T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, MEMNUNİYET VE BEKLENTİLERİ

Dr. Öykü Nacar

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2022

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, MEMNUNİYET VE BEKLENTİLERİ

Dr. Öykü Nacar

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hülya Parıldar

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2022

TEŞEKKÜR

Tez hazırlığı ve uzmanlık eğitimim süresince yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Hülya Parıldar'a; asistanlık sürem boyunca bana ve çalışma arkadaşlarıma yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini her daim paylaşan Prof. Dr. Haluk Mergen, Doç. Dr. Umut Gök Balcı, Doç. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Başasistan Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmazer'e ve Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan, Uzm. Dr. Hande İleri'ye; uzmanlık eğitimim sırasında yapmış olduğum rotasyonlar ile çalışma fırsatı bulduğum ve bilgilerini bize aktarmaktan asla imtina etmeyen tüm saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma ve tüm asistan arkadaşlarıma; birlikte çalıştığımız tüm hemşire, ebe, sekreter ve personel arkadaşlarıma; çalışmamıza katılım sağlayan tüm hekim arkadaşlarıma;

Tıp fakültesi eğitimim ve asistanlık sürecimde bana daima güvenen ve yanımda olan annem Meryem Nacar'a, babam Hüseyin Nacar'a, kardeşim Erdem Nacar'a

Sonsuz teşekkürler.

Dr. Öykü Nacar

İzmir, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iv**

TABLO LİSTESİ ..... **v**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **vi**

ÖZET ..... **vii**

ABSTRACT ..... **ix**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **11**

2. GENEL BİLGİLER **13**

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ 13

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ 15

2.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ 17

2.4. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN DÜNYADAKİ UYGULAMALARI 18

2.5. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ 21

2.6. EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SAHA EĞİTİMİ 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM **26**

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ VE YERİ 26

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 26

3.3. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 26

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZLERİ 27

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ 27

4. BULGULAR **28**

4.1. KANTİTATİF VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 28

4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNE DAİR GÖRÜŞLER 28

4.3. E-ASM VE SAHA EĞİTİMİNE DAİR GÖRÜŞLER 34

4.4. E-ASM'DE ÇALIŞMA DURUMUNUN GÖRÜŞ VE BEKLENTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ 39

5. TARTIŞMA **47**

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **55**

KAYNAKLAR **57**

ÖZGEÇMİŞ **62**

EKLER **63**

EK 1: ANKET FORMU 63

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABFM: American Board of Family Medicine

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

GMC: General Medical Council

GPST: General Practitioner Specialty Training

GPwER: General Practitioners with Extended Roles

ICU: Intensive Care Unit

NHS: National Health Service

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TAHYK: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Sistemi

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of National College

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Müfredatına Göre Tamamlanması Gereken Rotasyonlar 23
Tablo 2. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu'nca Belirlenen Örnek Program (2011) 23
Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri……...28
Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Dair Genel Görüşler……...32
Tablo 5. E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ve Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı'nın incelenme durumları……35
Tablo 6. E-ASM programının varlığı, ayrılan süre ve birim sayısı yeterliliği……36
Tablo 7. E-ASM programına ayrılan süreyi yetersiz görenlerin süre dağılımı……...36
Tablo 8. E-ASM programının uzmanlık eğitiminin hangi yılında alınması gerektiğine dair görüşler……38
Tablo 9. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Demografik Özelliklerin İlişkisi……...40
Tablo 10. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Likert Tipi Sorular Arasındaki İlişki…..41
Tablo 11. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Saha Eğitiminin Verilmesi Gerektiği Düşünülen Yerler Arasındaki İlişki……43
Tablo 12. Müfredat ve E-ASM Yönetmeliği'ni İnceleme Durumuyla E-ASM'de Çalışma Arasındaki İlişki……43
Tablo 13. E-ASM'ye Ayrılan Süre ve Birim Yeterliliğinin E-ASM'de çalışma durumuyla İlişkisi……...44
Tablo 14. E-ASM'de Çalışmadan Önce Mutlaka Tamamlanması Gerektiği Düşünülen Rotasyonlar ve E-ASM'de Çalışma Durumunun İlişkisi…….45
Tablo 15. E-ASM'de Görevli Eğiticinin Bu Süreçteki Rolünün Ne Olması Gerektiği ile E-ASM'de Çalışmış Olma Durumu Arasındaki İlişki……...45
Tablo 16. E-ASM'de Birim Başına Kayıtlı Kişi (nüfus) Sayısı ile E-ASM'de Çalışma Arasındaki İlişki……..46
Tablo 17. E-ASM'de Çalışma ile Hasta Takibinde İhtiyaç Duyulabilecek Danışmanlık Hizmetleri Hakkındaki Görüşler Arasındaki İlişki……46

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı; Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (WONCA)……...14
Şekil 2. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre dağılımı……..29
Şekil 3. Saha eğitiminin verilmesi gerektiği düşünülen yerlerin dağılımı……..34
Şekil 4. E-ASM'de Yaşanılan Sorunlar……..37
Şekil 5. E-ASM'de Çalışmadan Önce Mutlaka Tamamlanması Gerektiği Düşünülen Rotasyonlar…….37

ÖZET

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE İLİŞKİN BİLGİ, MEMNUNİYET VE BEKLENTİLERİ

Amaç: Aile Hekimliği klinik eğitimi dahilinde, birinci basamak sağlık hizmeti veren ve toplum yönelimli olan Aile Sağlığı Merkezlerine dair mesleki yeterliliklerin kazanılması hedeflenir. Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin (E-ASM) aile hekimliği uzmanlık eğitim planına eklenmesi de bu yeterlikleri kazandırmak amacını taşır. Çalışmamız, İzmir'de asistan aile hekimlerinin saha eğitimi ve E-ASM'lere dair bilgi düzeyi, memnuniyetleri ve beklentilerinin değerlendirilmesi ve gelecekteki uygulamalar için odak noktaları oluşturulmasını hedefler.

Gereç ve Yöntem: Aile Hekimliği Uzmanlık Çekirdek Müfredatı ve E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ndeki temel bilgilerle saha eğitimine ilişkin beklentilerin sorgulandığı boşluk doldurmalı sorular içeren bir anket; etik kurul onamı sonrasında İzmir ilinde tam zamanlı uzmanlık eğitimi alan aile hekimlerine gönüllülük esasıyla uygulanmıştır. Ocak-Mart 2022 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi'nden 93, Katip Çelebi Üniversitesi'nden 100, Tepecik EAH'tan 93 ve Bozyaka EAH'tan 39 kişi olacak şekilde toplam 328 asistan hekime ulaşılması hedeflenmiştir. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde ortalama, standart sapma, ortanca (IQR) değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testiyle karşılaştırılmıştır. Nonparametrik değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. P-değerinin <0.05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya İzmir'de aile hekimliği uzmanlık eğitimini sürdüren, yaşları 25-43 aralığında olan, %64,5'i kadın 302 kişi katılmıştır. E-ASM'de çalışmış olanlar %41,7 oranındadır. E-ASM öncesi mutlaka tamamlanması gerektiği düşünülen ilk iki rotasyon pediatri (%92) ve dahiliye (%89,4)'dir. Katılımcılar %66,8 oranında E-ASM için uzmanlık eğitiminin 3. yılının uygun olduğunu belirtmişlerdir. E-ASM'de çalışanlarda; E-ASM Ödeme-Sözleşme Yönetmeliğini ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatını inceleyenler, pediatri rotasyonunun tamamlanması

gerektiğini düşünenler ve E-ASM'ye ayrılan süreyi yeterli görenler çalışmayanlara göre daha fazladır.
Sonuç: Uzmanlık eğitim süresi, zorunlu rotasyonlar ve klinik içi/saha eğitiminin süresinin katılımcıların çoğunluğu tarafından olumlu karşılandığı ve E-ASM'nin uzmanlık eğitimi için gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Eğitimcilerin gözetiminde sürdürülen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tecrübe edilerek öğrenildiği modeller olan E-ASM'lerin ülkemizde yaygınlaştırılmasının uzmanlık eğitimine katkısının büyük olacağı öngörülebilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, eğitim aile sağlığı merkezi, saha eğitimi, tıpta uzmanlık eğitimi

ABSTRACT

FAMILY MEDICINE RESIDENTS' KNOWLEDGE, SATISFACTION AND EXPECTATIONS ABOUT EDUCATIONAL FAMILY HEALTH CENTERS IN IZMIR

Aim: Family Medicine training program aims to train qualified physicians to work in primary care clinics. Hence, Educational Family Health Centers has been added to the training program. We intend to evaluate the level of knowledge, satisfaction and expectations about Educational Family Health Centers with this study implemented to resident family physicians in Izmir.

Materials and Methods: After the ethics committee's approval, a questionnaire was applied to voluntary family medicine residents in Izmir. We aimed to reach a total of 328 residents. Statistical analyzes were made with SPSS version 25.0. Mean, standard deviation and median (IQR) values were used in descriptive analyses. Categorical variables were compared with the Pearson Chi-Square Test. The Mann Whitney U Test was used when evaluating nonparametric variables between the two groups. Cases with a P-value of <0.05 were considered statistically significant.

Results: 302 family medicine residents aged between 25-43 participated in the study. 64.5% of the participants were women. %41,7 of the participants have worked in Educational Family Health Centers. Two rotations that our participants think that must be completed before working in field were Pediatrics (92%) and Internal Medicine (89.4%). 66.8% of the participants consider the 3rd year of residency suitable for the program. Those who examine the Payment and Contract Regulation and the Curriculum, who think that the Pediatrics rotation should be completed, and who consider the training time in field sufficient are more common among participants who worked in the program.

Conclusion: The duration of residency training, compulsory rotations and in-clinic/field training were met positively by the majority of the participants and they consider the Educational Family Health Centers to be necessary. It can be predicted that the widespread of these training centers will contribute to training by setting a model to experience primary care services and including supervision of trainers.

Key Words: Family medicine, educational family health center, field training, residency training

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Aile Hekimleri Birliği Organizasyonu olan WONCA, aile hekimliğini kendine özgü eğitim içeriği mevcut; araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlar. Aile hekimliği uzmanları da bu disiplinin ilkeleri doğrultusunda yetiştirilmektedir. Cinsiyet, yaş, hastalık ayrımı olmaksızın tıbbi bakım arayan kişilere kapsamlı ve sürekli bakım sağlamakla yükümlü kişisel doktorlardır (1).

