD, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değiştirmiştir
2000	Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001 – 2005) ile Aile hekimliğinin ülkemizde birinci basamak sağlık örgütlenmesi içerisinde yer alacağı, belirtilmiştir
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile aile hekimliği uygulamasına geçilmesi kararlaştırılmış ve 9 Aralık 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe konulmuştur
2005	Aile Hekimliği pilot uygulaması ilk defa Düzce ilinde başlatılmıştır
2010	Aile hekimliği uygulaması, SDP çerçevesinde 2010 yılı Aralık ayı itibariyle tüm Türkiye’de 81 ilde hayata geçirilmiştir kaynak 10

Türkiye’de sağlık hizmetleri, merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmektedir. Ülkemizde sağlık sektöründe üretilen hizmetler için kullanılan finans kaynakları; genel vergiler, özel veya tahsisli vergiler, resim ve harçlar, fon gelirleri, iç ve dış borçlar ve yardımlar, döner sermaye gelirleri, il ve ilçe özel idare gelirleri, yerel yönetim gelirleri ve sigorta primleri ile sağlık amacı ile toplanan yardımlardan oluşmaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin tedavi ve rehabilitasyon açısından istenilen düzeyde olmaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesine yol açmaktadır (12).

Ayrıca mevcut durumda zorunlu sevk zincirinin bulunmaması sebebiyle de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ciddi oranda hasta yoğunluğu yaşanmaktadır. Hastaların birinci basamakta tedavi edilebilecek rahatsızlıkları için hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmeleri, yüksek miktarlarda sağlık harcamaları yapılmasına ve dolayısıyla kamu kaynaklarının bilinçsizce kullanımına, birinci basamak için kullanılabilecek kaynakların yetersiz kalmasına sebep olmaktadır. Vatandaşların başvurdukları birinci basamak sağlık kuruluşlarından tatmin edici tedavi hizmeti alamadıkları durumlarda, aynı rahatsızlık için üst basamaklara başvuruda bulunmaları, tekrarlayan harcamalara yol açmaktadır (12).

2.6. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi

Dünyada aile hekimliği/genel pratisyenliğin kökenleri (AH/GP) Avrupa’dan Amerika’ya giden ve o dönemin koşullarında çalışmak istemeyen hekimlerin giderek artmasıyla 18. yüzyıl (yy) a kadar uzanmaktadır. Genel pratisyen terimi ise ilk kez Lancet’te 19. yy’ da kullanılmıştır. Böylece genel pratisyenlik Amerika’da doğmuş ve 19. yy’ da İngiltere’de adını almıştır (13).

20. yüzyılda bilimdeki gelişmelerin tıp alanını da etkilemesiyle, uzmanlıklara ayrılma eğilimi başlamıştır. 1915’te Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) tıp fakültesi mezunlarının %66’sı uzmanlaşmayı planlamamışlardır. 1920’de Dawson aksi yönde bir öngörüyle, sağlık hizmeti organizasyonunda topluma dayalı yaklaşımı, kaynakların paylaşımını ve birinci basamakta sağlık bakımı çalışanlarının eğitimi savunduğu bir rapor yayınlamıştır. Birinci ikinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık merkezi kavramları bu raporla ilk kez ortaya konulmuştur. 1923 yılında Francis Peabody’nin, modern tıbbın sağlık hizmetini çok fazla parçaya ayırdığı ve hızla kapsamlı ve kişisel tababete dönülmesi gerektiği yolundaki bildirisi ise, zamanından önce yapılmış bir açıklama olarak

kalmıştır². 1930'lara kadar yavaş bir ilerleme gösteren uzmanlaşma eğilimi, bu tarihten sonra hız kazanmıştır (14,15,16)

20. yy başında, etkin bir örgütlenme modeli olarak İngiltere ele alındığında, uzmanlarla pratisyenler arasında iş bölümü olduğu görülmektedir. O dönemde genel pratisyen, hastanın ilk bakımını sağlama, gerektiğinde konsültan olarak adlandırılan uzmanlara sevk etme ve sonrasında hastanın izlemelerine devam etme görevini üstlenmişti. Hastaneyi ise geniş oranda alan uzmanlarına bırakmışlardı. Bu görev dağılımına göre de 1911'de ilk ulusal sosyal güvenlik kanunu hayata geçirilmiştir (17,18).

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), II. Dünya savaşı sonrası oluşan sosyal atmosferden doğmuştur. NHS'nin 1948'de aktif hale geçmesi ile herkesin gereksinin duyduğu tıbbi tedaviye ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Bu dönemde İngiliz pratisyenler de, muayenahanelerinde çalışarak kendi işlerine sahip olmuşlar ve hastalarını uzmanlara sevk etmiş ve izleyebilmişlerdir (17,19).

20. yy ortalarında genel pratisyenler en fazla sayıdaki hekim gurubunu oluşturuyordu. Genel pratisyenler, gereksinimi olanlara yardım etmek için 24 saat hazır bulunuyorlardı. Onlar insanlarla iç içeydi, iyi günde kötü günde hastaların yanındaydı, hatta onların arkadaşlarıydı. Ancak bu görünüm, hızla gelişen tıbbın klinik başarıları ile silinmek durumunda kaldı. Artık idealize olan doktor tipi, son tıbbi olanaklara ve bilgiye sahip 'beyaz ceketli' uzmanlar idi (20). Bu gelişmeler içinde genel pratisyenler güçlenme çalışmalarına girdi ve bu çabaların sonunda 1952'de Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (RCGP) kuruldu (14,21).

ABD, İngiltere'nin aksine uzmanlık sisteminin doğuş yeridir. Genel pratisyenlerin özgül rolü ve işlevi 20. yy başında bile belirgin değildi. Pratisyen hekimlik, uzmanlaşmanın hızla gelişmesiyle birlikte, uzmanlık alanları arasında kısıtlı bir alan olarak kaldı (18). 1935'lerde %75 olan, 1938'lerde %79,2 ye ulaşan genel pratisyen sayısı, 1957'de %45'e 1970'lerde ise %17,3'e kadar düşmüştü (22,16,23). Buna karşın 1949'da %39'larda olan tam zamanlı çalışan uzman oranı ise, 1969'da %77'ye çıkmıştır. Böyle bir ortamda, 1947 yılında Amerikan Genel Pratisyenler Akademisi (AAFP) kurulmuştur (18).

Bu dönemde birinci basamakta yer alan genel pratisyenler, tipik olarak tıp fakültesi sonrası eğitimlerini bir yıllık rotasyonlarla tamamlıyorlar ve sonrasında muayenahanelerde çalışıyorlardı (22). 1960'ların sonunda uzmanlaşma eğilimine yanıt olarak

kendilerini geliştiren yeni tip genel tıp doktorları, daha iyi eğitim almaya ve hastayla ilk temas hekimliğinde önemli bir rol oynamaya başlamışlardı (20). Bu gelişmelerle birlikte aile hekimliğinin öncüleri, uzmanlaşma yönündeki eğilimi tersine çevirmek kısıtlı aile hekimi sayısını artırmak için, yeni bir uzmanlık dalının kurulmasını önerdiler (24).

Aile hekimliğinin savunucuları genel sağlık bakımını ısrarla vurgularken, tıpta uzmanlaşmanın bir çeşit onurlandırma olduğunu ve bu bağlamda birinci basamak hekimliğinin yeni bir yapıya gereksinim duyduğunu da belirtmişlerdir. Bu dönemde tipik bir uzmanlık eğitimi olmamakla birlikte, çeşitli Amerikan üniversitelerinde yaygın bakım programları ile düzenli eğitim ve uygulama programları oluşturulmuştur. Bu programlar devlet ve özel fonlar ile desteklenmiştir (18).

1960’larda ABD sağlık bakımı örgütlenmesi genel tıp anlayışında yeninden yapılandırılırken Amerikan halkının halen alamadığı kapsamlı ve bireysel sağlık bakımının sağlanması için uygun bir toplumsal ortam vardı (25). Genel pratisyenlik Vietnam savaşının, sivil halklar hareketinin ve dünyada birçok sosyal rahatsızlığın olduğu 1960 lı yıllarda gelişti. Bu olaylarla genel tıp eğilimin ABD de gelişmesinin aynı zamana rastlamasının bir çok nedeni vardır. O dönemde Amerikalıların gereksinimlerini karşılamaya çalışan çok az sayıda genel pratisyen vardı. İleri görüşlü sağlık bakımı planlayıcıları, Amerikan halkının gereksinimleri ile birlikte Amerikan tıbbındaki bölünme tehlikesini gördüler. Böylelikle kişisel sağlık bakımında uzmanlaşan bir hekim tanımı ortaya atıldı (26).

Bu gelişmeler sonrasında aile hekimleri, toplum merkezli sağlık bakımı, kişisel hekimlik, bireylere ve ailelere sürekli bakım sorumluluğunu üstlenme, evde hasta bakımı uygulamaları ve ulusal sağlık sigortası ile gelecekte seçkin bir tıbbi güce sahip olabileceklerini gördüler (18). Genel pratisyenlikteki değişim dönemi 1960’larda, özellikle İngiltere, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda gibi İngilizce konuşan ülkelerin, yanı sıra Yugoslavya, İsrail ve bazı batı Avrupa ülkelerini de etkilemiştir (23).

1966’da aynı yıl içerisinde art arda çıkarılan Willard, Milis ve Folsom raporları, ABD’de sağlık bakımındaki bölünmeyi ve genel tıp yaklaşımındaki etkinliğin az oluşunu vurgulamışlardır (14,18,23,25). Ayrıca bu raporlarda toplumun, yalnızca izole hastalıklar ve organ işlevselliği ile ilgilenen değil, kişisel tedavi ile birlikte bütün ailenin bakımını da üstlenebilen, onlarla sürekli ilişki kurabilen kaliteli, yetkin bir hekime ulaşma hakkının

olduğunu bildirmişlerdir. Bunun için de yeni geliştirilmiş bir eğitim programı önermişlerdir (25).

Geleneksel uzmanlar da aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olmasına karşı güçlü bir direnç göstermektedir. Bu yüzden birinci basamak hekimliğinin geliştirilmesi ve bu alanda çalışan hekimlerin uzmanlaşması konusundaki fikirler onlarca yıl beklemede kalmıştır. Bu durum, tıpta uzmanlaşmanın artmasına, hastane hizmetlerindeki gelişmeye karşın sağlık bakımındaki kalitenin aynı oranda gelişmemesine ve sağlık fonlarının kullanımındaki sorunların artmasına kadar sürmüştür (15,16). Sonunda Genel Pratisyenler Akademisinin desteği ile 1969'da aile hekimliği, ABD'de 20. uzmanlık alanı olarak belirlendi (16,18,23,26). Amerikan Genel Pratisyenler Kurulu'nun adı American Board of Family Practice olarak değiştirildi ve aile hekimliğinde eğitim fonları oluşturuldu (16).

Aynı dönemde ABD'deki gelişmelerden hoşnut olan İngiliz pratisyenler, konumlarını geliştirdiler. 1952 yılında kurulan Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji'nden günümüze, İngiltere sağlık sisteminde önemli yer tutan birinci basamak hekiminin özellikleri de bu yönde belirlenmiştir (21). İngiltere merkezli aile hekimliğinin güçlenmesinde uzmanlaşmaya eğilim, hasta beklentileri ve çağdaş birinci basamak hekiminin eğitimi ile ilgili sorunlar halen var olsa da genel pratisyenlikten aile hekimliğine geçiş kolay olmuştur (18).

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) giderek yaygınlaşmaya başlamış ve 1978'de Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata Bildirgesi'yle de gerçek anlamda tüm dünyada tanınmıştır. Aynı yıl Amerikan Tıp Enstitüsü birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliklerini, hastayla ilk temasın sağlanması, kapsayıcılık, koordinasyon ve süreklilik olarak belirledi (15). Daha sonraki dönemlerde aile hekimliğindeki bu gelişim Orta ve Güney Amerika, Karayipler, Meksika ve Güney Afrika Cumhuriyeti'ne yayılmıştır (22).

ABD ve İngiltere dışındaki ülkelerde de gelişmeler görülmüştür. İspanya'da 1978'de aile hekimliği resmen kabul edildi. Yine aile hekimliği eğitim programları günümüzde birçok Latin Amerika ülkesinde bulunmaktadır. Küba'da Küba halkının sağlık planında aile hekimleri belirleyici konumdadır. Meksika'da 1970'lerden beri aile hekimliği sağlık bakımından önemli rol oynamaktadır (26).

On dört Asya Pasifik ülkesinin aile hekimliği ile ilgili çekirdek müfredatı bulunmaktadır. AH Güney Afrika, Malezya, Singapur, Hongkong, Tayvan ve Filipinler'de

etkindir. Avustralya ve Yeni Zelanda da oldukça güçlüdür. Rusya, Hindistan ve Çin aile hekimliği ile ilgili programlarını geliştirmeye başlamıştır (26).

Özellikle Çin, 1949 devriminden itibaren yaptığı sağlık örgütlenmesi ile kısa zamanda büyük gelişme kaydetmiştir. 1970'lere kadar geleneksel olarak kırsal bölgelerde çağdaş bir tıp eğitimi tamamlamayan 'çıplak ayaklı doktorlar', kentlerde ise mahalle doktorları ve işyeri hekimleri ile sağlık hizmetleri yürütülmeye çalışılmıştır. Bu tarihten sonra, Çin'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla, özellikle kırsal kesimlerdeki 'çıplak ayaklı doktorların' eğitim düzeyi yükseltilmeye çalışılmıştır (27).

Güney Afrika, Mısır ve Nijerya'da da aile hekimliği/genel pratisyenlik gelişmiştir. Arap Aile Hekimliği Kurulu, Suudi Arabistan, Umman, Kuveyt ve Ürdün'deki aile hekimliği eğitimi yönetmektedir. Aile hekimliğinin doğası ülkeden ülkeye değişim göstermektedir. ABD, Kanada, Nepal' de aile hekimleri hastanelerde etkin rol oynamaktadır. Diğer yandan İngiltere ve Latin Amerika'da aile hekimleri, kendi ofislerinde çalışmaktadırlar (26).

AH/GP uzmanlık eğitimleri de paralel bir gelişme göstermiştir. ABD'de aile hekimliği 3 yıllık bir uzmanlık alanı olarak kabul edilirken, Amerikan Aile Hekimliği Board Sertifikası oluşturulmuştur (26) . Sertifika 1979'a kadar klinik uygulamanın kalitesiyle belirlenirken, bundan sonra aile hekimi olmak isteyenlerden 3 yıllık sertifika eğitim programı zorunlu kılınmıştır (28).

Aile hekimliği akademik anlamda gelişimine de 1970'lerde başladı. 1980'lerde yaklaşık 100 Amerikan tıp fakültesi aile hekimliği bölümüne sahip olmuştur. O dönemde bu eğitimi alarak sertifikalandırılan hekimler aile hekimi, bu eğitimi almayanlar ise genel pratisyen olarak adlandırıldılar (16). Tıp fakültesini bitiren birçok doktor, uzmanlık eğitimi için aile hekimliğini seçmeye başladılar (23). Halen aile hekimlerinin her yedi yılda bir sertifika yenileme programlarına katılması gerekmektedir (26).

Amerika kıtasının diğer ülkesi Kanada'da Aile Hekimliği Koleji 1954 yılında kuruldu. 1966'da ise üniversitede aile hekimliği kürsüleri oluşmaya başladı. Aile hekimliği bugün Kanada'da en geniş hekim grubu, ABD'de ise sayısal açıdan ikinci büyük uzmanlık alanıdır (27).

Benzer bir süreç Avustralya'da yaşanmıştır. 1958'de Avustralya Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulurken uzmanlık eğitimi 1973 yılında başlamıştır (29). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi İspanya'da 1979, İtalya ve Norveç'te 1985, Yunanistan'da 1986,

Fransa’da ise 1990 yılında başlamıştır. Almanya’da birinci basamakta çalışan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1994 yılından itibaren zorunlu hale getirilmiştir (26).