Aile hekimliği branşındaki uzmanlık eğitimi, diğer branşların uzmanlık eğitimleriyle pek çok konuda benzerlik gösterse de temel bir noktada ayrılır; eğitim birinci basamakta hizmet vermeye yönelik uzmanlar yetiştirme amacındadır. Uzmanlık eğitimi ile mesleki kalitenin de artması hedeflenir. Aile hekimliğinin akademik konumu güçlendirilmeli ve bilimsel araştırma kolaylaştırılmalıdır. Güçlü bir aile hekimliği temeline oturan sağlık sistemi aracılığıyla, maliyet etkinlik ve potansiyel sağlık kazanımları hakkındaki bilgiler ışığında hareket edilmelidir (1,2).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'na göre ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi üç yıldır ve bu sürenin yarısı klinik branş rotasyonları, yarısı klinik içi eğitim olarak öngörülmüştür. Rotasyonlar, birinci basamak uygulamalarında nadir görülen olguların hastane kliniklerinde daha kısa sürede tecrübe edilmesini sağlar. Bununla birlikte kendisine başvuran bireylerin bakım sorumluluğunu bir bütün olarak üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini görmeleri de yine bu rotasyonlar ile sağlanmaktadır. Klinik içi sürecin yürütüleceği yerler Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve EAH kliniklerine ait poliklinikler, evde sağlık hizmetleri, huzur ve bakım evleri, eğitim aile sağlığı merkezleri ve eğitim amaçlı iş birliği yapılan ASM'ler olarak belirtilmiştir (2). Bu saha eğitiminin bir kısmının Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne ayrılması; aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri olan birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgül sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşımın kazanılmasına katkı sağlayacaktır.

Aile hekimliği kliniklerinde yürütülen eğitimlerde hastayla iletişim halinde olma, eğitici idaresinde çalışma ve geri bildirim alma, akranlarıyla (eşdüzey çalışma arkadaşlarıyla) birlikte öğrenme, eğitim faaliyetlerinin devamlılığı ile disipline has klinik bakış açısının geliştirilmesinin bu süreçteki önemi üzerinde durulmuştur. Bu eğitim ile uzmanlık öğrencisinin yöneticilik, ekip üyeliği, sağlık koruyuculuğu, iletişim kurma, değer ve sorumluluk sahipliği, öğrenici ve öğretici olma ve hizmet sunucusu olma alanlarında yetkinlik kazanması hedeflenir. Bu hedefe yönelik olarak aile hekimliği klinik uygulamalarının bir kısmının E-ASM'lerde verilmesi önerilir (2,3).

Bu çalışma ile, İzmir ilindeki aile hekimleri kliniklerinde çalışan asistan tabipler ile görüşülerek E-ASM'lerin uzmanlık eğitimine katkıları ile bu alana dair beklentilerin ne olduğu sorgulanmıştır. Genel olarak saha eğitimine ilişkin memnuniyetin ve geliştirilmesi gereken yönlerin değerlendirilmesi ve klinikler arası iletişim ve bağın artırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

Aile Hekimliği; bir bireyin doğum öncesi döneminden ölümüne kadar, cinsiyet ve yaşa bakmaksızın ve herhangi bir koşul aramaksızın sürekli ve kapsamlı bakımını temel alan, insan merkezli bir disiplindir (4). Bireyin mevcut sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır, bu sisteme açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Bireylere sunulan bakımı koordine ederek ve diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının etkili kullanımının temelini oluşturur (5).

Aile hekimlerinin hastayla görüşme süreci kendine özgüdür. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini her hasta için bireyselleştirilmiş bir biçimde devam ettirir. Toplumla ilk temas noktası olduğundan, olguların nüfus içindeki insidans ve prevalansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme sürecine sahiptir. Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarıyla aynı anda ilgilenir, ayrıca henüz ayrımlaşmamış ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Sağlık sorunlarını yalnızca fiziksel değil; aynı zamanda ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla değerlendirir. Tüm bu nedenlerle de halk sağlığı için özel ve önemli bir sorumluluk alır (5).

Aile hekimliği klinik disiplinini tanımlayan temel özellikler, altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir ve bu çekirdek yeterlilikler, uygulandıkları sağlık sisteminden bağımsız olarak ortak çıkış noktaları oluşturulmasını sağlar. Bunlar; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım modellemedir. Uzmanlığın ehil uygulayıcısı bu yeterlikleri klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yönetimi alanlarında göstermelidir (4).

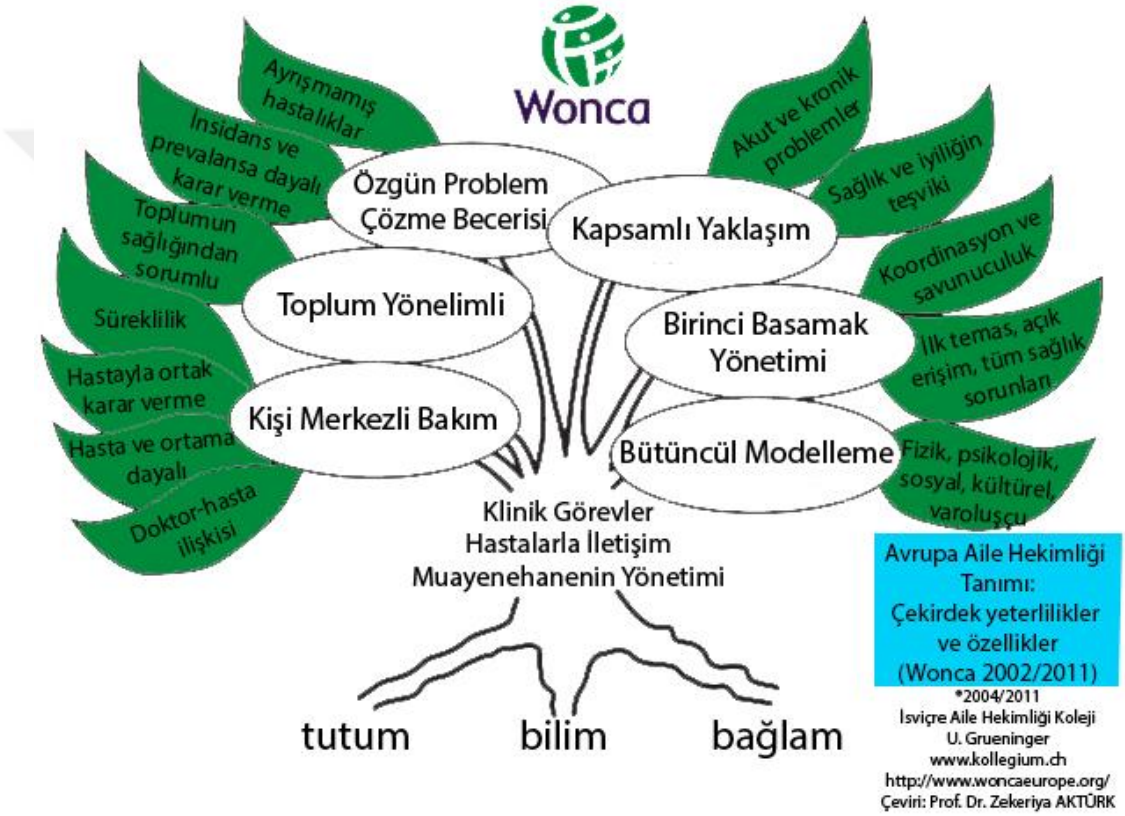
Kişi merkezli bir disiplin olan aile hekimliğinde temel kabul edilen üç özellik mevcuttur;

-Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.

-Tutumla ilgili: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.

-Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme

Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatı da bu yeterliliklere sahip uzman hekimler yetiştirmeyi hedefler buna uygun olarak hazırlanmıştır (2). Gerekli yeterlilikleri sağlamak amacıyla programın önemli bir kısmı aile hekimliği uygulama ortamlarına ayrılmıştır (6).



Şekil 1. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı; Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (WONCA)

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ

On dokuzuncu yüzyıla kadar hem Avrupa hem de Kuzey Amerika'da meslek üyelerinin çoğunluğu genel pratisyenlerden oluşmaktaydı. Fakat yirminci yüzyılın ilk yarısında tanımlanmış eğitim programları ve yeterlilik sınavlarıyla birlikte ana uzmanlık dalları ortaya çıkmaya başlamıştır. Medikal eğitim, tıp teknolojisini ve laboratuvar bilimleri temel alarak ilerlemiştir. Uzmanlaşma; teknik ve araştırma becerilerine verilen değeri, kişiselleştirilmiş bakıma verilen değere nazaran öne çıkarmıştır. Teknolojiye verilen önemin ve tıbbın bölümlere ayrılmasının sonucu olarak; bakımın kişisel yönlerinin göz ardı edilmesi, malpraktis olgularının artması ve hekim – hasta iletişiminde bozulmalar meydana gelmiştir (7).

Uzmanlaşmanın etkilerinin doğal bir sonucu olarak, genel bir yaklaşım gösteren yeni bir hekim tipine ihtiyaç doğmuştur. Bu gereksinim ilk kez 1923 senesinde bir iç hastalıkları uzmanı olan Francis Peabody tarafından konu edilmiştir. Tıp biliminde aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların gereğince ele alınamadığını, şahısların bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini, kapsamlı ve bireyselleşmiş bir sağlık hizmetine olan ihtiyacı vurgulamıştır (8,9). Fakat bu açıklama karşılık bulmamış, İkinci Dünya Savaşı sonrası ve 1950'lerde uzmanlaşma eğilimi hızla artış göstermiştir, buna nazaran az sayıda hekim birinci basamağa geçmiştir (7).

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), 2. Dünya savaşından sonra oluşmaya başlamış, 1948'de aktif hale geçmiştir. Bununla birlikte herkesin gereksinim duyduğu tedaviye ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Bu dönemde İngiliz pratisyen hekimler, değerlendirdikleri hastalarını uzmanlara sevk edebilmiş ve izleyebilmişlerdir (10). İngiltere'de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) 1952'de kurulmuştur (11).

Tıp dünyası 1960'ların başlarında birinci basamaktaki tabip eksikliğini giderebilmek için, mesleğin özel bir eğitimi ve niteliği olmayan, ayrışmamış kütlesi olmak yerine bilgi derinliği ve yeterlilikleri tanımlanmış yeni bir uzmanlığın yapılandırılmasını savunmaya başlamıştır (7,12). Birinci basamağa dair bu yeni uzmanlık disiplini 1966'da bir ay arayla yayımlanan iki rapor ile benimsenmiştir. Millis Raporu olarak adlandırılan ilk rapor, Amerikan Tıp Birliğinin Tıp Eğitimi Yurttaşlar Komisyonu'nun raporuydu. Willard Raporu olarak tanınan ikinci rapor, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyinin Aile Hekimliği Eğitimi özel görev

komitesinden çıkmış ve birincil bakım temasıyla çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak "Aile Hekimliği''ni tanımıştır. 1969'da Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice) ülkedeki tıbbi uzmanlık kurulu olarak kurulmuş olup 2004 yılında bu kurul American Board of Family Medicine (ABFM) olarak adlandırılmıştır (9).

Yine Kuzey Amerika'da, 1954 yılında Kanada Aile Hekimliği Koleji kurulmuştur. 1966 yılında da ülke üniversitelerinde aile hekimliği kürsüleri kurulmaya başlamıştır (9).

Avrupa'da benzer gelişmeler yaşanmış, Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1960'lı yıllardan sonra daha önemli hale gelmiştir. 1976'da ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Hannover Tıp Fakültesi'nde kurulmuş ve araştırmalarına başlamıştır (13). Bu dönemde aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul görecek bir tanım ihtiyacı ortaya çıkmış ve 1974 yılında "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı Hollanda'da gerçekleştirilmiştir. Bu toplantı ile birinci basamak hekimliği, insanı sistem ya da organlara spesifik ele alan diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olarak vurgulanmıştır (8,13).

1978 yılında düzenlenen Alma Ata Konferansı'yla birlikte dünya ülkelerine "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bazı hedefler ve stratejiler işaret edilmiştir. Çağdaş sağlık hizmetlerine uygun olarak özellikle birinci basamağın kendine has koşullar içerdiği ve burada uzmanlaşmış tabiplerin varlığının önemi vurgulamıştır. Böylece ülkeler ve toplumlar sağlık hizmeti idare ve planlarını bu doğrultuda yeniden değerlendirmişlerdir (14).

DSÖ'nün 1998 yılında yapılan 51. toplantısıyla bir Dünya Sağlık Bildirgesi yayınlanmıştır ve birinci basamak hizmet ve görevlerinin sağlık sisteminin odağında yer alması gerektiği açıklanmıştır. Aile hekimlerinin ilk başvuru ve temas noktası olması, her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütler kurmaları, aile hekimliğinin görev tanımı ve kurumsallaşması konusundaki önerilerle birlikte Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişmesinin önü açılmıştır (14,15).

2.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ

1978'de Alma Ata Deklarasyonu'nda sonra Doğu Avrupa ve Orta Doğu'da Lübnan, Bahreyn ve İsrail aile hekimliği uzmanlık programı uygulayan ilk ülkeler arasında yer almışlardır. Ürdün, Kuveyt ve Türkiye gibi ülkelerde mezuniyet sonrası programlar 1980'lerde kurulmuştur. Ülkemizde Aile Hekimliği, klinik bir uzmanlık dalı olarak 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğüne eklenmiştir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1984'te çalışmalarına başlamıştır. Bu daldaki uzmanlık eğitimi de 1985 yılında, tıp fakültesi eğitimi tamamlandıktan sonra en az 3 yıl olmak koşuluyla Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde Sağlık Bakanlığı - Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı 9 Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başlamıştır (16).

Başlangıçta aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, aile hekimliği akademisyenlerinin eksikliği ve aile hekimliği klinik eğitimine dair bir müfredatın olmayışı nedeniyle, rotasyon yapılan branşlarda (iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve psikiyatri) bu kliniklerin kendi asistanlarına verdikleri eğitimi almışlardır (17).

6 Temmuz 1993 tarihli 12547 sayılı karar ile Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tarafından tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması ve çalışmalarına başlaması ile akademik gelişim hususunda önemli bir adım atılmıştır. Üniversitelerde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimiyse 17 Eylül 1993 yılında Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde başlamıştır. Başlarda yeterli sayıda uzman aile hekimi bulunmaması nedeniyle, üniversite anabilim dallarında kurucu başkan olarak halk sağlığı, dahiliye, göğüs hastalıkları gibi diğer klinik branş ve disiplinlerden akademisyenler görev almıştır. 1994 yılıyla birlikte aile hekimliği uzmanları da akademik kadrolarda yer almaya başlamıştır. (17,18)

1990 yılında Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, 1998 yılında da TBMM kararıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ismini almıştır (19).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanan bilimsel kurulun çalışmaları sonucu 2003'te "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla duyurulan plan doğrultusunda, 2004 yılında birinci basamak aile hekimliği pilot uygulamalarına dair kanun hazırlanmıştır ve bu uygulama 15 Eylül 2005 tarihinde ilk olarak Düzce'de hayata geçmiştir(20,21).

Aile hekimliği uygulaması artık tüm Türkiye'de yürürlüktedir. Klinik bir disiplin olarak aile hekimliği üniversite anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri kliniklerinde eğitim ve çalışmalarını sürdürmektedir.

2.4. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN DÜNYADAKİ UYGULAMALARI

Aile hekimi, dünyada genel pratisyen kavramı ile eş anlamlı olarak kullanılabilmektedir ve özgün bir uzmanlık eğitimi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Türkiye'deyse "pratisyen" terimi tıp fakültesi eğitimini tamamlamış ve devamında herhangi bir uzmanlık eğitimi almamış hekimler için kullanılmaktadır. Çeşitli isim ve uygulama farklarına rağmen tüm dünyada iyi eğitilmiş aile hekimleri/genel pratisyenlerin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık hizmetlerinin maliyet etkin olduğu, aynı zamanda klinik olarak daha verimli sağlık bakımı sağladığı belirtilmiştir (22). Aile hekimliği, akademik çerçevenin tanımlanması ve temellerin oturmasıyla eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için bir "disiplin"; aynı zamanda bu akademik tanımın Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi terimine dönüşmesi için bir "uzmanlık dalı" olarak da tanımlanmıştır (1,13).

Aile hekimliği eğitimi aynı temellere otursa da uygulamada farklılık gösteren yönleri de mevcuttur. Bunları inceleyecek olursak;

I. Birleşik Krallık:

İngiltere'de aile hekimliği uzmanlık eğitim (GP Specialty Training, GPST) süresi üç yıldır. Genelde 18 ay hastane rotasyonlarına (pediatri, psikiyatri, geriatri, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, acil tıp ve travmatoloji), 18 ay "genel pratisyenlik" alanına ayrılır ve altı aylık döngülerle eğitim sürdürülür. Eğitim sonrasında General Medical Council (GMC)'e kaydolmak için yeterlilik sınavına girilir. Ayrıca uzmanlık eğitimi sonrasında "Genişletilmiş Rollere Sahip Genel Pratisyenlik" (GPwER, General Practitioners with Extended Roles) de tercih edilebilir. GPwER, temel aile hekimliği eğitiminin ötesinde bir rolü üstlenen ve daha fazla mezuniyet sonrası eğitim gerektiren bir aile hekimliğidir. Kardiyoloji,

dermatoloji, üreme sağlığı gibi alanlarda GPwER olunabilir fakat seçilen alanların uzman doktorlarıyla aynı hizmet verilemez, geniş spektruma sahip mesleki tecrübeyi klinik bağlama taşımak amaçlanır (23,24,25).

II. Fransa:

Fransa'da, aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl sürer. Program teorik derslere ek olarak 6 ay süren 6 farklı serviste rotasyon (dahiliye, pediatri, acil servis, genel cerrahi, kadın doğum hastalıkları ve 2 ayrı aile hekiminin muayenehanesinde staj) içerir. Uzmanlık eğitimi tamamlandıktan sonra uzmanlık diploması verilir. Tez sunum yapılması halinde kişi "hekim" unvanından farklı olarak "doktor" akademik unvanını taşımaya da hak kazanır, tez sunumu zorunlu değildir. Fransa'da uzman aile hekimleri; özel muayenehane açarak, sağlık evlerinde maaşlı hekim olarak, yan dal uzmanlığı eğitimi aldıktan sonra "serbest yan dal uzmanı" (Spor hekimliği, homeopati ve akupunktur hekimliği, beslenme hekimliği, huzur evlerinde hekimlik vs) olarak çalışabilmektedirler. Ek olarak devlet hastanelerinde de yan dal uzmanlığı (Sigara bıraktırma, geriatri vs.) yapabilir, ulusal sağlık güvence sigortası veya özel güvence sigortalarına danışman hekim olarak görev alabilirler (26).

III. Almanya:

Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 6 yıllık Tıp Fakültesi eğitiminin ardından 5 yıllık bir süreçtir. 24 ay ayaktan hasta takibi yapılan genel tıp alanında, 12 ay yatan hasta takibi yapılan dahili bilimler alanında, en az 6 ay ayaktan hasta takibi yapılan başka bir klinik alanda, 18 aya kadar doğrudan hasta bakımı alanlarında beceri kazanmak için verilen ileri eğitimi kapsar. Aile hekimleri (Hausarzt) sözleşme esasına göre çalışmaktadır ve koruyucu hekimlik ile tedavi edici hizmetleri sunmaktadır. Eğer istenirse, aile hekimliği uzmanlığı sonrası üst ihtisas da yapılabilmektedir. Örnek olarak damar hastalıkları üst ihtisası için, 18 aylık bir eğitim ve çalışmadan sonra üst ihtisas sınavını başarmak gerekmektedir (27,28).

IV. Hollanda:

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin Hollanda'daki süresi üç yıldır. Bu eğitimin ilk ve üçüncü yılları, akredite olan aile hekimliği/genel pratisyenlik alanında geçirilir. İlk yıl asistan hekimler haftada dört günü klinik uygulamada geçirirler ve süpervizörlük rolü üstlenen bir aile hekimi ile bire bir çalışırlar. Haftanın bir gününde de klinik uygulamaları esnasında yaşadıkları durumlar hakkında küçük grup

toplantıları yaparlar. İkinci yılda akut ve kronik hastalık bakım takibinin olduğu klinik rotasyonların yanında ruh sağlığı alanında da stajlar yer alır. Daha önceden benzer klinik tecrübenin mevcut olması halinde, bu eğitim süresinde kısalma söz konusu olabilir (29,30).