1974 yılında, aile hekimliği uzmanlığı yönetsel kabul aşamasını tamamlamıştır. Aynı yıl Hollanda’da (Leeuwenhorst) aile hekimliği/genel pratisyen, ‘yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, aileler ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve devamlı bakım veren lisanslı tıp doktoru’ olarak tanımlanmıştır (18). 1991 yılında Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) aile hekimini, ‘tıbbi bakım gereksinimi olan herkese çok yönlü bakım vermek ve gerekli olduğunda diğer sağlık personelinin hizmet sunması için organize etmekten birinci dereceden sorumlu hekim’ olarak tanımlamıştır (26).

WONCA 2002 Avrupa tanımında ise, ‘AH/GP’, ‘kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık’ olarak yer almaktadır (30). Amerikan Aile Hekimliği Akademisi son olarak Mart 2005’te aile hekimliğinin çerçevesini ‘kişiler ve aileler için sürekli ve kapsamlı sağlık bakımı sunan, biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini içeren, bir uzmanlık alanı’ olarak çizirken, aile hekimliği kapsamının tüm yaş, cinsiyet, organ-sistem ve hastalığı içerdiğini de belirtmişlerdir (31).

Özellikle son 30 yıldan beri aile hekimleri, aile temelli kişisel sağlığı ve toplumsal sağlığı geliştirdiler, tıp eğitimini etkilediler ve Kuzey Amerika’dan başlayarak dünyanın birçok ülkesinde sağlık bakımı kalitesini değiştirmişlerdir (26).

Birinci basamak hekiminin yeniden tanımlanması, bu alanda uzmanlaşan hekimin genel pratisyen yerine aile hekimi olarak nitelendirilmesi önerilmiştir. Ancak bu yaklaşıma çeşitli eleştiriler de yapılmıştır. Aile hekimliği kurucularının birinci basamak hekimliğinin alanını genel pratisyenlikten aile hekimliği uzmanlığına dönüştürülmesinin, disipline yalnızca simgesel bir güç kattığı eleştirisi bunların başındadır. Ayrıca birinci basamak hekimleri için yapılan aile hekimliği tanımını, Lynn Carmichael ve arkadaşlarının, o günlerdeki siyasal gelişmeler paralelinde politik bir taktik olarak ortaya attığı da savunulmaktadır (20,32).

Genelleyici yaklaşımın özelliği gereği, yüzyılımızda çevrenin insan sağlığı üzerine etkisinin giderek büyüyen bir sorun haline geleceğini bildiren Engebretsen’e dayanarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sadece aileleri kapsamadığı da ortaya atılmıştır. Bu hizmetlerin tüm topluma yayılan bir kavram olmasının gerekliliği nedeniyle,

‘aile’ tanımlamasının çok iyi bir başlangıç olduğu, ancak kapsamın burada sonlandırılmaması gerektiği ayrıca belirtilmiştir (32).

Özetle sağlık hizmetlerinin sunumu, özellikle günümüzde büyük değişim geçirmiştir. Bu değişimler, maliyetin düşürülmesi, kalitenin artırılması ve işgücü reformunu da içermektedir. Bu değişimler çerçevesinde aile hekimliğinin uygulama başarısı profesyonel mükemmelliğe, etkin iletişime ve uygun planlamaya bağlıdır. İyi planlama ise bilginin, verilerin ve uygulama sonuçlarının girişi ile geri dönüşünü izleyen süreçte yapılabilmektedir (33).

Hem genel pratisyenlik hem de aile hekimliği adıyla anılan, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte tıp fakültesi eğitiminden sonra 2-5,5 yıllık bir eğitim gerektiren birinci basamak uzmanlığı dünyada bu aşamalardan geçerek gelişmiştir. Günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde kuruluş günlerini geride bıraktı, gelişme kaydetmiştir. Bugün tüm dünyada siyasal sistemleri farklı olan birçok ülkede, farklı finansman modelleriyle uygulanmaktadır (24,27).

2.7. Avrupa Birliği’nde Aile Hekimliği

Avrupa Birliği (AB), yetki ikamesi ilkesi çerçevesinde ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etme, organize etme ve sunma özgürlüğüne karışmamaktadır. Ancak her ne kadar sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ulus devletlerin yetkileri arasında yer alıyorsa da dört özgürlük (malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımı) temelli olan Avrupa entegrasyonu “yayılma etkisi” yoluyla üye ülke sağlık sistemlerini ve bileşenlerini de etkilemektedir (34).

Dört özgürlük üzerine kurulu olan AB’nin, aile hekimliği ile ilgili olarak ilgilendiği olduğu temel konu, adı geçen özgürlüklerden kişilerin serbest dolaşımının sağlık sektöründeki uygulama alanlarından birisi olan sağlık profesyonellerinin serbest dolaşımı açısından olmaktadır. Buna göre bir aile hekiminin kendi ülkesi dışında başka bir üye ülkede çalışabilmesi için 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi altı yıllık temel tıp eğitiminden sonra üç yıllık bir mesleki eğitimi zorunlu görmektedir. 2005/36/EC sayılı Direktif 1 Ocak 2006 tarihinden önce alınan aile hekimliği eğitimini en az iki yıl, bu tarihten sonra olanı ise en az üç yıl olarak öngörmektedir. Söz konusu eğitimin teorik olmasından ziyade pratik olması ve pratik eğitimin ise en az altı ayının bir hastanede ve

en az altı ayının da birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir (35).

Bireysel AB ülkeleri açısından ele alındığında ise, genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiği ve deneyiminin oldukça heterojen bir yapı arz ettiği belirtilebilir (36). Bu farklılığın temelinde ise; tarihsel gelişmeler, sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan farklı koşullar ve örgütlenme, finansman biçimi ve düzenleme gibi ülke sağlık sistemlerinin temel özellikleri yer almaktadır (37).

2.8. Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimi, aşağıda belirtilen işleri yapan kişidir: (1) hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir; (2) hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder; (3) hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar, (4) hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder (38).

Aile hekimi, bireysel bir doktordur, bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanmaktadır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet vermektedir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinin sağlık hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir(38).

Kapsamlı sağlık hizmeti önleyici, teşhis edici, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı sürdürücü hizmetleri kapsar ve hastaların uygun uzmanlara veya servislere sevk edilmesi gerektiğinde uygun şekilde sevk yapılmasını sağlar. Bu da, hekimlerin diğer uzmanlık alanları veya yardımcı personel ile etkili bir koordinasyon oluşturmasını gerektirmektedir. Aile hekimliği, ayrıca hastaya ve ailesine beklentileri doğrultusunda hastalık ve yapılan işlemler hakkında doyurucu ve doğru bilgi vermeyi de gerektirir (38).

Bazı durumlarda hizmetin devamlılığı, resmi veya gayri resmi olarak birlikte çalışan ve her birinin hastanın kayıtlarına ulaşma imkanı olan birkaç doktor tarafından

sağlanmaktadır. Sürekli bir hekimin gözetimi altında bulunmanın mümkün olmadığı durumlarda hizmetin sürekli sağlanabilmesi, hemşire ve diğer sağlık personelinin denetimi altında uygun bir şekilde kullanılması ile de kolaylaştırılabilir (38).

Komite, yinede, en iyi sağlık hizmetinin sürekli olarak aile hekimi ile ilişki içinde olunması ile sağlanabileceğine inanmaktadır. Her ne kadar bir hastanın sağlık hizmeti bir hekimler grubu tarafından sağlanabilse de, yine de kapsamlı ve devamlı sağlık hizmeti için gruptan birinin sorumluluğu alması gerekir. Bu hekimin, bu grup tarafından değerlendirilen bütün hastalarda aynı olması da gerekmez. Bu görevi üstlenmeye en uygun olan doktor aile hekimidir veya bu iş için ilgisi, kabiliyeti ve gerekli eğitimi olan bir hekimdir (38).

2.9. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha kaliteli bir sunum arayışında olan ülkemizde, dünyadaki gelişmeler ışığında ‘ Aile hekimliği’ 5 temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer aldı. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kuruldu, ancak uzmanlık eğitimi ilk olarak 1985 yılında Ankara, İzmir ve İstanbul’da sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır (39,40).

O zamandan bu zamana aile hekimliği uzmanlık eğitiminde büyük gelişmeler olmuş, özellikle de üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları uzmanlık eğitiminin dünya standartlarına uygun olarak geliştirilmesi konusunda hayli aşama kaydetmişlerdir (41).

Eğitici kadrodaki aile hekimliği uzmanları Avrupa standardında European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (EURACT) aile hekimliği eğitici eğitimlerine katılmışlar, sertifikalandırılmışlardır. Aile hekimliği uzmanları bilmektedirler ki iyi eğitilmiş aile hekimleri, sağlık sisteminin birinci basamağında sunulan hizmetin kalitesinin güvencesidirler (41).

TAHUD kurulduğu ilk yıldan itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi konusunda çalışmalarını sürdürmekte olup; uzmanlık eğitiminde saha uygulamasının önemini ilk yıllardan itibaren vurgulamaktadır. Bu konu; aile hekimliği akademisyenleri tarafından da önerilmekte ve desteklenmektedir (42,43).

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), ülkemizde çalışmalarına ilk olarak başlayan kurullardan biri olup, çekirdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatını 2007

yılında hazırlamıştır. TAHYK bu müfredatta; aile hekimliği saha rotasyonunun 1 yıl olmasını öngören, her rotasyonda bir aile hekimliği asistanının hangi bilgi beceri ve tutum hedeflerine ulaşmış olarak ayrılması gerektiğini detaylı olarak içeren, tüm tarafların görüşünün alındığı ‘Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’ nı yayınlamıştır (44).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi uzunca bir süre yalnızca hastane rotasyonlarından oluşmuştur. Uzunca bir süre TAHUD ve TAHYK bu uygulamaya karşı çıkmış ve aile hekimliğinin esas olarak aile hekimliği uygulama sürecinde öğrenilebileceğinin bilincinde olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi programının en azından yarı süresinin birinci basamakta aile hekimliği uygulama ortamında verilen eğitime ayrılmasını savunmuştur. Sonuçta 18.07.2009 tarihinde yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 23.06.2009 tarih ve 83 sayılı kararıyla aile hekimliği alanında zorunlu rotasyonlar 18 ay olarak belirlenmiş ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 18 aylık bölümü aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılmıştır (41).

2.10. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği

Dünya Aile Hekimleri Birlikleri Organizasyonu WONCA’nın Avrupa Ofisi’nin tanımına göre ‘Aile hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır’. 2002 yılında yayınlanan WONCA Avrupa aile hekimliği disiplin özellikleri şöyle belirlemektedir;

- Aile hekimliği bireyin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. A
- Sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlar. S
- Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir. B
- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. K

- S
ağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- R
rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- H
astaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- G
elişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- U
ygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- T
toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- S
ağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (41).

Aile hekimleri; disiplin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Aile hekimleri mesleki görevlerini sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler (41).

Disiplin tanımı ve özellikleriyle aile hekimliğinin tanımı ve görevleri çerçevesinde aile hekiminin 6 temel çekirdek yeterliliği tanımlanmıştır.

1. B
birinci basamak yönetimi
2. K
iş merkezli bakım
3. Ö
zgül sorun çözme becerileri

- | | | |
|----|----------------------|---|
| 4. | | K |
| | apsamlı yaklaşım | |
| 5. | | T |
| | oplum yönelimli olma | |
| 6. | | B |
| | ütüncül yaklaşım | |

Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı ve müfredatı bu temel çerçeveye uygun olarak hazırlanmıştır. Programın içeriği ve eğitim yöntemleri aile hekimlerine yukarıda tanımlanan temel yeterlilikleri kazandıracak şekilde belirlenmiştir. Deneyimlerden öğrenme ve bu öğrenmenin ortama bağlı olması aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temel felsefesini oluşturmaktadır. Bu , aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmının aile hekimliği uygulama ortamlarında gerçekleştirilmesi anlamını taşımaktadır (41).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç kısımdan oluşmaktadır.

2.10.1.

A

ile hekimliği uygulama eğitimi

Aile hekimliği uygulamasında eğitim aile hekimliği temel bakışının ve klinik yaklaşımının verildiği, birinci basamakta sık karşılaşılan sorunların yönetiminin öğrenildiği bölümdür. Aile hekimliği esas olarak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı ortamlarda öğrenilir. Bu yaklaşımın temel dayanağı öğrenmenin bağlama bağımlı olduğu yönündeki araştırma temelidir. Elde edilmesi istenilen bilgi, beceri ve tutumlar nerede kullanılacaksa o ortamda kazanılmalıdır. Birinci basamak için tanımlanmış beceriler vardır. Bu nedenlerle eğitimin önemli bir kısmı aile hekimliği uygulama ortamında verilmelidir. Programın bu bölümünde uzmanlık öğrencisi, aile hekimliği eğiticilerinin gözetiminde hastalanın bakımını üstlenir, diğer klinik rotasyonlar sırasında edindiği birikimi ve deneyimi birinci basamakta uygulamak üzere yeniden biçimlendirir ve bağımsız aile hekimliği uygulaması için deneyim kazanır. Bu bölüm uzmanlık öğrencilerinin toplum ortamıyla tanışmasını ve öğrenmesini sağlar; öğrendiklerini ilerde uygulama yapacağı bağlamla ilişkilendirir (41).

2.10.2.

H

astane rotasyonları

Programın hastane rotasyonlarından oluşan bölümü birinci basamak aile hekimliği uygulama ortamlarında verilen eğitimi destekleme amacını taşır. Bu anlayışla aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının başlıca iki amacı vardır:

- B
irinci basamak ortamında seyrek görülen ve dolayısıyla uzmanlık öğrencisinin buradaki eğitim dönemi boyunca yeterince görüp deneyim kazanamayacağı sağlık sorunları/hastalıklar konusunda yoğunlaştırılmış öğrenme sağlamak
- A
ile hekimlerinin belirli durumlar için hastalarını sevk ettiği ikinci ve üçüncü basamak klinik uygulama ortamlarını tanımak, buradaki hekimlik uygulaması yaklaşım ve ilkelerini öğrenmek. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık sisteminin tüm basamaklarında alabileceği bakımı bilmek, aile hekimlerinin bakımın koordinasyonu sorumluluğunu yerine getirebilmesi için gereklidir (41).

2.10.3. E

ğitim toplantıları

Anabilim dalı/kliniklerde yapılan eğitim etkinlikleri, tüm eğitim dönemi boyunca sürmektedir. Bu bölümün temel işlevi, programın çeşitli bölümlerinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve değerleri bütünleştirmek ve uzmanlık öğrencisine aile hekimliği bakış açısını kazandırmaktır. Temel yaklaşımı küçük grup çalışmasıdır. Yalnızca ve etkili bir şekilde grup çalışmalarıyla oluşabilen öğrenmeyi sağlayan bu toplantılarda seminer, makale sunumu, olgu tartışması ve reflektif öğrenme gibi eğitim etkinlikleri yürütülür. Reflektif öğrenme gruplarını uzmanlık öğrencileri kendileri yönlendirir, konuları ve yapılandırmayı kendileri belirler (41).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bu temel bölümlerinin 3 yıllık eğitime nasıl yerleştirileceği, birbiriyle nasıl ilişkilendirileceği büyük önem taşımaktadır. Bu aile hekimliği uzmanının tıbbın belli alanlarının, özellikle rotasyon yapılan disiplinlerin bakışı ve klinik yaklaşımıyla değil, aile hekimliğinin kendi özgün bakışı ve klinik yaklaşımını kazanarak mezun olmasını büyük ölçüde etkilemektedir (41).