V. Amerika Birleşik Devletleri:

Amerika Birleşik Devletleri'nde lise eğitimi sonrası iki yıllık kolej ve devamında beş yıllık tıp fakültesi eğitimi (son yıl intörnlük) alınır. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi 3 yılda verilir. Bu süre boyunca 4 haftalık bloklardan oluşan sürelerde rotasyonlarda ve aile hekimliği kliniğinde eğitim görülür. İlk yıl hastanede verilen bakım hizmetlerine odaklanırken, ikinci yıl hastane bazlı ve ayaktan hasta bakımının ikisine birden önem verir. Son yıl eğitimi daha çok ayaktan hasta bakımına odaklanmıştır. Rotasyonlar genel dahiliye, pediatri, erişkin acil, pediatrik acil, kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, spor hekimliği, genel cerrahi, yoğun bakım (ICU), dahiliye yan dallar (geriatri gibi) ve seçmeli stajlardan oluşur (31,32,33).

VI. Kanada:

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi iki yıldır. Kanada'da da ABD'ye benzer şekilde eğitim süresince 1 blok = 4 hafta olacak şekilde bir yılda toplam 13 blok yer alır. Acil tıp, pediatri, iç hastalıkları ve geriatri, kadın sağlığı, genel cerrahi blokları aile hekimliği özgül eğitimiyle birlikte bu süreçte yer alır ve hastane - birinci basamak hizmetlerinin entegre bir şekilde öğretilmesi planlanmıştır (34,35,36).

VII. Küba:

Küba'da 6 yıllık tıp fakültesi eğitiminin ardından iki yıl daha genel tıp/aile hekimliği alanında çalışmak zorunludur. Diğer branşlarda da uzmanlaşmak için bu iki yıllık çalışmayı tamamlamak gereklidir. Aile hekimleri "consultorio" olarak adlandırılan kliniklerde çalışırlar, ev ziyaretleri yaparlar, gebe ve çocuk takibinde önemli rol alırlar ve uzman hekimlerin görev yaptığı kliniklere sevk ettikleri hastalarını ziyaret edebilirler (37).

2.5. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, dünyada olduğu gibi ülkemizde de diğer branşların eğitimlerine nazaran farklı bir yapıdadır. Eğitim süresince çokça branşta rotasyon yapılır, gidilen her rotasyonda da adaptasyon süresini mümkün olduğunca kısa tutmak gerekir. Diğer uzmanlık eğitimleri üniversite, eğitim ve araştırma ve devlet hastaneleri gibi eğitim verilen yerlere benzer ortamlarda görev yapacak uzman hekimler yetiştirirken, aile hekimliği uzmanları hastanelerin yanında aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti verilen yerlerde de çalışırlar (38).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl olarak planlanmıştır. 2009 yılına kadar bu eğitimin tamamı hastane klinik rotasyonlarından oluşsa da, 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 rotasyon süresi toplam 18 ay olarak belirlenmiştir ve güncel hali de bu şekildedir (Tablo 1). Bunda uzmanlık derneği (TAHUD), yeterlilik kurulu (TAHYK) ve anabilim dallarının aile hekimliği uzmanlık eğitim programının minimum yarısının aile hekimliği uygulama ortamında verilen eğitime ayrılmasını savunması rol oynamıştır (2,6).

Aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatı; uzmanlık eğitimi alan hekimin klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarına ek olarak sağlık eğitimi verme yetisi, araştırmacılık ve yöneticilik vasıflarının gelişim göstermesi ilkelerine uygun olarak hazırlanmıştır (2). Buna uygun olarak uygulama eğitiminin esas olarak hastayla temas süreçleri şeklinde olması hedeflenir. Bu esnada öğrenen hekim ile eğiticinin doğrudan bir etkileşim içinde olması, gözetim ve geri bildirimin de bu sürecin bir parçası olması önem arz eder. Yine düzenli eğitim etkinlikleri sayesinde klinikteki eğiticiler ve eğitim gören asistan hekimler bir araya gelir, akran iletişimi ve aile hekimliği disiplinine özgü klinik yaklaşım güçlendirilir (2,38).

Rotasyonlar da uzmanlık eğitiminin önemli bir parçası olmayı sürdürür. Olguların sevk edilmesi halinde hastane kliniklerinde ne şekilde bir bakım alacağını ilk elden tecrübe etme ve bu tecrübeyi birinci basamak hasta bakımına taşıma fırsatı sağlar (2,10).

TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda üzerinde durulan hususlardan biri de bu eğitimin kendine has değerlendirme yöntemlerine gereksinim duyduğudur. Bu değerlendirmenin ilk aşamasında uzmanlık öğrencisinin düzeyi ve öğrenme gereksinimleri belirlenir. Kişisel öğrenme hedefleri ve buna uygun planlamalar oluşturularak bu hedeflere ne derece ulaşıldığının ölçümü eğitim sürecinin tamamında devam etmelidir. Eğitim sonunda uzmanlık öğrencisinin tek başına aile hekimliği uygulamaları yapabilecek yeterlilikte olup olmadığı ölçülür ve yeterli görülmesi halinde bu yetki belgelendirilir.

Uzmanlık eğitimi planlamasının;

- Eğitim başlangıcında ilk birkaç ay oryantasyon eğitimine ayrılması,
- Uzmanlık öğrencisinin her 4 – 6 aylık rotasyon sonrasında en az bir aylık süre boyunca kendi birimine dönmesi, öğrendiklerini pekiştirip aile hekimliği uygulama yerlerinde deneyim kazanması,
- Uzmanlık öğrencisinin E-ASM'de çalışmalarını daha kolay hale getirmesi amacıyla, ilk 12 ay içinde öncelikle pediatri ve dahiliye rotasyonlarının tamamlanması (Bu rotasyonlar ilgili kliniklerle iletişim ve uyum içinde belirlenmesi),
- Eğitim süresince en az 6 – 8 ayın E-ASM'de / Halk Sağlığı Kurumu ile yapılan protokoller doğrultusunda bir "Aile Hekimliği uzmanının görev yaptığı" Aile Sağlığı Merkezlerinde geçirilmesi,
- Seçmeli rotasyonun hangi branşta yapılacağı uzmanlık öğrencisinin isteğiyle bağdaşan şekilde program yöneticisi tarafından belirlenmesi

şeklinde yapılması önerilir.

Yıllar içinde önerilerde değişiklikler olsa da uzmanlık öğrencisinin oryantasyondan geçmesi ve rotasyonlar ile kendi biriminde dönüşümlü rol alması uygulamanın temelinde yer alır. 2011 yılındaki komisyon önerileri Tablo 2'de görülebilir.

Ülkemizde yürürlükte olan müfredatta, Aile hekimliğine özgü eğitimin verildiği yerler; aile hekimliği anabilim dalları ile eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği kliniklerine ait poliklinikler, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (E-ASM), iş birliği yapılan ASM'ler, evde sağlık hizmetleri, huzur ve bakım evleri olarak sıralanmıştır (2).

Tablo 1. Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatına Göre Tamamlanması Gereken Rotasyonlar

ROTASYON SÜRESİ/AY	ROTASYON DALI
4 AY	İÇ HASTALIKLARI
4 AY	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
3 AY	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
2 AY	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
1 AY	ACİL TIP
1 AY	GÖĞÜS HASTALIKLARI
1 AY	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
1 AY	KARDİYOLOJİ
1 AY	Aşağıdaki dallar arasından uzmanlık öğrencisinin tercihi göz önünde bulundurularak program yöneticisi tarafından seçilen sadece birinde; - NÖROLOJİ - FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON - GENEL CERRAHİ

Tablo 2. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu'nca Belirlenen Örnek Program (2011)

Birinci Yıl	
Aile Hekimliği	1 ay AH Uyum Eğitimi 1 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği) 1. ay)
Rotasyon	4 ay İç Hastalıkları (2 – 5. aylar)*
Aile Hekimliği	1 ay AH Uyum Eğitimi 2 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Uygulama Merkezi) (6. ay)
Rotasyon	4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum (7 – 10. aylar)*
Aile Hekimliği	2 ay AH Uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Uygulama Merkezi + Aile Sağlığı Merkezi) (11 – 12. aylar)
İkinci Yıl	
Rotasyon	5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (13 – 17. aylar)**
Aile Hekimliği	2 ay (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Uygulama Merkezi, 18 ve 19. aylar) Tez çalışmasının araştırma kısmının başlatılması
Rotasyon	1 ay Genel Cerrahi (20. ay)**
Rotasyon	2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (21 – 22. aylar)**
Rotasyon	1 ay Kardiyoloji (23. ay)**
Rotasyon	1 ay Göğüs Hastalıkları (24. ay)**
Üçüncü Yıl	
Aile Hekimliği	12 ay Aile Hekimliği Uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı / AH Klinik Uygulama Merkezi + Aile Sağlığı Merkezi) (25 – 36. aylar)

*İç Hastalıkları – Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonları yer değiştirebilir.

**İkinci yıl rotasyonları kendi aralarında yer değiştirebilir.

2.6. EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE SAHA EĞİTİMİ

Aile hekimliği kliniğinde verilecek uygulama eğitimleri, ilgili Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı/Kliniği Eğitim sorumlusunun uygun gördüğü şekilde; ilk bölümü uzmanlık eğitiminin başlangıcında uyum eğitimini içeren biçimde ve rotasyonlar arasında bölünerek uygulanabileceği gibi, bütün olarak da verilebilir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı içinde önerilen uygulama, 18 aylık aile hekimliği alan/saha eğitiminin;

- 2 ay uzmanlık eğitiminin başında (Oryantasyon eğitimi)
- 2 ay ilk yılın sonunda
- 2 ay ikinci yılın sonunda
- 12 ay uzmanlık eğitim süresinin sonunda (üçüncü yılın tamamı) yer alacak şekilde düzenlenmesidir (40).

Yine aynı programın önerisi olarak, klinik uygulamalar ve yöntem şu özellikleri taşımalıdır;

- Sağlık ölçütlerinin kullanımı (insidans, prevalans, nüfus piramidi gibi)
- Ayrışmamış hasta yönetimi (Başvuru nedeni ve şikayeti ayırt etme, öncelik belirleme gibi)
- Düşük prevalans hekimliği uygulamaları (Sıklığına göre olgu için en uygun tanı testinin belirlenmesi gibi)
- Birinci basamakta tanı testlerinin akılcı ve etkin kullanımı
- Toplum yönelimli birinci basamak hekimliği

Aynı zamanda hasta/hekim iletişimi (Hasta eğitimi ve danışmanlık, kötü haber verme, zor hasta ile baş etme gibi), temel idari konular (hasta kayıtları, personel yönetimi, kriz – afet yönetimi gibi) alanlarında da yetkinlik sağlanması hedeflenmelidir (40).

Sağlık hizmet kalitesinin gelişmesi için, aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden biri olan toplum yönelimli bakım yaygınlaşmalıdır. Aile hekimlerinin bu yaklaşımı benimsemeleri de bu uygulamaları günlük pratiklerine yansıtmaları ile gerçekleşebilir (41). Bu amaçla oluşturulan ve klinik içi eğitimin bir kısmının verilmesi planlanan Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (E-ASM); eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir/birden fazla uzmanlık öğrencisi ve aile sağlığı

elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği, tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşunu tanımlar (42).

E-ASM ile ilgili ilk düzenleme, resmi gazetede "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nin sekizinci bölümünde "Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Eğitim Aile Hekimliği Birimine İlişkin Usul ve Esaslar" adı altında 25/01/2013 tarihinde yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre; E-ASM'ler aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim kurumu ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu/Üniversite rektörlükleri arasında sözleşme yapılarak ve öngörülen nüfus kriterleri esas alınarak açılabilir. Bu merkezlerin nerede açılacağı eğitim kurumunun talebi doğrultusunda müdürlüğün ve Halk Sağlığı Kurumunun onayı ile belirlenir. Eğitim kurumundaki asistan sayısı baz alınarak, yine müdürlüğün ve Halk Sağlığı Kurumunun onayı ile aynı eğitim kurumu birden fazla E-ASM'ye sahip olabilir. E-ASM bünyesinde bir eğitici en fazla on birimin (uzmanlık öğrencisinin) sorumluluğunu üstlenebilir. Eğitim kurumunda birden fazla eğiticinin bulunduğu hallerde birimlerin sorumluluğu eğiticiler arasında paylaştırılır (42,43).

E-ASM'lerle birlikte asıl çalışma alanı birinci basamak olacak olan aile hekimleri asistanları da bu alana dair gözlem ve uygulama şansı bulmuşlardır. Eğitici eşliğinde iş başında, yapılandırılmış, değerlendirme ve geri bildirimlerle desteklenmiş klinik eğitimlerin verilebileceği; eğiticinin rol model oluşturabileceği, yansıtma ve olgu tartışmalarının uygulanabileceği, halk eğitimlerinin, yöneticiliğin ve kurumlar arası iş birliğinin tecrübe edilebileceği en uygun eğitim ortamını da özgün bir model olan E-ASM'ler oluşturur (44).

Bu çalışmada, İzmir'deki aile hekimleri kliniklerinde uzmanlık eğitimi alan hekimler ile görüşülerek E-ASM'lerin uzmanlık eğitimine katkıları ile bu alana dair beklentilerinin sorgulanması, saha eğitimine ilişkin memnuniyetin ve geliştirilmesi gereken yönlerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ VE YERİ

Araştırmamız analitik kesitsel tiptedir. Ocak – Mart 2022 tarihleri arasında S.B.Ü. İzmir Tepecik ve Bozyaka Eğitim Araştırma Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Hastanelerinde uygulanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Katip Çelebi Üniversitesi'nde tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan toplam 328 hekimden 302'sine ulaşılabilmiştir.

Dahil etme kriterleri:

- İzmir ilinde tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi öğrencisi olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Anketin eksiksiz ve anlamlı bir şekilde doldurulması

şeklinde belirlenmiş olup bu kriterleri karşılamayanlar çalışma dışında bırakılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamız için Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ndeki temel bilgilerin ve aile hekimliği saha eğitimine ilişkin hekim beklentilerinin sorgulandığı boşluk doldurmalı sorular içeren bir anket hazırlanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunun ilk kısmında ankete katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, görev yapılan hastane ve görev süresi), devamında aile hekimliği çalışma alanları, uzmanlık eğitim müfredatı, E-ASM'ler, buradaki çalışma süreci ve saha eğitimiyle ilgili bilgi, memnuniyet ve beklentilerini öğrenmeye yönelik sorular yer almaktadır (Ek-1).

3.4.ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZLERİ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca (IQR) değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

3.5.ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/12/2021 tarih ve 2021/12 - 27 no'lu karar ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllü olmaları halinde onamları alındıktan ve anket uygulanan kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra; COVID-19 pandemi süreci ve temas konusundaki kısıtlamalar nedeniyle Google Docs formları kullanılarak veriler toplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KANTİTATİF VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya yaşları 24-53 arasında olan 107 erkek ve 195 kadın olmak üzere toplam 302 kişi katılmıştır, toplam asistan sayısının %92'sine ulaşılabilmiştir (Şekil 2). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 34 (%94,4), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 87 (%93,5), Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 90 (%90) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 91 (%94,7) kişilik katılım olmuştur. Ortalama asistanlık süresi 19,38±10,81 aydır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri

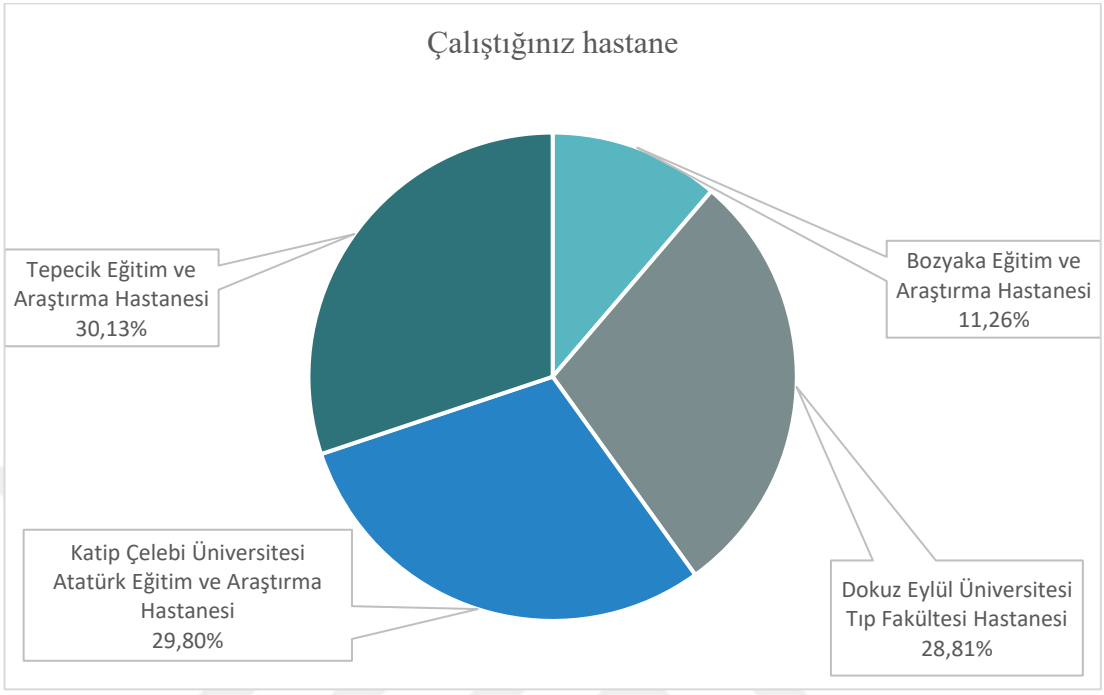
		Ort±s.s./n	Medyan (Min-Max)%
Yaş		**28,11±2,55**	**28 (24-53)**
Cinsiyet	**Erkek**	**107**	**(35,43)**
	Kadın	**195**	**(64,57)**
Çalıştığınız hastane	**Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi**	**34**	**(11,26)**
	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	**87**	**(28,81)**
	Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	**90**	**(29,80)**
	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	**91**	**(30,13)**
Asistanlık Süresi	**1. yıl (12 ay altı)**	**90**	**(29,80)**
	2. yıl (13-24 ay arası)	**114**	**(37,75)**
	3 yıl ve üzeri (25 ay ve üzeri)	**98**	**(32,45)**
Asistanlık Süreniz (ay)		**19,38±10,81**	**20 (2-56)**

4.2. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNE DAİR GÖRÜŞLER

Çalışma için hazırladığımız anketin ilk kısmı; 14 soruluk ve Likert tipinde biçimlendirilmiş olan, aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecine dair görüşleri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Katılanlara kesinlikle katılıyorum: 5, katılıyorum: 4; fikrim yok: 3; katılmıyorum: 2 ve kesinlikle katılmıyorum: 1 olacak şekilde puanlama yapmaları istenmiştir (Ek-1).

Katılımcılar "Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi yeterlidir" fikrine; %40,07 (n=121) oranında katılıyorum, %41,72 (n=126) oranında kesinlikle

katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Uzmanlık eğitim süresinden yüksek oranda (%81,79) memnun olunduğu görülmüştür.



Şekil 2. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre dağılımı

"Zorunlu rotasyonların süresi yeterlidir" düşüncesine katılıyorum diyenlerin oranı %41,72 (n=126) ve kesinlikle katılıyorum diyenlerin oranı %35,1 (n=106) iken, katılmıyorum diyenlerin oranı %11,92 (n=36) ve kesinlikle katılmıyorum diyenlerin oranı ise %2,32 (n=7)'dir. Çoğunluğun zorunlu rotasyonlara ayrılan sürenin yeterli olduğu fikrini taşıdığı saptanmıştır.

"Zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitim süresi yeterlidir" fikrine katılıyorum cevabı %39,07 (n=118), kesinlikle katılıyorum cevabı %34,11 (n=103), katılmıyorum cevabı %12,25 (n=37) ve kesinlikle katılmıyorum cevabı %3,31 (n=10) oranında alınmıştır. Zorunlu rotasyonlara ayrılan sürede olduğu gibi klinik içi/saha eğitimine ayrılan sürenin de yeterli olduğuna dair benzer fikirler olduğu anlaşılmıştır.

"Teorik eğitim faaliyetleri düzenli ve yeterlidir" fikrine katılıyorum diyenler %39,4 (n=119), kesinlikle katılıyorum diyenler %19,87 (n=60) oranındayken fikrim yok diyenler %17,88 (n=54), katılmıyorum diyenler %19,87 (n=60), kesinlikle katılmıyorum diyenler %2,98 (n=9) oranındadır. Bu fikre kesinlikle katılma oranının eğitim süresi hakkındaki görüşler kadar yüksek olmadığı görülmüştür.