2.11.Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi

Ülkemizde yakın zamana kadar aile hekimliği uzmanlık eğitiminde sadece hastane ortamlarındaki klinik rotasyonlardan oluşan 3 yıllık bir süreç söz konusuydu. Yurt dışı örneklerinde ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bir parçası olarak birinci basamak ortamlarında da bir eğitim süreci öngörülmekte ve uzun süredir uygulanmaktadır. 2010 yılına geldiğimizde, Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından rotasyon süreleri tekrar düzenlenmiş

ve aile hekimliđi uzmanlık eđitimindeki hastane klinik rotasyonları 36 aydan 18 aya dűşürűlműştür (45).

űlkemizde, aile hekimliđi uzmanlıđı bűnyesindeki sađlık hizmetleri geniű bir yelpazeye yayılmaktadır. Gerek eđitim birimlerinde, gerekse hizmet birimlerinde aile hekimliđi uzmanlarının alıűtıđı yerler olarak;

- 2
. ve 3. basamakta yapılanmıű ve hasta baűvurusuna gűre paket űdemenin yapıldıđı ve diđer branűlarla aynı yapı gűsteren poliklinikler
- A
ile sađlıđı merkezi (ASM) tarzı bađlı kiűi baűına űdemenin yapıldıđı uygulama
- ű
niversite mediko-sosyal sağlık hizmetleri
- İ
le entegre hastanelerinde poliklinikler ve servisler
- A
cil servisler
- K
urum hekimlikleri
- K
at/servis hekimliği
- H
uzurevleri

Yukarıda bahsedilen űnitelerden bazıları hali hazırda araűtırma gűrevlilerinin eđitimi amacı ile kullanılmaktadır. Ancak, űlkemizin ihtiyaına yetecek sayıda, kalitede ve yeterlilikte uzman yetiűtirilmesi için kapasitenin artırılması, standardize edilmesi ve uzmanlıđın ihtiyaı olan bakıű açısı ile dűzenlenmesi gerekmektedir. Uzmanlık eđitiminde saha yapılanması veya aile hekimliđi eđitimi alabilecekleri yerlerin yeni baűtan yapılanması bu bađlamda ele alındıđında kapsamlı, kaliteli ve etkili bir dűzenlemenin yapılmasının gerekli olduđu gűzűkmektedir. Bu yapılanmada gűz űnűne alınması gereken kritik noktaları sıra ile incelemek gerekmektedir (46).

2017 yılından sonra sadece aile hekimliği uzmanlarının “Aile Hekimliđi Uygulaması”na girebileceği (Yetkililer tarafından 2017 deadline olarak ilan edilmiű bu

süreden sonra aile hekimliği uygulamasında sadece uzman olanların görev alabilecekleri bildirilmiştir) ve aile hekimi başına düşen kişi sayısının zaman içerisinde aşamalı olarak 2500 kişiye çekileceği düşünüldüğünde yetişmesi gereken aile hekimliği uzman sayısının bu parametreler göz önünde bulundurularak hesaplanması gerekmektedir (47,48).

Aile hekimliği uzmanlığı temel olarak birinci basamak uzmanlığı olduğu için, bu bakış açısından eğitim alınabilecek birinci basamak eğitim yapıları şu şekilde düzenlenebilir:

- E
ğitim hastanesi veya üniversite bünyesinde poliklinikler
- B
ağı nüfusa (eğitim amacı ile) hizmet veren, eğitim birimine dışarıdan monte edilmiş modifiye eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)
- E
ğitim hastanesi veya üniversite tarafından bizzat organize edilen eğitim ASM leri veya poliklinikleri
- S
emt poliklinikleri
- M
ediko-sosyal benzeri, mesleki yönden tanımlanmış bir nüfusa hizmet veren birimler
- Y
aşlı bakım, ergen bakım, gebe sağlığı vb. proje ve hizmet yönünden tanımlanmış poliklinikler

Uzmanlık eğitiminde kullanılacak mekanların alt yapıları, eğitim verilebilecek büyüklükte ve kalitede olmalıdır. Uzmanlık eğitimini tamamlayan hekimin Türkiye'nin farklı yerlerindeki koşullara göre (kentsel, kırsal, doğu, batı, turizm, entegre ilçe hastaneleri vb) hizmet verecek şekilde eğitimlerinin yapılmasını sağlayacak her türlü donanımın sağlanması önemlidir (46).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminde modüler bir yapıyı ele alabiliriz. Bu modüller, şüphesiz uzmanlık tanımlama ve bünyesine uygun modüller (yaş gruplarına, gebelik durumuna, kronik hastalıklara, koruyucu hekimliğe göre) olmalıdır. Böylece eksik kalabilecek eğitimlerde hedefe uygun olarak tamamlanabilir, ancak eğitimini

bitiren uzmanın gittiği yerlerde bunları sentez etmesine yönelik uygulamalar da olmalıdır (46).

Yeni Kanun Hükmünde Kararname (KHK) düzenlemesinde eskiden şef/şef yardımcısı tanımlamaları, eğitim sorumlusu / görevlisi olarak değiştirilmiş ve bu konumun gereği olarak profesör, doçent ve 1 yıl süre ile çalışmış başasistan ve yardımcı doçentler olarak ele alınmıştır (49).

Ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimi için yukarıda bahsedilen elemanlar yeterli sayıda mevcut değildir. Bu sebeple resmi olarak tanımlanan aile hekimliği eğitim görevlilerinin sorumluluğu ve şemsiyesi altında ek/ yardımcı eğitici eleman ihtiyacı olacağı açıktır. Saha eğitimleri için ek/yardımcı eğitici eleman ihtiyacı diğer ülke örneklerinde olduğu gibi halen sahada hizmet veren eğitici olma konusunda istekli aile hekimliği uzmanları ile giderilebilir. Aile hekimliği uzmanlarının motivasyonu için daha düşük hasta sayısı ile daha yüksek ücret alabilmeleri için gerekli düzenlemeler planlanabilir. Ayrıca eğitimini yeni bitiren aile hekimliği uzmanlarının mecburi hizmetlerini eğitici konumunda yapabilmelerinin önü açılmalıdır (46).

Mevcut durumda Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri içinde 10 kadar Aile Hekimliği kliniği vardır. Üniversiteler bünyesinde ise yaklaşık 50 anabilim dalı bulunmaktadır. Aradaki dengesizliğin giderilebilmesi ve ihtiyaç duyulan aile hekimliği uzman sayısına ulaşabilmek için özellikle eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği kliniklerinin sayılarının süratle artırılması gerekmektedir (50,51,47).

Aile hekimliği saha eğitim yerleri hastane rotasyonlarının bir uzantısı olarak değerlendirilebilir:

- R
otasyon öncesi uyum dersleri
- T
üm hastane rotasyonlarının tamamlanması (bu süreçte her bir hastane rotasyonlarından sonra belli bir süre o rotasyonlarla ilgili aile hekimliği modüler ünitesinde de çalışma düşünülebilir)
- İ
lgili konuda ölçme ve değerlendirme

- H
astane rotasyonlarında olmayan aile hekimliğine ait modüler yapıların saha eğitimleri ile tamamlanması
- S
aha modüler olmayan eğitim yerlerinde sentez ve bilgilerin harmanlanması (46).

2.12.Yarı Zamanlı Uzaktan Eğitim Modeli

Ülkemizde başka hiçbir tıp disiplini ve uzmanlık alanı için düşünülmeyen ve dünyanın hiçbir ülkesinde tıpta uzmanlık eğitimi için uygulanmayan bir model, mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimine alternatif ikinci bir yol olarak uygulanmak istenmektedir. Üstelik bunu gerektirecek ülkemize özgü koşullarda bulunmamaktadır (52).

Bazı ülkelerde uygulanan ‘tıpta yarı zamanlı uzmanlık eğitimi’ ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ‘yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi’ ile ne tanımlanmak istendiğine yakından bakmak gerekir.

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi yalnızca aile hekimliği için önerilmediği ve uygulanmadığı gibi, bazı ülkelerin sağlık sistemlerinin aile hekimliği uygulaması temelinde geliştirilmesi sürecinde kullanılan ‘geçiş dönemi’ stratejisiyle de ilişkili değildir. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması mevcut tıpta uzmanlık eğitimi programlarına alternatif bir model olarak da düşünülmemiştir. Uygulamayı gerektiren koşullar genel sağlık politikaları, tıbbi, eğitsel ya da uzmanlık eğitimi programlarının kendisiyle ilgili nedenler değil, tümüyle uzmanlık eğitimini almakta olan uzmanlık öğrencisiyle ilgili kişisel/ailesel nedenlerdir (53-56).

Dünyada çeşitli örnekleri bulunan yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulamalarının başlıca iki toplumsal arka planı bulunmaktadır: hekimlik mesleğine kadınların ilgisinin ve katılımının artması ve buna koşut olarak esnek çalışma saatlerine ilişkin taleplerin oluşması (57-60). Yarı zamanlı uzmanlık eğitiminin özellikleri (kullanılan eğitim yöntemleri, müfredat, amaç, öğrenim çıktıları, eğitim alt yapısı ve öğrenme ortamı, ölçme-değerlendirme yöntemleri) tam zamanlı (geleneksel) uzmanlık eğitim programları ile aynıdır (60). Ancak yarı zamanlı eğitim daha farklı bir takvim ile daha uzun bir zaman diliminde yürütülmektedir. Bundan dolayı da her iki eğitim sonunda kazanılan uzmanlık belgesi aynıdır (52).

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi programlarının uygulanabilmesi için çeşitli ilkeler ve koşullar söz konusudur:

1. Y

arı zamanlı uzmanlık eğitimi tercihi edebilmek için kişisel/ailesel nedenler ya da hekimlikte araştırma becerilerini geliştirmeye yönelik kariyer eğitimi talebi olmalıdır. Gebelik, çocuk doğurma, çocukların bakımı, baba olma, hastalık ya da başka özel nedenlerle herhangi bir tıp uzmanlık alanındaki mevcut eğitimini programını tam zamanlı olarak tamamlamayacak olan uzmanlık öğrencileri için öngörülmüştür. Uzmanlık öğrencisi zamanının tamamını eğitimle geçirmemek ve ‘evde çocuğuyla daha çok ilgilenmek’ gibi özel işlerine daha çok zaman ayırmak istemektedir (54,56,57).
2. Y

arı zamanlı programlar içerikte değil yalnızca takvimde tam zamanlı program ile farklılaşır. Yarı zamanlı eğitim alan uzmanlık öğrencisi diğer asistanlarla aynı işi yapmakta ve toplam eğitim yükünü daha uzun bir zaman diliminde tamamlamaktadır. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tam zamanlı (geleneksel) uzmanlık eğitiminin en erken birinci yılı tamamlandıktan sonra başlamalı, eğitim süresi tam zamanlı uzmanlık eğitimi süresinin yüzde 50 ve daha fazlası kadar olmalı, ancak tam zamanlı uzmanlık eğitim süresinin iki katını geçmemelidir (54,56-59). Yarı zamanlı uygulamadan uzmanlık öğrencisinin faydalanabilmesi için ilk önce tam zamanlı uygulamaya başlaması gerekmektedir.
3. U

zmanlık öğrencisi yarı zamanlı uzmanlık eğitimi yapma hakkını kullandığı bu dönem içinde, eğitim almadığı yarı zamanını mesleğini başka bir yerde icra ederek geçiremez. Yani sağlık sisteminin herhangi bir basamağında tek başına hekimlik hizmeti üretilmez. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uzmanlık eğitiminin en temel ve can alıcı özelliği budur (54,56).
4. Y

arı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tıpta uzmanlık eğitimi için belirlenmiş ulusal standartlara uygun olmalı ve eğitim veren akademik birimler tarafından hazırlanan programlar o disiplinin yeterlilik kurulu

tarafından onaylanmalıdır. Uzmanların daha sonraki mesleksel yetkilendirme işlemleri için bu onaylar zorunludur (54,56,58).

5. Y

arı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması adil olmalı, eşitlik ilkesini çiğnememelidir (58).

6. U

zaktan öğrenme yöntemleri yarı veya tam zamanlı uzmanlık eğitimi programlarında diğer eğitim yöntemlerini destekleyici ve tamamlayıcı yöntem olarak kullanılmaktadır(61).

Avrupa Birliği Konseyi direktiflerinin aile hekimliği/genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi bölümlerinde yarı zamanlı uzmanlık eğitimi koşulları ve ilgili düzenlemeler de yer almıştır. 93/16/EEC Konsey Direktifinin 34. maddesi yarı zamanlı uzmanlık eğitime ayrılmıştır. Bu direktif ile Avrupa Birliği 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren yarı zamanlı eğitimin hem hastane rotasyonları hem de aile hekimliği uygulama eğitimi için belli sayıda tam zamanlı eğitim dönemlerini içermesi koşulunu getirmiştir. Direktife göre bu tam zamanlı eğitim dönemleri, etkili bir ile hekimliği uygulamasına hazırlık sağlayacak sayıda olmalıdır (62,63).

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından formüle edilen ‘yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitiminin’ ise, yukarıda kısaca açıklamaya çalıştığımız uygulama ile hiçbir benzerliği, yakınlığı ve ilişkisi yoktur. Bu ‘modelin’;

1. S

özleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlara özel,

2. T

ıpta Uzmanlık Sınavında merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın,

3. T

ıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde (bu modelle ‘yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitim şekli Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir’)

4. U

zaktan ve/veya yarı zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle,

5. E

n az altı yıllık sürede,

alışmakta olduğu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği pratiğine devam ederken uygulanması öngörülmüştür (64).

Böylelikle mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi dışında ‘yeni bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi’ tanımlanmıştır. Bu ‘uzmanlık yolunu’ tüm hekimler değil, yalnızca belli bir hekim grubu kullanabilecektir (52).

Geçiş dönemi uygulaması ise, aile hekimliği uzmanlarının sayısının yetersiz olduğu ve aile hekimliği uygulaması için gereksinim duyulan sayıda uzman hekimin yetiştirilmesinin zaman alacağı ülkeler için önerilen ve aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin bu dönem içinde aile hekimliği uygulamasına alınmasını öngören bir stratejidir. Bu stratejinin temel özelliği önceden belirlenmiş bir süre için uygulanması ve bu süre içinde aile hekimliği uygulanmasına alınan aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin tanımlanmış bir iyileştirme eğitimi almalarının zorunlu olmasıdır. İyileştirme eğitimleri sürekli mesleksi girişim ya da hizmet için eğitim kapsamında olup uzmanlık eğitiminin yerini tutmaz ve onun alternatifi değildir (65).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir anket çalışmasıdır. Evrenimizi, ülkemizde halen uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği tüm asistanları olarak belirledik. Anket formu, katılımcılara ‘Survey Online Anket Sistemi’ kullanılarak iletilmiştir. Anket doldurma için belirlenen zaman aralığı 15/07/2012-15/09/2012 tarihleri idi. Bu süre zarfında anketimizi

yanıtlayan Türkiye’deki tüm aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimliği asistanları çalışmamıza dahil edildi.

Katılımcıların elektronik posta adreslerine bizzat ulaşarak internet üzerinden anket ve aydınlatılmış onam formu gönderilmiştir. Katılımcıların elektronik posta adresleri, anabilim dalları ve eğitim araştırma hastanelerinin koordinatörlüklerinden elektronik posta yoluyla edinilmiştir. Katılımcıların elektronik posta adreslerine, anketimizin elektronik bağlantı adresi postalanmıştır. Bu yol üzerinden giriş yapan katılımcının karşısına öncelikle, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu çıkmaktadır. Ankete ulaşabilmek için katılımcıların onam formunu okuyup kabul etmesi gerekmektedir. Anketimizde doldurulması zorunlu hiçbir soru bulunmamaktadır. Anketi yanıtlayan katılımcı ‘kaydet’ sekmesine bastığı anda anket, ‘surveey online anket sistemi’ adlı internet sitesine ulaşmaktadır. Anketleri sadece geçerli şifresi bulunan araştırmacı görebilmektedir. Anketimiz kullanıma 15/07/2012 tarihinde açılmış olup, 15/09/2012 saat 24’den sonra kapatılmıştır. Böylelikle, belirlediğimiz zaman aralığı dışında ankete erişim engellenmiştir. Katılımcılara ayrıca, her hafta pazartesi günü hatırlatma iletileri ile anketimizin bağlantı adresi gönderilerek hatırlatma yapılmıştır. Bu süre zarfında, tarafımıza geri dönen anketler çalışmaya alınmıştır. Bu çalışma sırasında, adı geçen sistemin kullanım koşulları ve gizlilik politikasına uyulmuştur. (<http://www.surveey.com/survey/Privacy.aspx>). Anket formu üzerinde kimliği belirtecek herhangi bir soru bulunmadığı gibi, hangi anketi kimin doldurduğu araştırmacı tarafından dahi bilinmemektedir. Bu açıdan gizlilik tam olarak sağlanabilmiştir. Çalışmamız gönüllülük esasına dayalı ve katılımcıların doldurduğu anket çalışması olup katılımcıların onamları da alındığı halde, ayrıca, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından da 04/07/2012 tarih ve 2012/89 sayıyla onaylanmıştır.