“Bölümümdeki eğiticiler bana bilgi verir ve yardımcı olur” düşüncesine katılanlar %45,03 (n=136), kesinlikle katılanlar %14,57 (n=44) oranında görülmüştür. Katılmıyorum diyenler %13,25 (n=40) ve kesinlikle katılmıyorum diyenler %2,65 (n=8)’tir. Fikrim yok diyenler katılımcıların %24,5 (n=74)’idir.

“Bölümümdeki diğer araştırma görevlileri (asistan hekimler) bana bilgi verir ve yardımcı olur” fikrini katılıyorum şeklinde cevaplayanlar katılımcıların %52,98’ini (n=160), kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplayanlar katılımcıların %22,19’sini (n=67), katılmıyorum (n=26) ve kesinlikle katılmıyorum (n=3) şeklinde cevaplayanlar katılımcıların %9,6’sını (n=29) oluşturmaktadır.

“Bölümümdeki iletişim ve sosyal ortamdan memnunum” fikrine %44,37 (n=134) oranında katılıyorum ve %22,85 (n=69) oranında kesinlikle katılıyorum yanıtı alınmıştır. %24,17 (n=73) oranında fikrim yok yanıtı alınırken, katılımcıların %8,6 (n=26)’sının ise bölümlerindeki iletişim ve sosyal ortamdan memnun olmadığı saptanmıştır, bu oran katılmıyorum ve hiç katılmıyorum diyenlerin toplamıdır.

“Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) programı uzmanlık eğitimim için gereklidir” görüşüne %35,43 (n=107) oranında katılıyorum, %45,36 (n=137) oranında kesinlikle katılıyorum yanıtı alınmıştır ve yüksek bir oranda olumlu yanıt alındığı görülmektedir. Likert tipi hazırlanan sorular içinde katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtının toplam oranının en düşük olduğu görüş de %3,31 (n=10) ile bu görüş olmuştur.

“E-ASM ile hastane Aile Hekimliği poliklinikleri arasında eğitim açısından fark yoktur” fikrine %9,27 (n= 28) oranında katılıyorum, %3,97 (n=12) oranında kesinlikle katılıyorum yanıtı alınmıştır. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtları için ayrı ayrı ve toplam görülen en düşük oran bu olmuştur. %35,76 (n=108) oranında katılmıyorum, %28,48 (n=86) oranında kesinlikle katılmıyorum yanıtı alınmıştır. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtının da ayrı ayrı ve toplam en yüksek oranda yanıtlandığı görüş de budur.

Katılımcılardan “E-ASM’lerde eğitici sürekli bulunmalıdır” düşüncesine %39 (n=118) oranında katılıyorum, %29,14 (n=88) oranında kesinlikle katılıyorum karşılığı alınırken; katılmıyorum (n=19) ve kesinlikle katılmıyorum (n=10) yanıtı toplam %9,6 (n=29) oranındadır. Katılımcılar %22,1 (n=67) oranında fikrim yok demiştir.

E-ASM uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin oranı %32,1 (n=97) olarak görülmüştür, bu oran katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum diyenlerin toplamıdır. Yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünenlerin oranı %39,4 (n=119) olarak görülmüştür, bu oran katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum diyenlerin toplamıdır. Fikrim yok diyenlerin oranı %28,4 (n=86) olarak görülmüştür.

"Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim" düşüncesine katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı toplam %42,3 (n=128) oranında verilmiştir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtının toplam oranı %26,8 (n=81)'dir. Fikrim yok yanıtı %30,7 (n=93) oranıyla en çok bu görüş için verilmiştir.

"Tıpta Uzmanlık Sınavı sonrası tekrar seçim yapma şansım olsa yine aile hekimliği branşını tercih ederim" görüşüne katılıyorum diyenlerin oranı %37,7 (n=114), kesinlikle katılıyorum diyenlerin oranı %24,1 (n=73) şeklindedir. Katılmıyorum diyenlerin oranı %9,9 (n=30) ve kesinlikle katılmıyorum diyenlerin oranı %4,9 (n=15) iken, fikrim yok yanıtının oranı %23,1 (n=70) olarak bulunmuştur.

"Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim" görüşü %34,1 (n=103) oranında katılıyorum, %31,4 (n=95) oranında kesinlikle katılıyorum yanıtı almıştır. Fikrim yok diyenlerin oranı %25,5 (n=77) iken, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum diyenler katılımcıların %8,9 (n=27)'sini oluşturmaktadır.

Anketin ilk kısmında katılımcıların fikrim yok yanıtını %7,95 (n=24) ile en az oranda verdikleri, başka bir deyişle en net fikirde oldukları konu, aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi olmuştur. Yine katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtının toplam oranının %81,7 (n=247) ile en yüksek olduğu görüş de budur. Fikrim yok yanıtının %30,79 (n=93) ile en yüksek oranda alındığı görüş ise "Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim" olmuştur.

%45,3 (n=137) oranıyla en çok kesinlikle katılıyorum cevabının verildiği görüş, E-ASM programının uzmanlık eğitimi için gerekli olduğu hususundadır. Bu yanıtla uyumlu olarak, kesinlikle katılmıyorum yanıtı %28,48 (n=86) oranıyla en çok "E-ASM ile hastane Aile Hekimliği poliklinikleri arasında eğitim açısından fark yoktur" görüşüne verilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine dair genel görüşler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Dair Genel Görüşler

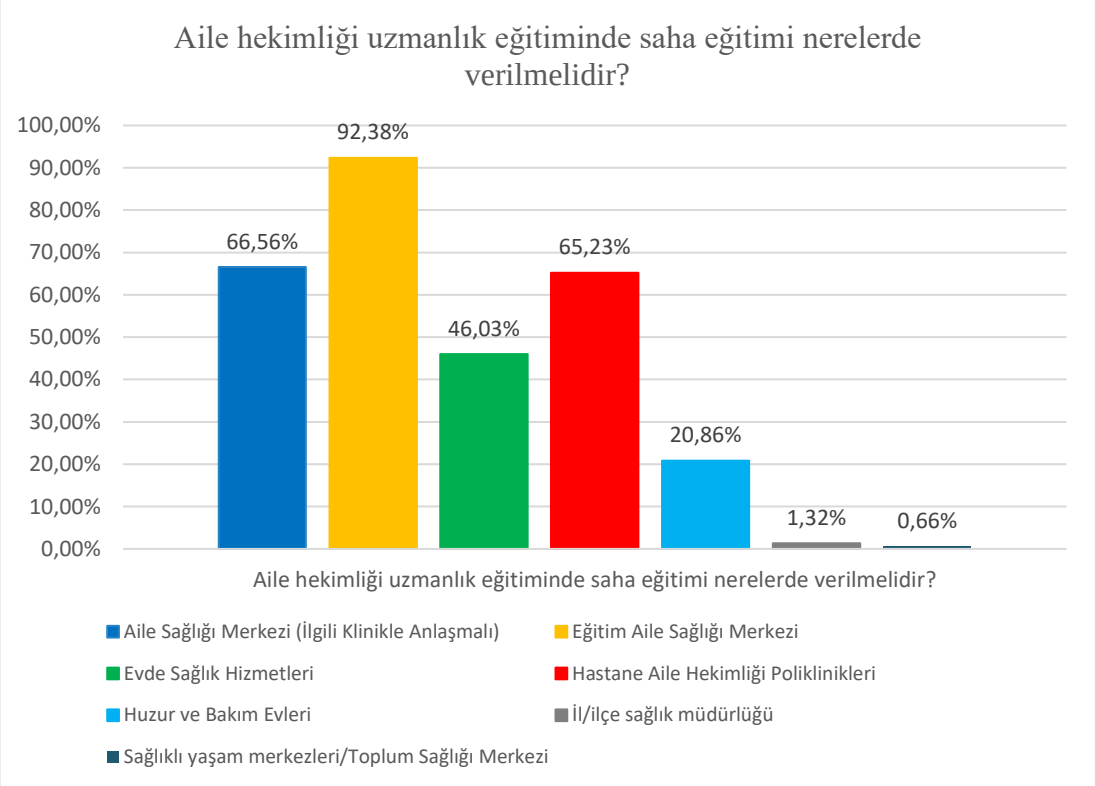
	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi yeterlidir	**7**	**(2,32)**	**24**	**(7,95)**	**24**	**(7,95)**	**121**	**(40,07)**	**126**	**(41,72)**
Zorunlu rotasyonların süresi yeterlidir	**7**	**(2,32)**	**36**	**(11,92)**	**27**	**(8,94)**	**126**	**(41,72)**	**106**	**(35,10)**
Zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitim süresi yeterlidir	**10**	**(3,31)**	**37**	**(12,25)**	**34**	**(11,26)**	**118**	**(39,07)**	**103**	**(34,11)**
Teorik eğitim faaliyetleri düzenli ve yeterlidir	**9**	**(2,98)**	**60**	**(19,87)**	**54**	**(17,88)**	**119**	**(39,40)**	**60**	**(19,87)**
Bölümümdeki eğiticiler bana bilgi verir ve yardımcı olur	**8**	**(2,65)**	**40**	**(13,25)**	**74**	**(24,50)**	**136**	**(45,03)**	**44**	**(14,57)**
Bölümümdeki diğer araştırma görevlileri (asistan hekimler) bana bilgi verir ve yardımcı olur	**3**	**(,99)**	**26**	**(8,61)**	**46**	**(15,23)**	**160**	**(52,98)**	**67**	**(22,19)**
Bölümümdeki iletişim ve sosyal ortamdan memnunum	**6**	**(1,99)**	**20**	**(6,62)**	**73**	**(24,17)**	**134**	**(44,37)**	**69**	**(22,85)**

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) programı uzmanlık eğitimim için gereklidir	**4**	**(1,32)**	**6**	**(1,99)**	**48**	**(15,89)**	**107**	**(35,43)**	**137**	**(45,36)**
E-ASM ile hastane Aile Hekimliği poliklinikleri arasında eğitim açısından fark yoktur	**86**	**(28,48)**	**108**	**(35,76)**	**68**	**(22,52)**	**28**	**(9,27)**	**12**	**(3,97)**
E-ASM'lerde eğitici sürekli bulunmalıdır	**10**	**(3,31)**	**19**	**(6,29)**	**67**	**(22,19)**	**118**	**(39,07)**	**88**	**(29,14)**
E-ASM uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim	**28**	**(9,27)**	**91**	**(30,13)**	**86**	**(28,48)**	**75**	**(24,83)**	**22**	**(7,28)**
Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim	**13**	**(4,30)**	**68**	**(22,52)**	**93**	**(30,79)**	**106**	**(35,10)**	**22**	**(7,28)**
TUS sonrası tekrar seçim yapma şansım olsa yine aile hekimliği branşını tercih ederim	**15**	**(4,97)**	**30**	**(9,93)**	**70**	**(23,18)**	**114**	**(37,75)**	**73**	**(24,17)**
Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim	**8**	**(2,65)**	**19**	**(6,29)**	**77**	**(25,50)**	**103**	**(34,11)**	**95**	**(31,46)**

4.3. E-ASM VE SAHA EĞİTİMİNE DAİR GÖRÜŞLER

Anketin ikinci bölümünde saha eğitimi ve E-ASM'lere dair görüş ve beklentiler sorgulanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi nerelerde verilmelidir sorusuna, aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında önerilen yerler ve diğer seçeneği eklenmiştir. %92,3 (n=279) oranıyla en yüksek yanıt E-ASM olmuştur. Bunu %66,5 (n=201) ile ilgili kurum ile anlaşmalı ASM, %65,2 (n=197) ile Hastane Aile Hekimliği Poliklinikleri, %46 (n=139) ile Evde Sağlık Hizmetleri, %20,86 (n=63) ile Huzur ve Bakım Evleri izlemiştir. 4 kişiden İl/ilçe Sağlık Müdürlüğü, 2 kişiden Sağlıklı Hayat Merkezleri/Toplum Sağlığı Merkezleri önerisi alınmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Saha eğitiminin verilmesi gerektiği düşünülen yerlerin dağılımı

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı inceleyenler katılımcıların %33,1 (n=100)'inden oluşurken, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme

ve Sözleşme Yönetmeliği'ni inceleyenlerin oranı %12,2 (n=37) olarak görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ve Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı'nın incelenme durumları

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni incelediniz mi?	**265**	**(87,75)**	**37**	**(12,25)**
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı incelediniz mi?	**202**	**(66,89)**	**100**	**(33,11)**

Bu araştırmanın yapıldığı esnada İzmir ilinde eğitim vermekte olan aile hekimliği kliniklerinde; Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı 2 E-ASM – 4 birim, Katip Çelebi Üniversitesi'ne bağlı 3 E-ASM – 8 birim, Dokuz Eylül Üniversitesi'ne bağlı 5 E-ASM – 8 birim yer almaktayken Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı bir E-ASM bulunmamaktadır.

Eğitim gördüğü klinikte E-ASM olan 268 katılımcıdan %31,3 (n=84)'ü bu programa 1-3 ay, %32 (n=86)'si 4-6 ay, %4,4 (n=12)'ü 7-9 ay, %11,5 (n=31)'i 10-12 ay ve %20,5 (n=55)'i 12 aydan fazla süre ayrıldığı yönünde yanıt vermiştir (Tablo 6). Aynı kliniğe ait katılımcılardan farklı yanıtlar alınması, E-ASM için ayrılan minimum sürenin belirlenip maksimum sürenin belirlenmediğini işaret etmektedir.

Eğitim gördüğü klinikte E-ASM mevcut olan katılımcılardan bu program için ayrılan süreyi yeterli görenlerin oranı %82,4 (n=221) olarak bulunmuştur. Ayrılan süreyi yetersiz bulan 47 kişinin %57,4 (n=27)'ü 1-3 ay, %29,7 (n=14)'ü 4-6 ay yanıtını verenlerdir (Tablo 7). Kliniğindeki E-ASM birim sayısının, asistan sayısına oranla yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %47 (n=126) olarak görülmüştür.

Katılımcılardan E-ASM'de çalışmış olanlar %41,7 (n=126) oranındadır. Sadece çalışanlar tarafından yanıtlanması istenen ve yaşanan sorunların sorgulandığı bölümde; katılımcılar %77,7 (n=98) oranında başlangıç ve bitişteki kurumsal prosedürler, %50 (n=63) oranında destek personel sayısı, %52,3 (n=66) oranında malzeme temini, %47,6 (n=60) oranında maddi sorunlar yaşadığı yönünde görüş

bilirmiştir. Verilen seçeneklere ek olarak 2 kişi güvenlik, 3 kişi eğitim eksikliği ve 1 kişi de lokasyon konusunda sorunlar yaşadığını belirtmiştir (Şekil 4).

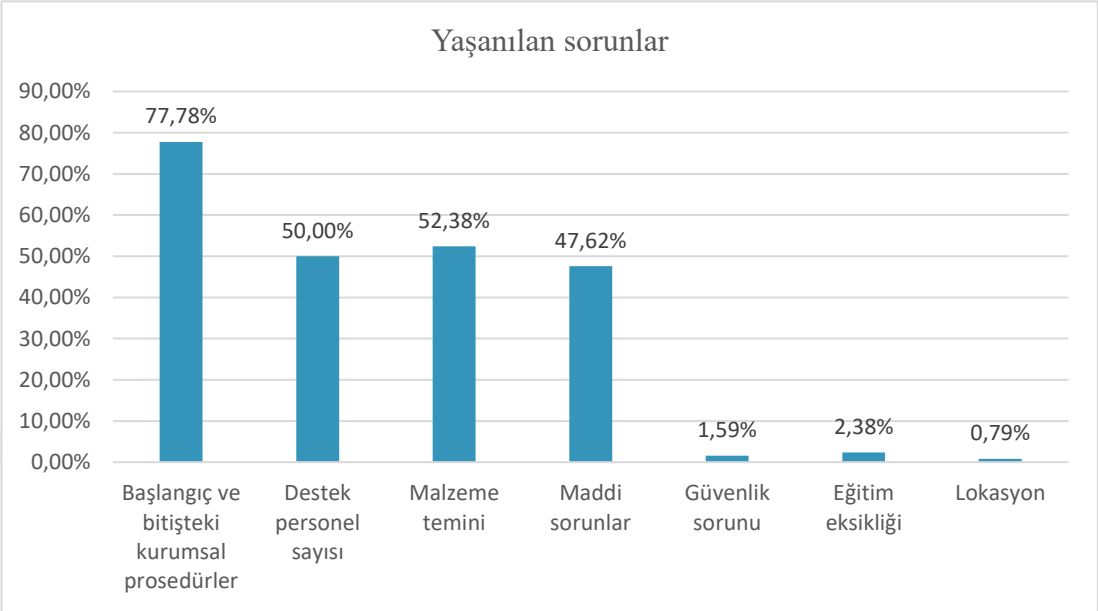
Tablo 6. E-ASM programının varlığı, ayrılan süre ve birim sayısı yeterliliği

		n	%
Eğitim gördüğünüz klinikte Eğitim Aile Sağlığı Merkezi var mıdır?	**Hayır**	**34**	**(11,26)**
	Evet	**268**	**(88,74)**
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre	**1-3 ay**	**84**	**(31,34)**
	4-6 ay	**86**	**(32,09)**
	7-9 ay	**12**	**(4,48)**
	10-12 ay	**31**	**(11,57)**
	12 aydan fazla	**55**	**(20,52)**
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre sizce yeterli midir?	**Hayır**	**47**	**(17,54)**
	Evet	**221**	**(82,46)**
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise, sizce kliniğinizdeki E-ASM birim sayısı, asistan sayısına oranla yeterli midir?	**Hayır**	**142**	**(52,99)**
	Evet	**126**	**(47,01)**

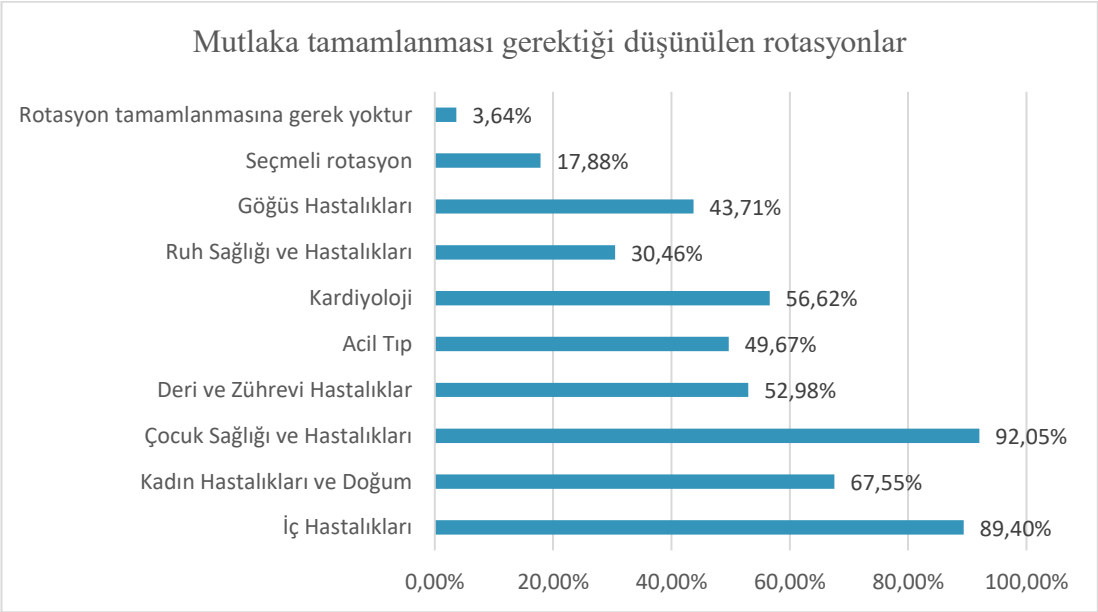
Tablo 7. E-ASM programına ayrılan süreyi yetersiz görenlerin süre dağılımı

Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre	**Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre sizce yeterli midir?**	
	Hayır	
	n	**%**
1-3 ay	**27**	**(57,45)**
4-6 ay	**14**	**(29,79)**
7-9 ay	**2**	**(4,26)**
10-12 ay	**2**	**(4,26)**
12 aydan fazla	**2**	**(4,26)**

Aile hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, uzmanlık öğrencisinin E-ASM'de çalışmasını daha kolay kılacak olan klinik bilgiler ile donanmasını sağlamak amacıyla ilk 12 ayda öncelikle dahiliye (iç hastalıkları) ve pediatri (çocuk sağlığı ve hastalıkları) rotasyonlarının tamamlanacağı şekilde planlama yapılmasını önerir (2). Bundan yola çıkarak E-ASM'de çalışmadan önce mutlaka tamamlanması gerektiği düşünülen zorunlu rotasyonları sorguladığımız soruya verilen yanıtların dağılımı Şekil 5'te görülmektedir.