Anket formu, başlıca üç bölümden oluşmakta olup 25’i açık, 16’sı kapalı uçlu olmak üzere toplam 41 soru içermektedir. İlk bölümde sosyodemografik bilgilerin, ikinci bölümde uzmanlık eğitimiyle ilgili durum ve düşüncelerin, üçüncü bölümde de mevcut olan sağlık sistemi hakkındaki duygu ve düşüncelerin öğrenilmesi amaçlanmıştır. İlk bölüm yedi sorudan oluşmakta olup bunların beşi kapalı, ikisi açık uçlu idi. İkinci bölümde 10 kapalı uçlu ve 19 açık uçlu toplam 29 soru mevcuttu. Son bölüm ise, bir kapalı, 4 açık uçlu, beş soru içermektedir.

3.1. İstatistiksel Verilerin İncelenmesi

Sayısal verileri içeren soruların analizinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Açık uçlu sorulardan elde edilen veriler kategorize edilerek değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 17.0 programı kullanılmış olup başlıca ki kare, Student's T testi uygulanmış ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.

DEMOGRAFIK BİLGİLER

Çalışmamıza toplam 99 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların 66'sı kadın (%67,3) ve 32'si erkektir (%32,7). Bir katılımcı cinsiyetini belirtmemiştir. Elli dokuzu evli (%60,2), 39'u ise bekar (%39,8) olan katılımcıların yaş ortalaması $30,5\pm4,5$ 'tir (kadın

katılımcıların yaş ortalaması $30,0\pm4,5$; erkek katılımcıların yaş ortalaması ise $31,7\pm4,1$ idi. Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Çalışmaya katılan asistanların cinsiyete göre medeni durumları

Cinsiyet	Yaş ortalaması ($\pm$ SS)	Medeni durum		Toplam s (%)
		Evli	Bekar	
Kadın s (%)	$30,0\pm4,5$	41 (62,1)	25 (37,9)	66 (%100)
Erkek s (%)	$31,7\pm4,1$	18 (56,3)	14 (43,8)	32 (%100)
Toplam	$30,5\pm4,5$	59	39	98

Katılımcılar ortalama $5,9\pm4,4$ yıldır hekimlik yapmakta olup en kısa hekimlik süresi bir, en uzun hekimlik süresi 20 yıldır (Tablo 3).

Tablo 3: Asistanların hekimlik yılı

Katılımcıların hekimlik süreleri	Sayı	%
1-5 yıl	53	%54,1
6-10 yıl	31	%31,6
11-15 yıl	9	%9,2
16-20 yıl	5	%5,1
Toplam	98	%100

Katılımcıların Tıpta Uzmanlık Sınavında aile hekimliği uzmanlığını tercih sırası ortalama $7,5\pm4,9$ ’dur. Asistanların 38’i (%38,8) İzmir, İstanbul ve Ankara’da bulunan tıp fakültelerinden mezun olurken, 60’ı (61,2) diğer üniversitelerden mezun olmuştur.

Katılımcıların 72’sinin (%75) Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi tercih sırası ilk 10’un içindedir. Tercih sırası ortancası yedi olarak hesaplanmıştır. İzmir, İstanbul, Ankara’daki tıp fakültelerinden mezun olan asistanların 29’u (%76,3), diğer illerden mezun olanların ise 43’ünün (%71,6) aile hekimliği uzmanlık eğitimi tercih sırası il 10’un içindedir.

Katılımcıların 52'si (%53,6) üniversite anabilim dallarında, 45'i (%46,4) ise Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim görmektedirler. Katılımcıların ikisi görev yerini belirtmemiştir.

Katılımcılardan 31'i (%32,0) aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci yıl asistanı, 22'si (%22,7) ikinci yıl asistanı ve 44'ü (%45,3) üçüncü yıl asistanıdır. İki katılımcı asistanlıktaki görev süresini belirtmemiştir.

Üç büyükşehirden mezun olan asistanların 25'i (%67,6), diğer üniversitelerden mezun olan katılımcıların ise 19'u (%26,3) aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki rotasyon sürelerini yetersiz bulmaktadırlar. Mezun olduğu üniversiteye göre aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki rotasyon sürelerini yetersiz bulma arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=9,666$; $p=0,002$) (Tablo 4).

Tablo 4: Mezun oldukları üniversiteye göre rotasyon sürelerini değerlendirme

Mezun olunan üniversite	Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde rotasyon süreleri		χ^2 ; p
	Yeterlidir	Yetersizdir	
Ankara, İzmir, İstanbul s (%)	12 (%32,4)	25 (%67,6)	9,666 0,002
Diğer s (%)	36 (%65,5)	19 (%34,5)	

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih amacı olarak, asistanların 35'i (%36,8) 'uzmanlık eğitimi alma' isteğini ve 60'ı (%63,2) 'sosyal nedenleri' (zorunlu hizmetten kurtulmak, eş durumundan yararlanmak, acil serviste nöbet tutmamak, daha iyi maddi kazanç sağlamak) ifade etmişlerdir. Katılımcıların dördü tercih amacını belirtmemiştir.

Katılımcıların uzmanlık eğitimi almakta oldukları kuruma göre uzmanlık eğitimini tercih etme amaçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4,174$; $p=0,040$) (Tablo 5).

Tablo 5: Uzmanlık eğitimi almakta oldukları kuruma göre uzmanlık eğitimini tercih etme amaçları

Eğitim kurumu	Aile hekimliği uzmanlık eğitimi tercih etme amacı		Toplam	χ^2 ; p
	Uzmanlık eğitimi almak	Sosyal nedenler		
Üniversite, s (%)	14 (%27,5)	37 (%72,5)	51 (100)	4,174 0,040
Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanesi, s (%)	21(%47,7)	23 (%52,3)	44 (100)	

4.2.

ASİSTANLARIN UZMANLIK EĞİTİMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

4.2.1

G

enel Olarak Uzmanlık Eğitimi ile ilgili Görüşler

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 51 asistan (%51,5) yeterli bulurken, 41 asistan (%48,5) yeterli bulmadığını belirtmiştir. Yedi katılımcı ise düşüncesini belirtmemiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi yetersiz bulan 41 katılımcıdan 33'ü (%91,6) 'eğitim içeriğinin yetersiz' olduğunu düşünürken, iki asistan (%5,5) katılımcı eğitim için gerekli olan 'fiziki koşulların', bir asistan (%2,9) ise 'akademisyenlerin' yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi yeterli bulan iki katılımcı ise 'eğitim içeriğinin yetersiz' olduğunu belirtmiştir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yetersiz olduğunu düşünenlerin 20'si (%90,9) rotasyon süreleri yetersiz olduğu için, ikisi ise (%9,1) eğitim içeriği yetersiz olduğu için aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresinin 4 yıl ve üstü olması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 6: Asistanların eğitim yıllarına göre eğitim kurumları ve genel olarak uzmanlık eğitimleri ile ilgili görüşleri

Eğitim kurumu	Eğitim yılı			Toplam	χ^2 ; p
	Birinci yıl asistanı	İkinci yıl asistanı	Üçüncü yıl asistanı		

Üniversite hastanesi, s (%)	17 (%32,7)	11 (%21,2)	24 (%46,2)	52 (100)	0,150
Eğitim araştırma hastanesi, s (%)	14 (%31,1)	11 (%24,4)	20 (%44,5)	45 (100)	>0,05
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi					
Yeterli, s (%)	20 (%39,2)	7 (%13,7)	24 (%47,1)	51 (100)	7,054
Yetersiz, s (%)	8 (%19,5)	14 (%34,1)	19 (%46,3)	41 (100)	0,029
Tercih amacı					
Uzmanlık eğitimi almak, s (%)	11 (%31,4)	8 (%22,9)	16 (%45,7)	35 (100)	0,055
Sosyal nedenler, s (%)	20 (%33,3)	14 (%23,3)	26 (%43,3)	60 (100)	>0,05

Çalışmamıza katılan 99 asistandan 90'nın (%90,9) aile hekimliği uzmanlık eğitiminden sorumlu bir eğiticisi bulunmaktadır. İki asistan sorumlu eğiticisinin bulunmadığını belirtirken, yedi katılımcı ise soruya cevap vermemiştir. Eğiticisi bulunan 90 asistandan 69'u (%76,6) sorumlu eğiticinin aile hekimliği öğretim üyesi, dokuzu (%10,0) koordinatör aile hekimliği uzmanı, 12'si (%13,4) ise başka branştan eğitici olduğunu belirtmiştir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden sorumlu eğiticisi aile hekimliği uzmanı öğretim üyesi ya da koordinatörü olan 77 asistandan 45'i (%58,4), sorumlu eğiticisi başka branşlardan olan 14 asistandan 5'i (%35,7) aldıkları eğitimi yeterli bulmaktaydı. Sorumlu eğiticinin aile hekimliği uzmanı öğretim üyesi/koordinatörü ya da başka branştan olmasıyla uzmanlık eğitimi yeterli ya da yetersiz bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=2,472$; $p>0,05$) (Tablo 7). Bir katılımcı sorumlu eğiticisi hakkında bilgi vermemiştir. İki katılımcı ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi yetersiz bulmaktaydı ve uzmanlık eğitiminden sorumlu bir eğiticisi yoktu.

Tablo 7: Uzmanlık eğitimi yeterliliği ile sorumlu eğitici arasındaki ilişki

Aile hekimliği	Uzmanlık eğitiminizden sorumlu eğiticiniz		
-----------------------	--	--	--

uzmanlık eğitimi	Öğretim üyesi/ Koordinatör aile hekimliği uzmanı s (%)	Başka branştan eğitici s (%)	Toplam	χ^2 ; P
Yeterli	45 (%58,4)	5 (%35,7)	50*	2,472 >0,05
Yetersiz	32 (%41,6)	9 (%64,3)	41	
Toplam	77 (100)	14 (100)	91	

*Bir katılımcı sorumlu eğiticisi hakkında bilgi vermemiştir.

4.2.2.

U

zmanlık Eğitiminin Toplam Süresi ile ilgili Görüşleri

Çalışmamıza katılan 99 asistandan 75'i (%77,3) aile hekimliği uzmanlık eğitimini süre açısından yeterli bulmakta iken, 22'si (%22,7) yetersiz olduğunu düşünmektedir. İki katılımcı düşüncesini belirtmemiştir.

Birinci yıl asistanlarının 26'sı (%83,9), ikinci yıl asistanlarının 17'si (%77,3) ve üçüncü yıl asistanlarının 32'si (%74,4) aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresinin yeterli olduğunu düşünmektedirler(Tablo 8).

Tablo 8: Uzmanlık eğitim süresinin yeterliliği hakkında asistanların eğitim kurumu, eğitim yılı ve tercih amacına göre görüşleri

Eğitim kurumu	Uzmanlık eğitimi süresi		Toplam	χ^2 ; p
	Yeterli	Yetersiz		
Üniversite hastanesi, s (%)	44 (%84,6)	8 (%15,4)	52 (100)	2,797
Eğitim araştırma hastanesi, s (%)	31 (%70,5)	13 (%29,5)	44 (100)	>0,05
Eğitim yılı				
Birinci yıl asistanı, s (%)	26 (%83,9)	5 (%16,1)	31 (100)	0,954
İkinci yıl asistanı, s (%)	17 (%77,3)	5 (22,7)	22 (100)	>0,05
Üçüncü yıl asistanı, s (%)	32 (%74,4)	11 (25,6)	43 (100)	
Tercih amacı				
Uzmanlık eğitimi almak, s (%)	21 (%60,0)	14 (%40,0)	35 (100)	10,306
Sosyal nedenler, s (%)	53(%88,3)	7 (%11,7)	60 (100)	0,001

4.2.3.

R

otasyonlar ve Süreleriyle ilgili Görüşler

Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki 18 aylık zorunlu rotasyon süresinin yeterli olduğunu düşünen asistan sayısı 48 (%52,1) iken, yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısı 44

(%47,9) idi. Yedi katılımcı düşüncesini belirtmemiştir. Yetersiz olduğunu düşünenlerin 34'ü (%81) 18-36 ay, altısı (%14,3) 37-48 ay ve ikisi (%4,8) ise 48 ay üstü olması gerektiğini belirtmiştir. İki katılımcı ise yetersiz olduğunu düşünmesine rağmen, rotasyon süresinin kaç ay olması gerektiğini belirtmemiştir.

Asistanların uzmanlık eğitimi almakta oldukları kuruma göre rotasyon süresini yeterli bulup bulmamaları değerlendirilmiş; kurumu üniversite olan 34 asistan (%66,7), eğitim ve araştırma hastanesi olan 14 asistan (%34,1) rotasyon süresini yeterli bulmuşlardır. Farklı kurumlarda eğitim almakta olan asistanların görüşleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=9,633$; $p=0,002$) (Tablo 9)

Tablo 9 : Eğitim kurumu, eğitim yılı ve tercih amacına göre rotasyon sürelerine asistanların bakışları

Eğitim kurumu	Rotasyon süresi		Toplam	χ^2 ; P
	Yeterli	Yetersiz		
Üniversite hastanesi, s (%)	34 (%66,7)	17 (%33,3)	51(100)	9,633
Eğitim araştırma hastanesi, s (%)	14 (%34,1)	27 (%65,9)	41 (100)	0,002
Eğitim yılı				
Birinci yıl asistanı s (%)	17 (%60,7)	11(%39,3)	28(100)	1,209
İkinci yıl asistanı s (%)	11 (%50,0)	11 (%50,0)	22(100)	>0,05
Üçüncü yıl asistanı s (%)	20 (%47,6)	22 (%52,4)	42(100)	
Tercih amacı				
Uzmanlık eğitimi almak, s (%)	13 (%38,2)	21 (%61,8)	34(100)	4,199
Sosyal nedenler, s (%)	35 (%60,3)	23 (%39,7)	58(100)	0,040

Rotasyon sürelerinin yetersiz olduğunu bildiren 44 asistandan 25'i (%55,5) dahiliye, 20'si (%45,4) pediatri ve 12'si (%27,2) ise genel cerrahi rotasyon sürelerinin uzatılması gerektiğini belirtmişlerdir. Genel olarak rotasyon sürelerinin yeterli olduğunu düşünen 2 asistan ise psikiyatri ve kardiyoloji rotasyon sürelerinin uzatılması gerektiğini bildirmişlerdir. Yine rotasyon sürelerinin yetersiz olduğunu bildiren 44 asistandan 19'u (%43,1) dermatoloji, 13'ü (%29,5) KBB, 7'si (%15,9) ise acil rotasyonlarının eklenmesi gerektiğini belirtirken, rotasyon sürelerini genel olarak yeterli bulan iki asistan ise dermatoloji ve acil rotasyonlarının eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 10: Süresi uzatılması ya da eklenmesi istenilen rotasyonlar ile mevcut rotasyon süreleri arasındaki ilişki

Süresi uzatılması ya da eklenmesi istenilen rotasyonlar		Toplam rotasyon süresini	
		Yeterli bulanlar	Yetersiz bulanlar
Zorunlu rotasyonlar	Dahiliye	0	25
	Pediyatri	0	20
	Genel cerrahi	0	12
	Kadın hast. doğum	0	6
	Psikiyatri	1	5
	Kardiyoloji	1	5
	Göğüs hast.	0	3
Eklenmesi istenilen rotasyonlar	Dermatoloji	1	19
	KBB	0	13
	Acil	1	7
	Nöroloji	0	7
	Radyoloji	0	6
	Enfeksiyon hast.	0	5
	FTR	0	4
	Ortopedi	0	3
	Üroloji	0	2
	Göz hast.	0	2

4.2.4

4

ile Hekimliği Uygulama (Saha) Eğitimiyle ilgili Görüşler

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışındaki saha eğitiminin (birinci basamak ortamında) gerekli olduğunu düşünen 81 asistan (%88,0) bulunurken, 11(%12,0) katılımcı gereksiz olduğunu belirtmiştir. Yedi katılımcı düşüncesini belirtmemiştir. Saha eğitiminin gerekli olduğunu düşünen katılımcıların 78'i nedenini açıklamıştır. Saha eğitimi gerekliliğini görmeyen katılımcıların hiçbirisi nedenini açıklamamıştır. Yetmiş sekiz asistandan 53'ü (%67,9) saha eğitiminin gerekli olma nedenini 'birinci basamakta çalışılacak olunması', 14'ü (%17,9) 'hasta popülasyonunu görmek' ve 11'i (%14,1) 'sisteme adapte olmak' şeklinde belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan 99 asistanın 44'ü (%46,9) uzmanlık eğitimleri sırasında saha eğitimi uygulandığı, 50'si (%53,1) ise uygulanmadığını belirtmiştir. Beş katılımcı bu soruya cevap vermemiştir.

Saha eğitimi aldığını belirten 44 asistandan 42'sinin (%95,2), saha eğitimi almadığını belirten 50 asistandan 37'sinin (%75,5) aile hekimliği uzmanlık eğitiminden

sorumlu eğiticisi, aile hekimliği öğretim üyesi veya aile hekimliği uzmanı idi. Saha eğitimi alan ve almayan asistanların uzmanlık eğitiminden sorumlu eğiticilerinin, aile hekimliği öğretim üyesi ya da uzmanı olması oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,761$; $p=0,009$) (Tablo 11).

Tablo 11: Saha eğitimi alan ve almayan asistanların uzmanlık eğitiminden sorumlu eğiticileri arasındaki ilişki

Saha eğitimi	Uzmanlık eğitiminden sorumlu eğitici		Toplam	χ^2 ; p
	Aile hekimliği öğretim üyesi / uzmanı	Başka branştan eğitici - Eğitici yok		
Uygulanıyor s (%)	40 (%95,2)	2 (%4,8)	42	6,761 0,009
Uygulanmıyor s (%)	37 (%75,5)	12 (%24,5)	49*	

S: 91

*Bir kişi unvanını belirtmemiştir.

Uzmanlık eğitiminde saha eğitimi alan 44 asistandan 42'si (%95,4) saha eğitiminden sorumlu bir eğiticisinin olduğunu, iki katılımcı ise sorumlu bir eğiticisinin olmadığını belirtmiştir. Bir asistan saha eğitimi uygulanmamasına rağmen saha eğitiminden sorumlu bir eğiticinin olduğunu belirtirken, bir asistan ise soruya cevap vermemiştir. On yedi asistanın saha eğitiminden sorumlu eğiticisi aile hekimliği öğretim üyesi, 19 asistanın aile hekimliği uzmanı, iki asistanın başka branş uzmanı ve üç asistanın ise aile hekimi idi.

Saha eğitimi alan 44 asistandan 36'sı (%81,8), uygulanan saha eğitiminin süresini belirtmiştir. Uygulanan saha eğitimi süresinin ortalaması $10,2 \pm 6,6$ ay idi. Saha eğitimi alan 44 asistandan 28'i (%63,6) mevcut saha eğitim süresinin yeterli, dokuzu ise (%20,4) yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki saha eğitimi sürecini asistanların 25'i (%71,4) 'poliklinik hizmeti veriliyor', altısı (%17,1) 'gözlem yapılıyor', dördü (%11,4) 'verimli geçmiyor' şeklinde tanımlamışlardır.

Katılımcılara yeterli bir saha eğitimi yöntemi nasıl olması gerektiği sorulduğunda; 42 asistan (%80,8) 'birebir uygulama yapılmasını', sekizi (%15,4) 'teorik bilgi verilmesini', ikisi (%3,8) ise 'mevcut sistem hakkında gözlem yapılmasını' önermişlerdir. Saha eğitiminin uzmanlık eğitiminde gerekli olmadığını belirten üç katılımcı yeterli bir saha eğitimini 'birebir uygulama yapılmalı' şeklinde tanımlamıştır. 47 katılımcı ise düşüncesini belirtmemiştir.

Tablo 12: Saha eğitiminin gerekliliği ve uygulanan saha eğitimi yöntemi ile yeterli saha eğitimi arasındaki ilişki

Saha eğitimi	Saha eğitiminde nasıl bir yöntem uygulanıyor?			Yeterli saha eğitimi nasıl olmalıdır?		
	poliklinik hizmeti veriliyor	gözlem yapıyor	verimli geçmiyor	Birebir uygulama yapılmalı	Teorik bilgi verilmeli	Mevcut uygulama hakkında gözlem yapılmalı
Gerekli s (%)	25(%73,5)	3(%8,8)	6(%17,6)	39(%79,6)	8(%16,3)	2 (%4,1)
Gereksiz s (%)	0	1(%100)	0	3(%100)	0	0
Toplam	25	4	6	42	8	2

4.2.5.

4

sistanların Uzmanlık Eğitimine Devam Etme Konusundaki Düşünceleri

‘Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı hiç düşündünüz mü?’ sorusuna 53 asistan (%56,4’ü) ‘evet’, 41 asistan (%43,6’sı) ‘hayır’ cevabını vermiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini yetersiz bulan 41 asistandan 28’i (%68,3) ve uzmanlık eğitimini yeterli bulan 51 asistandan 25’i (%49,0) ‘uzmanlık eğitimini bırakmayı’ düşünmüşlerdi. Uzmanlık eğitimini yeterli bulanlarla bulmayanların, uzmanlık eğitimini bırakma düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=3,457$; $p>0,05$) (Tablo13).

Birinci yıl asistanlarının %34,0 (18 asistan), ikinci yıl asistanlarının %20,8 (11 asistan) ve üçüncü yıl asistanlarının %45,3 (24 asistan) aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmüşlerdi. Asistanların eğitim yıllarına göre uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,302$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 13: Uzmanlık eğitimini yeterli bulanlarla bulmayanların, uzmanlık eğitimini bırakma düşünceleri arasındaki ilişki

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı hiç düşündünüz mü?		Toplam	χ^2 ; P
	Evet	Hayır		
Yeterli, s (%)	25 (%49,0)	26 (%51,0)	51(100)	3,457 >0,05
Yetersiz, s (%)	28 (%68,3)	13 (%31,7)	41 (100)	

Tablo 14: Asistanların eğitim yıllarına göre uzmanlık eğitimini bırakmayı düşüncmeleri ve nedenleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı	Eğitim yılı			Toplam	χ^2 ; P
	Birinci yıl asistanı	İkinci yıl asistanı	Üçüncü yıl asistanı		
Düşündüm s (%)	18 (%34,0)	11 (%20,8)	24 (%45,3)	53(100)	0,302 >0,05
Düşünmedim s(%)	12 (%29,3)	10 (%24,4)	19 (%46,3)	41(100)	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünme nedeni					
Geleceği olumsuz s (%)	7 (%41,2)	2 (%11,8)	8 (%47,1)	17 (100)	3,473 >0,05
Eğitim içeriği yetersiz s (%)	6 (%26,1)	7 (%30,4)	10 (%43,5)	23 (100)	
Fiziki koşullar yetersiz s (%)	2 (%50,0)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	4 (100)	
Yasal düzenlemeler olumsuz s (%)	1 (%20,0)	1 (%20,0)	3 (%60,0)	5 (100)	

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünen 53 asistandan 49’u (%92,4) nedenini açıklamıştır. Dört (%7,2) katılımcı ise nedenini belirtmemiştir. Asistanların 23’ü (%46,9) aile hekimliği uzmanlık eğitimini yetersiz bulduğu için, 17’si (%34,7) uzmanlık eğitiminin geleceğini olumsuz gördüğu için, beşi (%10,2) yasal düzenlemeleri olumsuz bulduğu için, dördü (%8,2) ise uzmanlık eğitimindeki fiziki koşulları yetersiz bulduğu için aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 15)

Tablo 15: Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünme nedeni

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünme nedeni	Sayı (s)	(%)
Eğitim içeriği yetersiz	23	%46,9
Geleceği olumsuz	17	%34,7
Yasal düzenlemeler olumsuz	5	%10,2
Fiziki koşullar yetersiz	4	%8,2

ile Hekimliğin Geleceğine ilişkin Görüşler

Asistanların 39'u (%45,3) ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden 'umutlu', 47'si (%54,7) ise 'umutsuz' olduklarını belirtmişlerdir. Ülkemizdeki mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğinden ise 35 (%42,1) asistan umutlu ve 48 (%57,9) asistan umutsuz idi. Eğitim yıllarına göre asistanların aile hekimliği uzmanlığının ve aile hekimliği uygulamasının geleceği hakkındaki görüşleri Tablo 16 verilmiştir.

Tablo 16: Eğitim yıllarına göre asistanların aile hekimliği uzmanlığının ve aile hekimliği uygulamasının geleceği hakkındaki görüşleri

Asistanların aile hekimliği uzmanlığının geleceğine bakış açıları ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi bırakma düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=4,324$; $p=0,038$) (Tablo 17). Aile hekimliği uzmanlığının geleceğine umutsuz bakanlar umutlu bakanlara göre uzmanlık eğitimi daha çok bırakmayı düşünmektedirler.

Yine, katılımcıların aile hekimliği uygulamasının geleceğine bakış açıları ile aile hekimliği asistanlığını bırakma düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=10,943$; $p<0,001$) (Tablo 17). Mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğine umutsuz bakanlar umutlu bakanlara göre uzmanlık eğitimi daha çok bırakmayı düşünmektedirler.

Asistanların aile hekimliği uzmanlığının geleceğine bakış açıları ile mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğine bakış açıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

Eğitim yılı	Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının geleceğinden		Aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden	
	Umutlu	Umutsuz	Umutlu	Umutsuz
Birinci yıl asistanları s (%)	12 (%48,0)	13 (%52,0)	13 (%52,0)	12 (48,0)
İkinci yıl asistanları s (%)	6 (%30,0)	14 (%70,0)	4 (%20,0)	16 (%80,0)
Üçüncü yıl asistanları s (%)	17 (%44,7)	21 (%55,3)	22 (%53,7)	19 (%46,3)
Toplam	35	48	39	47

saptanmıştır ($\chi^2=20,075$; $p<0,001$) (Tablo 17). Aile hekimliği uzmanlığının geleceğine umutlu bakanlar aile hekimliği uygulamasının geleceğine de olumlu bakma eğilimindedirler.

Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının daha iyi olabilmesi için, 36 asistan (%49,3) ‘yasal düzenlemelerin iyileştirilmesini’, 23 asistan (%31,5) ‘uzmanlık eğitiminin geliştirilmesini’, 11 asistan (%15,1) ‘çalışma koşullarının iyileştirilmesini’ ve 3 asistan (%4,1) ‘maddi kazancın iyileştirilmesini’ önermişlerdir.

Tablo 17: Aile hekimliğinin uzmanlığının geleceği ile mevcut uygulama ve uzmanlık eğitime devam isteği

Aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden	Aile hekimliği uzmanlık eğitimi bırakmayı		χ^2 ; p
	Düşündüm	Düşünmedim	
Umutlu s (%)	17 (%43,6)	22 (%56,4)	4,354 0,038
Umutsuz s (%)	31 (%66)	16 (%34)	
	Aile hekimliği uzmanlık eğitimi bırakmayı		
Mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğinden	Düşündüm	Düşünmedim	
Umutlu s (%)	12 (%34,3)	23 (%65,7)	10,943 <0,001
Umutsuz s (%)	34 (%70,8)	14 (%29,2)	
Mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğinden	Aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden		
	Umutlu	Umutsuz	
Umutlu s (%)	25 (%73,5)	9 (%26,5)	20,075

Umutsuz s (%)	11(%23,4)	36 (%76,6)	<0,001
---------------	-----------	------------	--------

4.2.7.

U

uzmanlık Eğitimi ile ilgili Dile Getirilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Aile hekimliği uzmanlık ‘eğitimi içeriğinin yetersizliği’, asistanların aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak belirttikleri en önemli sorundu (34 asistan, %40,0). ‘Rotasyonlarda yeterli eğitimin verilmemesi’ (30 asistan, %35,3), ‘yasal hakların yetersizliği’ (12 asistan, %14,1) ‘akademisyenlerin sayısının yetersizliği’ (9 asistan, %10,6) ve asistanların belirttiği diğer önemli sorunlardı. On dört asistan sorunlarla ilgili düşüncesini belirtmemiştir.

Gerek üniversite gerekse eğitim araştırma hastanesi asistanları, aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki en önemli sorun olarak ‘eğitim yetersizliğini’ göstermiştir (Tablo 18).

Tablo 18: Asistanların eğitim kurumlarına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara bakış açıları

SORUNLAR	Eğitim kurumu		Toplam	χ^2 ; p
	Üniversiteler	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		
EĞİTİMİN YETERSİZLİĞİ s (%)	38 (%52,1)	35 (%47,9)	73	0,886 >0,05
Eğitim içeriğinin yetersizliği s (%)	21(%61,8)	13 (%38,2)	34	
Rotasyonlardaki eğitimin yetersizliği s (%)	14 (%46,7)	16 (%53,3)	30	
Akademisyenlerin sayısının yetersizliği s (%)	3 (%33,3)	6 (%66,7)	9	
YASAL HAKLARIN YETERSİZLİĞİ	8 (%66,7)	4 (%33,3)	12	
Çalışma koşullarının pratisyen hekimler ile aynı olması s (%)	3 (%37,5)	2 (%50,0)	5	
Pratisyen hekimler ile aynı kazancın sağlanması s (%)	3 (%37,5)	1 (%25,0)	4	
Halkın gözünde bir prestijinin olmaması s (%)	2 (%25,0)	1 (%25,0)	3	

‘Aile hekimliği uzmanlık eğitimini geliştirmek için neler yapılabilir’ sorusuna, 46 asistan (%63,9) ‘eğitim içeriğinin standardize edilmesi ve eğitici sayısının artırılması’, 26 asistan (%36,1) ‘yasal hakların, mevcut sistemin ve fiziki koşulların iyileştirilmesi’ gerektiği yönünde cevap vermişlerdir.

73 katılımcıdan 58’inin (%86,6) aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki en önemli soruna yönelik çözüm önerisi ‘eğitim içeriğinin standardize edilmesi, akademisyenlerin sayısının artırılması ve rotasyondaki eğitimlerin düzenlenmesi’ olurken, dokuz (%13,4) katılımcı ise ‘yasal hakların düzenlenmesini’ önermiştir.

Katılımcıların görev yerine göre aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara yönelik çözüm önerileri Tablo 19 verilmiştir.

Tablo19: Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara yönelik çözüm önerileri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki sorunlara yönelik çözüm önerileri	Sayı	%
Eğitim içeriği standardize edilmeli	34	50,7
Akademisyenlerin sayıları artırılmalı	10	14,9
Rotasyonların süreleri tekrar düzenlenmeli	14	20,9
Yasal haklar iyileştirilmeli	9	13,4

4.2.8.

Y

arı Zamanlı Uzaktan Uzmanlık Eğitim Modeli ile İlgili Görüşler

Asistanların 84’ünün (%93,3) “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” modeli hakkında bilgisi bulunurken, altı asistan (%6,7) konu hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Dokuz katılımcı ise fikrini bildirmemiştir. Bilgisi olan 73 asistan (%91,3) bu

modelin olumsuz olduğunu düşünürken, sadece yedi katılımcı (%8,7) model hakkında olumlu düşündüklerini belirtmiştir. Dört katılımcı ise fikrini belirtmemiştir.

“Yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” modelinin olumsuz olduğunu düşünen 59 asistan (%85,5), böyle bir olasılığın varlığından olumsuz yönde etkilendiğini bildirirken, 10 asistan (%14,5) bunun kendisini etkilemediğini belirtmiştir. Dört katılımcı ise fikrini belirtmemiştir.

Asistanların “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” ile eğitim yılı, eğitim kurumu ve tercih amacına göre karşılaştırılması tablo 20’da gösterilmiştir.

Tablo 20: Yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” ile eğitim yılı, eğitim kurumu ve tercih amacına göre karşılaştırılması

Eğitim kurumu	Yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi hakkında		Toplam	χ^2 ; P
	Olumsuz düşünüyorum	Olumlu düşünüyorum		
Üniversite hastanesi, s (%)	40 (%88,9)	5 (%11,1)	45 (100)	0,782
Eğitim araştırma hastanesi, s (%)	34 (%94,4)	2 (%5,6)	36 (100)	>0,05
Eğitim yılı				
Birinci yıl asistanı s (%)	21 (%95,5)	1 (%5,5)	22 (100)	0,647
İkinci yıl asistanı s (%)	17 (%89,5)	2 (%10,5)	19 (100)	>0,05
Üçüncü yıl asistanı s (%)	36 (%90,0)	4 (% 10,0)	40 (100)	
Tercih amacı				
Uzmanlık eğitimi almak, s (%)	29 (%90,6)	3 (%9,4)	32 (100)	0,026
Sosyal nedenler, s (%)	44(%91,7)	4(%8,3)	48(100)	>0,05

Asistanların 56'sı (%62,9) aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olması gerektiğini düşünürken, 33'ü (%37,1) yan dal uzmanlık eğitiminin gerekmediğini belirtmişlerdir. Aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olması gerektiğini düşünen asistanlardan 49'u (%87,5) branş belirtmiştir. Bunlardan 37'si (%75,5) yan dal eğitiminin geriatri üzerine olması gerektiğini bildirmişlerdir. Asistanların önerdikleri yan dal uzmanlıkları ve diğer ileri eğitim olanakları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21: Yan dal önerileri

Yan dal önerileri	Sayı	%
Geriatri	37	75,5
Aile danışmanlığı	4	8,1
Adölesan sağlığı	3	6,1
Endokrinoloji	2	4,0
Toplum bilimi	1	2,1
Evde bakım ve yaşlı sağlığı	1	2,1
İş yeri hekimliği	1	2,1

ARTIŞMA

Aile hekimliği, 1980’li yıllardan bu yana sürdürölen sağlıkta reform çabalarının içinde olmuş ve günümüzde, sağlıkla ilgili tartışmaların odak noktasını oluşturmuştur. Ülkemizde 2005 yılında Düzce’de pilot olarak başlatılan Aile Hekimliği uygulaması, 2010 yılı sonunda tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Uygulamaya 2006’da 6 il, 2007’de 7 il, 2008’de 17 il, 2009’da 4 il alınmış, asıl patlama 46 ilin uygulamaya alındığı 2010 yılında olmuştur (66). Ülke çapında da 2011 yılı itibariyle tamamen aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hem tedavi edici hemde çevreye hizmetlerin entegre şekilde sunulması genişlik ve çeşitliliğinin yanı sıra AH uygulamasının henüz tam olarak yaygın ve nitelikli şekilde sunulamaması, ilgili mevzuatta sık ve radikal değişiklikler yapılması (Aile Sağlığı Merkezi (ASM) gruplamaları, ceza puanı uygulamaları v.b.) sistemi bütün olarak revize etmekte ve uygulamaya daha önce geçmiş olan iller dahil yaşanan sıkıntıları arttırmaktadır (67).

Anket grubumuz tüm aile hekimliği asistanlarının görüşlerini yansıtmaya yeterli olmasa da bu alanda yapılmış bir ön çalışma olması nedeniyle yararlı veriler içermektedir. Çalışmamıza 99 katılımcı katılmıştır. 2007’ de yapılan benzer bir çalışmaya 384 aile hekimliği asistanı katılmıştır. 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada ise 191 asistana ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamasının $30,5 \pm 4,5$ olması ve %54.1 katılımcının 1-5 yıldır hekimlik yapıyor olması, genç hekimlerin asistanlık eğitimi ve aile hekimliği uygulamasına yönelik sorunları daha çok benimsediğini düşündürmektedir. . Katılımcıların 66’sı kadın (%67,3) , 32’si erkektir (%32,7). Uzunur ve ark. yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %58,6’sı kadın, %41.4’ü ise erkektir (68).

Katılımcıların Tıpta Uzmanlık Sınavında Aile Hekimliği AD’nı tercih sırasının ortalama $7,5 \pm 4,9$ olması (ortanca değeri 7) öncelikli olarak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tercih edilme oranının düşük olduğunu düşündürmüştür. ‘Aile Hekimliği Asistanlarının ve Anabilim Dallarının Türkiye’deki Aile Hekimliği Uygulamaları ve Uzmanlık Eğitimleri ile İlgili Düşünceleri’ raporunda, aile hekimliği uzmanlığının TUS’ta tercih edilme sırasının ortanca değeri 14 olarak saptanmıştır (69).

Üç büyükşehirden mezun olan katılımcıların %67,6’sı aile hekimliği uzmanlık eğitimdeki rotasyon sürelerini yetersiz bulmakta, perifer üniversitelerden mezun olan katılımcıların ise %26,3’ü yetersiz bulmaktadırlar. Köklü hastanelerden mezun olan katılımcıların aile hekimliği uzmanlık eğitiminden beklentilerinin arttığını, perifer üniversitelerden mezun olanların ise uzmanlık eğitiminin bir parçası olan rotasyonların daha yeterli olduğunu düşünmekte olduğunu görmekteyiz.

Katılımcıların 52’si (%53,6) üniversite hastanesi, 45’i (%46,4) ise Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmaktadır. Topallı R. (2003) kesitsel bir çalışmada 154 aile hekimliği asistanına ulaşabilmiş, bu asistanların 43’ü (%27,9) Tıp Fakülteleri Aile Hekimliği Dallarında, 111’i (%72,1) ise Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yaptıklarını bildirmişlerdir (70). Başka bir çalışmada ise 384 aile hekimliği asistanına ulaşılmış ve katılımcıların %40’ı Üniversite Hastanelerinde , %60’ı ise Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde görev yaptığı saptanmıştır (1).

Katılımcıların %32’si 1. yıl asistanı olduklarını bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmış olup ankete katılan asistanların %32’si 1. yıl asistanı olarak saptanmıştır (1).

Katılımcıların Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih amacı olarak 35'i (%36,8) 'uzmanlık eğitimi almak', 60'ı (%63,2) 'sosyal sebepler' olarak bildirmişlerdir. Sosyal sebeplerin içeriğinde; mecburi hizmet yapmamak, maddi kazancın iyi olması, nöbet tutmamak ya da TUS puanının sadece aile hekimliği uzmanlık eğitimine yettiği için şeklinde ifadeler yer almaktadır. Sahada çalışan aile hekimleri ile ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcılara "Neden Aile Hekimliğini seçtiniz" sorusu yöneltildiğinde; 24 kişi (%23,1) sadece "Ücreti daha yüksek olduğu için", 21 kişi (%20,2) sadece "Daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için" ve 19 kişi de (%18,3) "Diğer" (mecbur kalmak, acil servis ve 112'de çalışmamak, nöbet tutmamak, statü kazanmak, adaletli yerleştirme ve bütünsel bir yaklaşım olması) nedenlerden dolayı aile hekimliğini seçtiğini belirtmiştir. Birden fazla şıkkı işaretleyen 39 kişinin (%37,3) verdiği yanıtlar incelenip, yukarıdaki oranlara dağıtıldığında; 62 kişi (24+38) ücretin daha yüksek olmasından dolayı, 50 kişi (21+29) de daha iyi hekimlik olanağı sağladığı için aile hekimliğini seçtiğini belirtmiştir (67). Bizim çalışmamızda da büyük çoğunluğun 'sosyal sebepleri' tercih amacı olarak belirtmesi aslında şartlar doğrultusunda tercih yapıldığını göstermektedir.

Çalışmamızda tercih amacı ve görev yeri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih etmekteki amacı 'uzmanlık eğitimi almak' olanların %60'ı sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanelerinde çalışmakta iken, tercih amacı 'sosyal sebepler' olanlar ise %61,7'si üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır. Bu sonuca göre sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi alan asistanlar aile hekimliği uzmanlık eğitimine daha fazla önem vermektedir. Başka bir çalışmada ise aile hekimliği uzmanlığının tercih edilmesinde temel etmen uzmanlık kavramı olmuştur (1).

26 ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi; 13 ülkede 3 yıl, 7 ülkede 4 yıl, 6 ülkede 5 yıldır. Türkiye'de birçok ülkede olduğu gibi 3 yıllık program vardır (71). Bu programın 18 ayı rotasyon programlarında geçmekte iken, 18 ayı ise birinci basamakta aile hekimliği ortamında geçirilmesi planlanmakta fakat birçok kurumda alt yapının henüz hazır olmaması nedeniyle zorunlu bir uygulama söz konusu değildir. Türkiye'de uzmanlık öğrencileri hastane ortamında aile hekimliği ortamından daha fazla zaman harcamaktadır ve birinci basamakta görebileceklerinden daha farklı hasta gruplarını görmektedirler (71). Danimarka'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada iç hastalıkları ve cerrahi bölümleriyle birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında verilen mezuniyet

sonrası temel eğitimi karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, hastanelere kıyasla birinci basamakta gözetim ve öğrenme desteğinin daha iyi olduğunu göstermiştir (72,73).

Katılımcıların 75'i (%77,3) Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresinin yeterli olduğunu düşünmekte, 22'si (%22,7) ise yetersiz olduğunu düşünmektedir. Benzer bir çalışmada ise katılımcıların %55'i yeterli bulurken, %45'i yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir (68). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yetersiz olduğunu düşünenlerin %90,9 uzmanlık süresinin 4 yıl ve üstü olması gerektiğini, neden olarak ise rotasyon sürelerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Benzer bir çalışmada ise çalışmaya katılan asistanların %62,8'i uzmanlık eğitim süresinin yeterli bulmuşlardır. Sürenin uygun olmadığını söyleyenlerin %70'i uygun eğitim süresinin 4 yıl olduğunu belirtirken, %11'i ise sürenin 5 yıla çıkarılması gerektiğini belirtmişlerdir (1). UEMO (European Union of General Practitioners)'nun 1994 yılında yayınladığı belgeye göre de 'genel pratisyenlikte uzmanlık eğitiminde' 3 yıllık asgari eğitim süresinin uzatılması gerektiği bildirilmiştir (74,75).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 1. yıl asistanlarının %71,4'ü uzmanlık eğitimini yeterli bulurken, 1 yıldan fazla asistanlık yapanların %28,6'sı uzmanlık eğitimini yeterli bulmuşlardır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu sonuca göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminde asistanlık süresinin uzaması eğitimden beklentileri artırmaktadır.

Çalışmamıza katılan asistanların %52,2'si rotasyon sürelerini yeterli bulmaktadırlar. Benzer bir çalışmada ise asistanların %42,6'sı rotasyon sürelerini yeterli bulmaktadır (68). Görev yerlerine göre rotasyon sürelerinin yeterliliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Üniversite hastanelerinde görev yapan katılımcıların %66,7'si rotasyon sürelerini yeterli bulurken, eğitim araştırma hastanelerinde görev yapan katılımcıların %34,1'i rotasyon sürelerini yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Başka bir çalışma ise sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesinde çalışan asistanların %70'i eğitim süresini yetersiz bulurken, %69'u içerik uygun değil demiştir. Eğitim süresi ve içeriğin uygunluğu konusunda sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanelerinde görev yapmakta olan asistanların daha büyük bir çoğunluğu olumsuz düşünmektedir (1). Bu sonuçlara bakarak sağlık bakanlığı bünyesinde çalışan asistanlar eğitim ile ilgili daha fazla sorun yaşamaktadır diyebiliriz.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih etme amacı olarak 'uzmanlık eğitimi almak' olduğunu belirten katılımcıların %61,8'i rotasyonların sürelerini yetersiz bulmuşlardır. Bu da bize gerçekten uzmanlık eğitimi almak isteyenlerin rotasyon sürelerini ve eğitim

süresini önemsediklerini gösterirken, bazı şartlar doğrultusunda aile hekimliği asistanlığı yapan katılımcıların rotasyon süreleri ve eğitim süresini pek önemsemediğini düşünebiliriz.

Rotasyon sürelerinin yetersiz olduğunu bildiren katılımcıların sırasıyla en çok eğitimlerinde eksik gördükleri rotasyonlar; dahiliye, pediatri, dermatoloji, kulak burun boğaz ve genel cerrahi olmuştur. Rotasyon süreleri kısaltılmadan önce yapılmış bir çalışmada ise dahiliye ve pediatri rotasyonları katılımcılar tarafından gereğinden uzun olarak tespit edilmiştir (68).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamak ortamında saha eğitimini katılımcıların %88'i gerekli olduğunu bildirmişlerdir. Benzer bir çalışmada da katılımcıların %62,8'i saha eğitiminin gerekliliğini belirtmişlerdir (68). Diğer bir çalışmada ise çalışmaya katılanların %70,3'ü uzmanlık eğitimine birinci basamak rotasyonunun katılması gerektiğini belirtmiştir (1). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar göz önüne alındığında aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi programına birinci basamak ortamında saha eğitiminin eklenmesi konusundaki istekleri belirgindir. Fakat çalışmamıza katılan katılımcıların %46,8'ini kendi eğitimlerinde saha eğitimi uygulandığını belirtmişlerdir. Birinci basamak ortamında saha eğitiminin gerekliliğinin nedenini ise katılımcıların %67,9'u uzman olduktan sonra 'birinci basamakta çalışılacağı için' şeklinde açıklamışlardır. Saha eğitiminin gerekli olduğunu düşünen katılımcıların %79,6'sı, yeteli bir saha eğitimini 'birebir uygulama yapılmalı' şeklinde tanımlamışlardır. Bu da bizlere asistanların uzman olmadan önce birinci basamakta belli bir süre eğitim alarak sistem hakkında bilgi sahibi olmayı ve gerçek bir birinci basamak deneyimi yaşamak istediklerini düşündürülebilir.

Çalışmamızda saha eğitiminin nasıl uygulanması gerektiğine yönelik açık uçlu sorumuza katılımcıların büyük çoğunluğu 'birebir uygulama' yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Ancak önümüzde bu sefer de çözülmesi gereken bazı problemler belirmektedir. Bunlara kısaca değinecek olursak; Aile hekimliği saha eğitiminin yapılması nasıl olmalı ve aile hekimliği eğitim uygulaması için hangi mekanda hizmet verilmeli, nasıl bir eğitim modeli olmalı, eğitim projeleri nasıl oluşturulmalı, eğitim ve hizmet projeleri koordine edilebilir mi, eğer buralara nüfus bağlanması düşünülürse, bu nüfus asistana mı, uzmana mı, eğitim birimine mi yoksa eğitim biriminin bağlı olduğu hastaneye mi bağlanmalı, bağlanacak olan nüfus nereden sağlanacak, hem hizmet verip hem de aynı anda eğitim nasıl alınacak, bu konuda alınacak tedbirler nelerdir, asistan sayısı arttıkça uygulamada yer ve nüfus açısından karışıklık olur mu, yeni asistanlar başlamadığı, geciktiği veya ayrıldığı

dönemlerde bağlanmış olan nüfusa kim tarafından bakılacak, buralarda eğitimi kimler verecek, eğitim kadrosu nasıl artırılabilir, buralarda çalışacak olan personel yapısı kimlerden oluşacak, finansman nasıl sağlanacak? Hasta aynı hekim tarafından takip edilmeyeceğinden sıkıntılar olabilecektir. Bu durum nasıl çözülecek, işleyiş şeması (Rotasyonlar ve saha eğitimi koordinasyonu) nasıl olmalı, ileriye dönük planlamalar nasıl yapılacak, kalite ve standardizasyon çalışmaları nasıl olmalı, ölçme ve değerlendirme nasıl yapılmalıdır (46).

Çalışmamıza katılan asistanların %51,5'i uzmanlık eğitimini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Yetersiz bulan asistanların büyük bir çoğunluğu (%87,8) nedenini 'eğitim içeriğinin yetersizliği' olarak göstermişlerdir. Farklı bir çalışmada ise katılımcıların %63'ü eğitim süresinin uygun olduğunu söylerken eğitim içeriğinin yeterli olduğunu sadece %30'u belirtmiştir. Asistanların eğitimle ilgili öncelikli sorunlarını belirtmeleri istendiğinde; birinci sırada eğitimde bir standart olmaması ve bir eğitim programının bulunmaması belirtilmiştir (%39,1). Bunu sırasıyla, rotasyonlarda çok yoğun olarak çalışılması, intern gibi kullanılması (%29,2), bölüm şefliği ya da kürsünün olmayışı nedeniyle koordinasyon eksikliği (%17,4) ve diğer meslektaşlarından anlayış ve saygı görmemek (%5,3) izlemiştir (1). Bu sonuçlara bakıldığında aslında büyük çoğunluğu eğitimle ilgili sorunlardan bahsetmiştir ve bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan asistanların yarısı eğitimlerini bırakmayı düşündüklerini dile getirmişlerdir. Yaptığımız istatistiksel çalışmada anlamlı bir değer olmasa da bırakmayı düşünenlerin %68,3'ü uzmanlık eğitimini yeterli bulmayan grup içerisindeydi. Uzmanlık eğitiminin geleceği açısından değerlendirdiğimizde ise 'umutsuz' olanların %66'sı eğitimi bırakmayı düşündüklerini dile getirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buradan varılacak sonuca göre asistanlık eğitiminin yetersizliği, gelecekte beklenenlerin olumsuz olması katılımcıları eğitimlerini bırakmayı düşünmeye yönlendirdiğini söyleyebiliriz.

Katılımcıların %45,3'ü aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden 'umutlu' olduklarını belirtirken, %54,7'si 'umutsuz' olduklarını belirtmişlerdir. Yaş gruplarına göre incelediğimizde 24-34 yaş grubunun yarısı 'umutlu' iken, 35-44 yaş grubunun ise üçte biri 'umutlu' olduğunu belirtmiştir. Eğitim alan uzmanlık öğrencilerinin yaşı artıkça uzmanlık eğitimine bakış açıları değişmekte ve daha karamsar bakmaktadırlar.

Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık eğitimini geliştirmek için yapılabilecek girişimler konusunda 'eğitim' ön plana çıkmaktadır. Katılımcıların %63,9'u 'eğitim içeriğinin

standardize edilmesini ve eğitici sayısının artırılmasını' istemektedir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde belli bir eğitim müfredatının olmaması ve her kurumda standart eğitimin verilmemesi, asistanların rotasyonlarda yeterli eğitimi alamaması asistanların kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Yine farklı bir pencereden bakacak olursak aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı katılımcıların %46,9'u aile hekimliği uzmanlık eğitimini yetersiz bulduğu için düşündükleri ortaya çıkmıştır. Katılımcılara aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki en önemli sorun sorulduğunda ise %73,8'i 'eğitim içeriğinin yetersizliği, rotasyonlarda yeterli eğitimin verilmemesi ve akademisyenlerin sayısının yetersizliği' şeklinde dile getirmişlerdir. Bu yüzdendir ki uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğu uzmanlık eğitimini geliştirmede eğitimi ön planda tutmaktadırlar.

Görev yaptıkları kuruma göre aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki en önemli sorun değerlendirildiğinde ise gerek üniversite gerekse eğitim araştırma hastanelerinde görev yapan asistanların büyük çoğunluğu yine 'eğitim yetersizliğini' dile getirmişlerdir.

3 Kasım 2011 tarihinde yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı tarafından formüle edilen "yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi" modeli oluşturulmuştur. Bu modele göre; sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlara özel, tıpta uzmanlık sınavında merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, tıpta uzmanlık kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde, uzaktan ve/veya yarı zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle, en az altı yıllık sürede, çalışmakta olduğu aile sağlığı merkezinde aile hekimliği pratiğine devam ederken uygulanması planlanmaktadır (64). Bu model hakkında katılımcıların %93,3'ünün bilgisi bulunmaktadır. Model hakkında bilgisi bulunan katılımcıların %91,3'ü model hakkında 'olumsuz' düşündüklerini dile getirmişlerdir. 2008 yılında yapılan benzer bir çalışma da ise katılımcılara 'yarı zamanlı uzmanlık eğitiminden ne anlıyorsunuz?' şeklinde sorulmuş sadece %31,9'u doğru yanıt vermiştir (1). Bu sonuca göre 4 yıl içerisinde model hakkında çoğu asistan bilgi sahibi olmuştur. Asistanların büyük çoğunluğunun olumsuz görüş bildirdiği bu model eğitim de çifte standart olarak algılanmakta, aile hekimliği uzmanlık eğitimini teşviki olumsuz etkilemekte olduğu söylenebilir. Bu yüzdendir ki öncelikle uzmanlık eğitimini özendirmek ve mevcut asistanların özlük haklarını korumak amacıyla bu tarz bir model kabul edilmemelidir.

Aile hekimliği uygulamasının geleceği konusunda katılımcıların %58,3'ü 'olumsuz' düşündüklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda uzmanlık eğitiminin geleceğini

olumsuz gören katılımcıların %80'i aile hekimliği uygulamasının da geleceğini olumsuz görmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasının geleceğini olumsuz gören katılımcıların %70,8'i aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı düşündüklerini dile getirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buradan yola çıkacak olursak uygulama ile ilgili her türlü olumsuz düşündürecek gelişme aile hekimliği asistan sayısını ve dolayısıyla uzman sayısını etkileyecektir diyebiliriz.

Çalışmamıza katılan asistanların %62,9'u aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olması gerektiğini bildirmiş, %66' sı ise yan dal uzmanlık eğitiminin geriatri üzerine olması gerektiğini belirtmiştir. Uzun et al. yaptığı bir çalışmada ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak geriatri en sık önerilen yan dal olmuştur (68).

ONUÇ

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar bu eğitimin bir parçasıdır. Dolayısıyla eğitimleri konusunda duygu ve düşüncelerini öğrenmek uzmanlık eğitimini yönlendirmede bizim için bir kılavuz görevi yapacaktır. Ayrıca ülkemizde, son yıllarda aile hekimliği uzmanları ve asistanları ilgilendiren hızlı değişimler söz konusudur. Bu nedenle böyle bir çalışma planlanmıştır.

Katılımcılarımızın ortalama hekimlik süresi 6 yıldır ve tercih sırası ortancası 7 idi. Aile hekimliği uzmanlığını tercih etmekteki en büyük sebep sosyal nedenler idi ve üniversitede görev yapanlar sosyal nedenleri daha fazla belirtmişlerdi.

Yarıya yakın sayıda asistan uzmanlık eğitimini yeterli bulmaktaydı. Eğitimi yetersiz bulanların tamamına yakını eğitim içeriğinden memnun değildi. Eğitim içeriğini yetersiz bulanların çoğunluğun da, rotasyonlardaki eğitim içeriğinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdi. Sevindirici bir nokta ise, katılımcılarının çoğunun eğitimden sorumlu bir eğiticiyi bulmaktaydı ve bunların üçte ikisi de eğiticisini yeterli bulmaktaydı. Uzmanlık eğitimini geliştirmek için, daha çok eğitim içeriğinin standardize edilmesi ve akademisyen sayısının arttırılmasını önermişlerdi. Uzmanlık eğitimini yeterli bulsa bile, asistanların yarıdan fazlası uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmüştü. Üçüncü yıl asistanları arasında bu oran daha fazlaydı. Neden olarak da, 3. yıl asistanları, eğitim içeriğinin yetersiz olduğunu göstermişlerdi.

Aile hekimliği uzmanlığının geleceğine olumsuz bakanların çoğunluğu uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmüşlerdi. Aynı şekilde, aile hekimliği uygulamasının geleceğine olumsuz bakanların çoğu, uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmüşlerdi. Yine aynı şekilde, uzmanlığın geleceğinden umutsuz olanlar, mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğinden

de umutsuzlardı. Asistanların aile hekimliği uygulamasının daha olumlu olabilmesi için en önemli önerileri, yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi olmuştur.

Uzmanlık eğitiminde saha eğitiminin gerekli olduğunu düşünenlerin oranı %90 idi. Fakat, katılımcıların yarıdan fazlası bu süre boyunca saha eğitimi almamaktaydı. Eğitimcileri aile hekimliği uzmanı ve aile hekimliği öğretim üyesi olanların saha eğitimi alma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı. Ortalama saha eğitimi süreleri on ay idi ve bu süre katılımcıların çoğu tarafından yeterli olarak bulunmuştu.

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi modeliyle ilgili olarak asistanların hemen tamamının bilgisi bulunmaktaydı ve bu konuda hemen hemen tamamı olumsuz düşünmekteydi.

Katılımcıların üçte ikisi yan dal uzmanlığının gerekli olduğunu düşünmekte ve bunların da %75,5'sı geriatriyi önermekteydi.

Sonuç olarak, asistanlarımız uzmanlık eğitimi boyunca yeterli eğitim almadıkları, saha eğitiminin uygulanması gerektiği kanısındaydı. Aile hekimliği uzmanlığının geleceği ve şundaki sağlık sistemi modelinin durumu hakkında karamsar düşüncedeydiler. Yaklaşık üçte birinin uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmesi bu sonucu desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarının aile hekimliği uzmanlık eğitime ve uygulamasına bir katkısının olacağı ve bu konuda yapılacak başka çalışmalarla da desteklenmesi düşüncesindeyiz.

7. ÖZET

UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMLARIYLA İLGİLİ GELİŞMELERİN AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KENDİ EĞİTİMLERİNE BAKIŞLARI VE GELECEKLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Özlem SANCAKTAR,

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
(ozguvenc@hotmail.com)

Amaç

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar, aynı zamanda bu eğitimin bir parçasıdır. Dolayısıyla eğitimleri konusunda duygu ve düşüncelerini öğrenmek uzmanlık eğitimini yönlendirmede bizim için bir kılavuz görevi yapacaktır. Ayrıca ülkemizde, son yıllarda aile hekimliği uzmanları ve asistanları ilgilendiren hızlı değişimler söz konusudur. Bu değişimlerle birlikte, asistanlarımızın beklentilerinin de değişeceği açıktır. Çalışmayı planlamadaki birincil amacımız, asistanlarımızın uzmanlık eğitimleri ve aile hekimliği uygulaması konusundaki düşüncelerini öğrenmektir. Ayrıca, bu konulardaki düşünceleri ve beklentilerini belirleyerek uzmanlık eğitim programına ışık tutmak bir diğer amacımızdır.

Yöntem

Çalışmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir anket çalışmasıdır. Evrenimizi, ülkemizde halen uzmanlık eğitimi alan tüm aile hekimliği asistanları olarak belirledik. Anket formu, katılımcılara ‘Survey Online Anket Sistemi’ kullanılarak iletilmiştir. Anket doldurma için belirlenen zaman aralığı, 15/07/2012-15/09/2012 tarihleri idi. Bu süre zarfında anketimizi yanıtlayan tüm aile hekimliği asistanları çalışmamıza dahil edildi. Verilerin analizi için SPSS 17 paket programı kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 99 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Asistanların büyük çoğunluğu aile hekimliği asistanlığını sosyal sebepler nedeniyle tercih etmişlerdi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini 51 asistan yeterli bulurken, 41 asistan yeterli bulmadığını belirtmiştir. Birinci yıl asistanlarının 26'sı, ikinci yıl asistanlarının 17'si ve üçüncü yıl asistanlarının 32'si aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresinin yeterli olduğunu düşünmektedirler. Kurumu üniversite olan 34 asistan, eğitim ve araştırma hastanesi olan 14 asistan rotasyon süresini yeterli bulmuşlardır. Asistanların 39'u ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden 'umutlu', 47'si ise 'umutsuz' olduklarını belirtmişlerdir. Ülkemizdeki mevcut aile hekimliği uygulamasının geleceğinden ise 35 asistan umutlu ve 48 asistan umutsuz idi. Asistanların 84'ünün "yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi" modeli hakkında bilgisi bulunurken, altı asistan konu hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. "Yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi" modelinin olumsuz olduğunu düşünen 59 asistan, böyle bir olasılığın varlığından olumsuz yönde etkilendiğini bildirirken, 10 asistan bunun kendisini etkilemediğini belirtmiştir. Asistanların 56'sı aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olması gerektiğini belirtmiştir. Bunlardan 37 asistan ise yan dal branşı olarak geriatriyi önermişlerdir

Sonuç

Asistanlarımız uzmanlık eğitimi boyunca yeterli eğitim almadıkları, saha eğitiminin uygulanması gerektiği kanısındaydı. Aile hekimliği uzmanlığının geleceği ve şu andaki sağlık sistemi modelinin durumu hakkında karamsar düşüncedeydiler. Yaklaşık üçte birinin uzmanlık eğitimini bırakmayı düşünmesi bu sonucu desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, uzmanlık eğitimi, anket, kesitsel çalışma

7. SUMMARY

THE EFFECT OF THE DEVELOPMENTS REGARDING THE SPECIALTY TRAINING PROGRAMS ON THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY MEDICINE RESIDENTS TO THEIR OWN TRAINING AND THEIR FUTURE EXPECTATIONS

Özlem SANCAKTAR, MD

Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Aydın, Turkey (ozguvenc@hotmail.com)

Objective

Residents who are being trained in family medicine also are part of their training. Therefore, findings about their feelings and thoughts about their education will act as a guide for us in assessing the specialty training. Besides in recent years in our country, there have been rapid changes regarding the specialists and residents of family medicine. Our primary objective was to learn thoughts of our residents about specialty training and family medicine practice. Besides, to elucidate of specialty training program by obtaining their thoughts and expectations.

Method

Our study is a descriptive, cross-sectional questionnaire study. We identified all the residents of family medicine who are still getting specialty training in our country as our study universe. The questionnaire form was delivered to the participants by using the 'Survey Online Questionnaire System'. The specified time interval for filling out the questionnaire was between 15/07/2012-15/09/2012. The residents of family medicine who responded to our questionnaire during this period were enrolled in our study. SPSS 17 package program was used for the data analysis.

Results

A total of 99 residents of family medicine were enrolled in our study. Most of the residents have chosen family medicine for social reasons. 51 residents found family medicine

specialty training sufficient whereas 41 residents did not. 26 of first year residents, 17 of second year residents and 32 of third year residents think that family medicine residency training period is sufficient. 34 residents who work at universities and 14 residents who work at education and research hospitals found the rotation period sufficient. 39 of the residents stated that they are 'hopeful' for the future of family medicine in our country, whereas 47 of them are 'hopeless'. 35 residents were hopeful and 48 were hopeless about the future of the current family medicine practice in our country. 84 of the residents have known about the "part-time remotely specialist training" model, whereas six residents stated that they had no knowledge about the issue. 59 residents who believe that the "part-time remotely specialist training" model is unfavorable reported that they got affected negatively by the presence of such a probability, whereas 10 residents reported they did not get affected. 56 of the residents stated that there should be sub-specialty training in family medicine. 37 of these residents suggested geriatrics as the sub-specialty branch.

Conclusion

Our residents believe that they do not get educated enough during their specialty training and that field training should be performed. They were pessimistic about the future of the specialization in family medicine and the condition of the model of the current health system. About one third of them are thinking about quitting the specialty training which supports this conclusion.

Key words: Family medicine, specialty training, questionnaire, cross-sectional study

8.KAYNAKLAR

1. Ünlüoğlu İ, Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özunal M, Sayalı E, Uzuner A, Ünal P, Ünalacak M. Aile Hekimliği Asistanlarının ve Anabilim Dallarının Türkiye’deki Aile Hekimliği Uygulamaları ve Uzmanlık Eğitimleri ile İlgili Düşünceleri. 2008
2. Aydın E. Dünyada ve Türkiye’de Tıp Tarihi. Birinci baskı. Güneş kitapevi Ankara. 2006.
3. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. Ankara Ecz. Fak. Dergisi 2002;31(3):183-192
4. Güneş ED, Yaman H. Transition to Family Practice in Turkey. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2008; 28(2): 106-112
5. Decleration of Alma- Ata. (Erişim yeri: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1), erişim tarihi: 18.03.2010
6. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği’nin Gelişimi. GeroFarm 2010; 1(1):29-40
7. Ungan M, Ceyhun AG. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. RNA Aile Hek Derg. 2006;1(1):1 6-15
8. TAHUD web sitesi.(Erişim yeri: www.tahud.org.tr), erişim tarihi: 01.04.2010
9. Yaman H, Özen M. Satisfaction with Family Medicine Training In Turkey: A Survey Of Residents. Croatian Medical Journal 2002;43(1):54-57
10. Yaman H. Training In Family Medicine: The Current State In Turkey. Education For Primary Care 2002 ;13 (3):394 – 397
11. DPT (2000) Uzun Vadeli Strateji Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara
12. Politika Analizi Raporu Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması Hazine Müsteşarlığı Öğlen Gurubu. Ankara, 2011

13. Starfield B. Historical context of primary care. Primary Care'de. 1. Baskı. New York, Oxford University Press.1998;3-212
14. Rakel R.E. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı Philadelphia, WB Saunders,1995;3-19
15. Mc Whinney I. Primary care core values in a changing world. BMJ 1998;316: 1807-9
16. Mc Whinney. A Textbook of Medicine, 2. Baskı . New York, Oxford University Press, 1997;3-25
17. The Robert Gordon University, Aberdeen.
<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/historyf.htm> adresinden 28/08/2005 tarihinde erişilmiştir.
18. Stevens, R.A. Americanization of family medicine: contradictions, challenges and change, 1969-2000. Fam Med 2001; 33(4):232:42
19. Goss B. M. Contracting for general practice: another turn of wheel story. Primary Core Values'da. Ed.Pringle M. BMJ Books 1998;14-20
20. Moore G. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal, Ann Intern Med 2003; 138: 244-247
21. Royal Collage of General Practitioners. History of General Practice Before NHS.
<http://www.rcgp.org.uk/history/histories/chronology/beforethercgp.asp?menuid=127> adresinden 16/06/2005 tarihinde erişilmiştir.
22. Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB. Developmental assessment of family practice: an insider's view. Family Medicine: The Maturing of a Discipline'de . 1. Baskı. New York. The Haworth Press, 1987; 1-22
23. Jimbo M. Family medicine: Its core dicipline and impact on patient care and medical education in United States. Keio J. Med 2004; 53(2): 69-73
24. Çağlayaner H. Aile hekimliğini hazırlayan koşullar. Aile Hek. Derg. 1997; 1(2):105-8
25. Geyman JP. Drawing on the legacy of general practice to build the future of family medicine. Fam Med 2004; 36(9):631-8

26. Taylor RB. Family medicine: Current issues and future practice . Family medicine prenciples & practice. 5. Baskı. New York, Springer-Verlog Inc, 1997: 1-5
27. Çağlayaner H, Önder A, Birgül E, Saatçi E, Şener F, Ceyhun G, Sezer H, Hekimoğlu L, Başer Z. Aile Hekimliği II. 1. Basım. İstanbul, İletişim Yayınları, 1996; 16-85
28. Tekin N. Yarım Yüzyıllık Bir Hekim Deneyiminin Işığında Ülkemizdeki Aile Hekimliği Uygulamasının Kökenleri ve Gelişimi. Uzmanlık Tezi: Aydın; 2005
29. Anığ Ö. Uzun M. Türkiye’de Tüberkülozun Son Durumu. Klinik Dergisi 1998; 11 (1): 3-5
30. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions 2002. The European Definition of General Practice/Family Medicine ‘de. Ed. Evans P. Barselona, WHO Europe Office, 2002; 6-8
31. American Academy of Family Physicians. Definition of Family Medicine. <http://www.aafp.org/x6809.xml> adresinden 17/06/2011 tarihinde erişilmiştir.
32. John J. GP to FP. Fam Med 2003; 35 (9): 671-2
33. Noble J, Cleaveland CR, Copeland RB. On Entering the Practice of Medicine : Aguide to transition. Text book of Primary Care Medicine’de. Ed. Noble J. 2. Baskı. St. Louis. Mosby, 1996
34. Yıldırım HH.(2010). Sağlık ve Siyaset yazıları: Avrupa Birliği Yolunda Türkiye- Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler. ABSAĞLIK (www.absaglik.com, 4 Aralık 2010)
35. Official Journal of the European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications. Official Journal of the European Union. L 255/22, 30.9.2005: 1-121
36. Boerma GW. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. In:Saltman RB, Rico A and Boerma GW. (Eds.). Primary Care in the Driver’s Seat?Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Pres, England. Chapter One: 3-21

37. Boerma WGW. (2003). Profiles of General Practice İn Europe-An İnternational Study of Variation in the Tasks of General Practitioners. Nivel, The Netherlands
38. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (Çeviri Editörleri). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul 2004. ISBN: 975-270-034-9
39. Ünlüoğlu İ.: Türkiye’de Aile Hekimliği Disiplinin Gelişimi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, Eylül 2008; 2 (33): 425-429
40. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H: Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek, Aile Hekimliği Dergisi, 1997; 1(1): 46-49
41. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor; Türk Aile Hek. Derg. 2011;15(2):88-90
42. Aile Hekimliği-2, Cep Üniversitesi, Yayın sorumlusu Çağlayaner H., İletişim Yayınları, İstanbul,1996
43. Başak O., Ünlüoğlu İ., Aile Hekimlerinin Eğitimi, Aile Hekimliği Dergisi 1997;1(4): 237-241
44. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara
45. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları. 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar.Sayfa 2/16
46. Tekin O. ve ark. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi; Field Training in Postgraduate Family Medicine Education Ankara Medical Journal, Cilt: 12, Sayı: 1, 2012
47. Uğurlu M, Üstü Y, Doğusan AR. New Period in Health Care, 1. Basamakta Ruh Sağlığı, Published by the Ministry of Health of Turkey, 11.2003;1:12

48. Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM), Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Aile Hekimliği Eğitim Merkezi (AHEM). <http://www.ahuzem.gov.tr>, Erişim tarihi: 02.02.2012
49. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun hükmünde Kararname. Sayı:663 tarih:1.10.2011
50. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A, Transition to and planning of family medicine, Family medicine and mobile service in rural areas. Editor: Aydın S. Family Medicine, The Turkish Model, 1st ed. Ankara, Published by the Ministry of Health of Turkey Çetin Ofset; 2006, p. 74-88.
51. Akdağ R. Health Transformation Programme, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Ankara 2003; p. 2
52. Başak O. “Yarı zamanlı uzaktan eğitim” ve tıp eğitimindeki yeri; Turk Aile Hek Derg 2012;16(1):18-22
53. Warren VJ, Wakeford RE. 'We'd like to have a family' –young women doctors' opinions of maternity leave and part-time training. J R Soc Med 1989;82:528-31
54. Morrel J, Roberts A. Make an application for flexible (part time) training. BMJ 1995;311:242-5
55. Holmes AV, Cull WL, Socolar RR. Part-time residency in pediatrics: description of current practice. Pediatrics 2005;116:32-7
56. Varnam M. Part-time training: is it viable? BMJ 1982;285:1016-7
57. <http://medicine.ucsf.edu/education/residency/program/flexpath.html>
58. <https://www.theabfm.org/cert/shared.aspx>
59. http://www.cfpc.ca/PT_or_Shared_Residency_Training/
60. http://www.rcgp-curriculum.org.uk/mrcgp/less_than_full_time_trainees/msf__psq.aspx
61. <http://e-lfh.org.uk/projects/egp/index.html>
62. Gray DP. Part-time training in general practice. Br J Gen Pract 1994;536

63. Council directive 93/16/EEC. Official Journal of the European Communities 1993; L165/18
64. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx>
65. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WHO and WONCA. Singapore, Wonca 2002, s. 111-3
66. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği, Aile Hekimliğine Geçen İller İçin Güncel Durum Tablosu. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:a-ile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38 (Erişim tarihi:18.05.2011)
67. Aktaş E Ö Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 51(1): 21-29, 2012
68. Uzuner A, Topsever P, Ünlüoğlu İ. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Medical Education* 2010, 10:29
69. Cebeci S, Konur M, Ozdemir H, Ozunal M, Sayalı E, Uzuner A, Unalan PC, Unalacak M, Unluoğlu İ. Aile hekimliği asistanlarının ve anabilim dallarının Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimleri ile ilgili düşünceleri, 2007 Raporu
70. Topallı R. Türkiye'deki Aile Hekimlerinin Durumu: Kesitsel Bir Çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / *Turkish Journal of Family Practice* 2003; 7(4): 153-158
71. Metsemakers J FM. Türkiye'de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşünceler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / *Turkish Journal of Family Practice* 2012; 16(1):29-34
72. Kjaer NK, Qvesel D, Kodal T. An evaluation of the 18-and 12-month basic postgraduate training programmes in Denmark. *Dan Med Bull* 2010; 57: A4167
73. Kjaer NK, Qvesel D, Kodal T. The role of general practice in postgraduate basic training. *Med Teach* 2010;32:e448-52
74. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P: The European Definition of General Practice/Family Medicine. In *WONCA Europe 2002* Edited by Evans P.

75. Proceedings of UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice In *UEMO*. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen; 1995

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Uzmanlık eğitimi programlarıyla ilgili gelişimlerin aile hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi araştırılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için aile hekimliği uzmanlık eğitimi alıyor olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmamızda online anket çalışması yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmaya 15/07/2012-15/09/2012 tarihleri arasında anketimizi yanıtlayan aile hekimliği asistanları dahil olacaktır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 5-10 dk dir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar sizin açınızdan herhangi bir risk teşkil etmeyecektir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCA LI OLDUĞU BİLİ NEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Kendiniz istemedikçe çalışma dışı bırakılmanız söz konusu değildir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Araştırmamızda anket formunun cevaplandırılması dışında herhangi bir tedavi yöntemi uygulanmayacaktır

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapacağımız araştırmada herhangi bir zararlanma riski bulunmamaktadır

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

05552802161 no.lu telefonda n Dr. Özlem Sancaktar’a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum. Tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu kabul etmekle yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu anket Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 3. Yıl asistanı Arř.Gör.Dr. Özlem Sancaktar'ın uzmanlık tezi için yapılmaktadır. Anketin amacı

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan uzmanlık ğrencilerinin sorunlarını ve beklentilerini belirleyip, çözüm için önerilerini almak ve bakış açılarını ortaya koymaktır.

Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından kişisel bilgiler gizli tutulacaktır.

Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1-Yaşınız

.....

2-Medeni durumunuz

a-Evli b-Bekar

3-Cinsiyet

a-Kadın b-Erkek

4-Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?

.....

5-Hangi tıp fakültesinden mezunsunuz?

.....

6-şu anda nerede görev yapıyorsunuz?

- a- niversite Hastanesi, niversite kadrosu
- b- niversite Hastanesi, Sağlık Bakanlığı kadrosu
- c- Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

7-Aile hekimliği asistanlığında kaçıncı yılınız?

a-1. yıl b-2.yıl c-3.yıl d- 3 yıl üstü (uzamış)

8-Aile hekimliği uzmanlığı Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) tercihlerinizde kaçınıcı sıradaydı?

.....

9-Aile hekimliği uzmanlığını tercih etmekteki birincil amacınız neydi?

.....

10- Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi sizce yeterli midir?

a-Evet b-Hayır

11- Cevabınız hayır ise sizce kaç yıl olmalıdır, neden?

.....

12- Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar ı ile belirlenen rotasyon süresi ne kadardır?

.....

13- Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar ı ile belirlenen rotasyon süresi sizce yeterli midir?

a-Evet b-Hayır

14- Cevabınız hayır ise, sizce ne kadar olmalıdır, neden?

.....

15- 12. Soruya cevabınız hayır ise, sizce hangi branşlara ve ne kadar süre ile rotasyon eklenebilir?

.....

16- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında, saha eğitimi (1. Basamak ortamında) sizce gerekli midir?

a-Evet b-Hayır

17- Cevabınızın nedenini açıklayınız.

.....

18- Sizin eğitim sürecinizde saha eğitimi uygulanıyor mu?

a- Evet b- Hayır

19- Cevabınız evet ise saha eğitim süreniz ne kadardır?

.....

20- Bu süre sizce yeterli midir, neden?

.....

21- Saha eğitiminizden sorumlu bir eğitici var mıdır?

a- Evet b- Hayır

22- Cevabınız evet ise unvanı nedir?

a- Aile Hekimliği ğretim yesi

b- Aile hekimliği uzmanı

c- Başka branş ğretim yesi

d- Başka branş uzmanı

e- Aile hekimi

f- Diğer

23- Saha eğitimi sürecinizde nasıl bir yöntem uygulanıyor, tanımlayınız.

.....

24- Sizce yeterli bir saha eğitimi nasıl olmalıdır?

.....

25- Aile hekimliği uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

26- Cevabınız hayır ise hangi açıdan yetersiz buluyorsunuz ve önerileriniz nedir?

.....

27- Uzmanlık eğitiminizden sorumlu bir eğitici var mıdır?

a- Evet, öğretim üyesi aile hekimliği uzmanı

b- Evet, koordinatör aile hekimliği uzmanı

c- Evet, başka bir branştan eğitici

d- Evet, diğer.....

e- Hayır

28- Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceğini nasıl görüyorsunuz?

.....

29- Aile hekimliği uzmanlık eğitimini geliştirmek için neler yapılabilir?

.....

30- Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bırakmayı hiç düşündünüz mü?

a-Evet b-Hayır

31- Cevabınız evet ise nedenini belirtiniz.

.....

32- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde en önemli gördüğünüz sorun nedir?

.....

33- Bu sorunun çözümü için ne önerirsiniz?

.....

34- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve herhangi bir uzmanlık eğitimi almamış aile hekimlerine özel olarak tanımlanan ‘yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi’ modelini biliyor musunuz?

a- Evet b- Hayır

35- Bu model hakkında neler düşünüyorsunuz?

.....

36- Bu modelin varlığı sizi nasıl etkiliyor?

.....

37- Ülkemizde aile hekimliği sisteminin geleceğini nasıl görüyorsunuz?

.....

38- Ülkemizde aile hekimliği sisteminin daha iyi olabilmesi için ne önerirsiniz?

.....

39- Aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olmalı mıdır?

a-Evet b-Hayır

40- Cevabınız evet ise sizce hangi yan dal uzmanlık eğitimi verilebilir, neden?

.....

41- Sizin eklemek veya belirtmek istediğiniz bir konu var mı?

.....

Anketimiz bitmiştir, yanıtladığınız için
teşekkür ederiz.

EK 2: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik
araştırmalar etik kurul onay yazısı