Şekil 4. E-ASM'de Yaşanılan Sorunlar



Şekil 5. E-ASM'de Çalışmadan Önce Mutlaka Tamamlanması Gerektiği Düşünülen Rotasyonlar

Katılımcılar %92 (n=278) ile en yüksek oranda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve %89,4 (n=270) ile İç Hastalıkları yanıtını vermişlerdir. %67,5 (n=204) oranında Kadın Hastalıkları ve Doğum, %56,6 (n=171) oranında Kardiyoloji, %52,9 (n=160) oranında Deri ve Zührevi Hastalıklar, %49,6 (n=150) oranında Acil Tıp, %43,7 (n=132) oranında Göğüs Hastalıkları, %30,4 (n=92) oranında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve %17,8 (n=54) oranında Seçmeli Rotasyon (Nöroloji/FTR/Genel Cerrahi dallarından biri) yanıtını vermişlerdir. Rotasyon tamamlanmasına gerek olmadığını düşünen 11 kişi (%3,6) vardır.

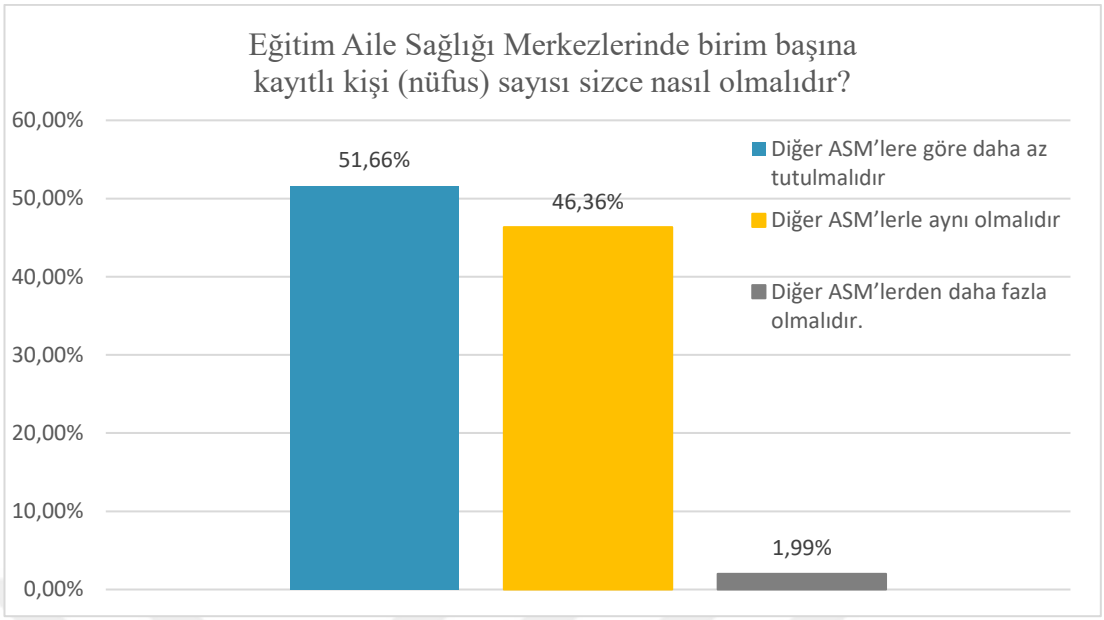
Katılımcılarımızdan E-ASM programının uzmanlık eğitiminin ilk yılında yer alması gerektiğini düşünenlerin oranı %2,3 (n=7), ikinci yılında yer alması gerektiğini düşünenlerin oranı %28,1 (n=85) ve üçüncü yılında yer alması gerektiğini düşünenlerin oranı %66,8 (n= 202) olarak görülmüştür. Bu programa her yıl yer ayrılması gerektiğini düşünen 8 kişi (%2,6) vardır (Tablo 8).

Tablo 8. E-ASM Programının Uzmanlık Eğitiminin Hangi Yılında Yer Alması Gerektiğine Dair Görüşler

		n	%
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi programı uzmanlık eğitiminin hangi bölümünde yer almalıdır?	**1. yıl**	**7**	**(2,32)**
	2. yıl	**85**	**(28,15)**
	3. yıl	**202**	**(66,89)**
	Her yıl	**8**	**(2,65)**

E-ASM'lerde görevli eğiticilerin bu süreçteki rolüyle ilgili beklentiler sorgulandığında; %84,7 (n=204) oranında gerektiğinde danışılarak verilen eğitim, %67,5 (n=204) oranında hasta başı uygulamalı eğitim, %59,9 (n=181) oranında düzenli eğitim toplantıları ve %19,8 (n=60) oranında teletıp uygulamaları yanıtı elde edilmiştir.

E-ASM'lerde birim başına kayıtlı kişi (nüfus) sayısının diğer ASM'lere göre daha az tutulması gerektiğini düşünenlerin oranı %51,6 (n=156), diğer ASM'lerle aynı olması gerektiğini düşünenlerin oranı %46,3 (n=140) iken diğer ASM'lere göre daha fazla olması gerektiği kanısında olanların oranı %1,9 (n=6)'dur (Şekil 6).



Şekil 6. E-ASM'lerde Birim Başına Kayıtlı Kişi (Nüfus) Hakkındaki Görüşler

Hasta takibinde ihtiyaç duyulabilecek danışmanlık hizmetlerinin (beslenme, ruh sağlığı, fiziksel aktivite gibi) E-ASM'lerdeki rolü sorgulandığında; bu hizmetlerin E-ASM dahilinde verilmesi %49,6 (n=150) oranında, bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların Sağlıklı Hayat Merkezlerine yönlendirilmesi %56,2 (n=170) oranında, bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların hastanelere yönlendirilmesi %26,8 (n=81) oranında kabul görürken, 1 kişi "Fikrim yok/kararsızım" şeklinde görüş bildirmiştir.

4.4. E-ASM'DE ÇALIŞMA DURUMUNUN GÖRÜŞ VE BEKLENTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

E-ASM'de çalışmış olanların yaşları çalışmayanlara göre daha yüksektir, aynı zamanda asistanlık süresi 3 yıl ve üzeri olanların oranı da çalışan katılımcılarda daha fazladır. Bu da kliniklerin Uzmanlık Eğitim Müfredatı önerilerine uyduğunu işaret etmektedir. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde E-ASM bulunmadığından E-ASM'de çalışan katılımcı yokken, en yüksek oran Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne aittir (Tablo 9).

Tablo 9. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Demografik Özelliklerin İlişkisi

		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p[1]
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Yaş		**27,66±2,68**	**27 (26-29)**	**28,74±2,21**	**29 (27-30)**	<0,001[2]
Cinsiyet	**Erkek**	**59**	**(55,14)**	**48**	**(44,86)**	**0,413**
	Kadın	**117**	**(60,00)**	**78**	**(40,00)**	
Çalıştığınız hastane	**Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi**	**34**	**(100,00)**	**0**	**(,00)**	<0,001
	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	**26**	**(29,89)**	**61**	**(70,11)**	
	Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	**62**	**(68,89)**	**28**	**(31,11)**	
	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	**54**	**(59,34)**	**37**	**(40,66)**	
Asistanlık Süresi	**1. yıl**	**78**	**(44,32)**	**12**	**(9,52)**	<0,001
	2. yıl	**79**	**(44,89)**	**35**	**(27,78)**	
	3 yıl ve üzeri	**19**	**(10,80)**	**79**	**(62,70)**	
Asistanlık Süreniz (ay)		**14,51±8,54**	**14 (8-20)**	**26,20±9,95**	**26 (20-32)**	<0,001[2]

[1]Ki-Kare Testi [2]Mann Whitney U Testi (ort±s.s. Medyan (IQR) şeklinde verildi)

E-ASM'de çalışanlarda Aile Hekimliği uzmanlık eğitim süresinin, zorunlu rotasyonların süresinin ve zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitim süresinin yeterli olduğuna katılanların oranı daha düşükken kesinlikle katılanların oranı daha yüksektir.

E-ASM'de çalışan hekimlerin, E-ASM programının uzmanlık eğitimi için gerekli olduğuna katılanların oranı çalışmayanlara göre daha düşükken kesinlikle katılanların oranı daha yüksektir.

E-ASM'de çalışmış olan katılımcılarda hem E-ASM uygulaması hem de mevcut Aile Hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu görüşüne katılanların ve kesinlikle katılanların oranı daha yüksek bulunmuştur.

"Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim" fikrine, E-ASM'de çalışmış olanlardan katılanların oranı daha düşük iken kesinlikle katılanların oranı daha yüksektir.

E-ASM'de çalışma durumuyla Likert tipi sorular arasındaki ilişki Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Likert Tipi Sorular Arasındaki İlişki

		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi yeterlidir	Kesinlikle Katılmıyorum	4	(2,27)	3	(2,38)	**0,008**
	Katılmıyorum	12	(6,82)	12	(9,52)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	15	(8,52)	9	(7,14)	
	Katılıyorum	85	(48,30)	36	(28,57)	
	Kesinlikle Katılıyorum	60	(34,09)	66	(52,38)	
Zorunlu rotasyonların süresi yeterlidir	Kesinlikle Katılmıyorum	4	(2,27)	3	(2,38)	**0,003**
	Katılmıyorum	18	(10,23)	18	(14,29)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	19	(10,80)	8	(6,35)	
	Katılıyorum	87	(49,43)	39	(30,95)	
	Kesinlikle Katılıyorum	48	(27,27)	58	(46,03)	
Zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitim süresi yeterlidir	Kesinlikle Katılmıyorum	5	(2,84)	5	(3,97)	**0,010**
	Katılmıyorum	20	(11,36)	17	(13,49)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	26	(14,77)	8	(6,35)	
	Katılıyorum	77	(43,75)	41	(32,54)	
	Kesinlikle Katılıyorum	48	(27,27)	55	(43,65)	
Teorik eğitim faaliyetleri düzenli ve yeterlidir	Kesinlikle Katılmıyorum	5	(2,84)	4	(3,17)	0,567
	Katılmıyorum	39	(22,16)	21	(16,67)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	31	(17,61)	23	(18,25)	
	Katılıyorum	71	(40,34)	48	(38,10)	
	Kesinlikle Katılıyorum	30	(17,05)	30	(23,81)	
Bölümümdeki eğiticiler bana bilgi verir ve yardımcı olur	Kesinlikle Katılmıyorum	5	(2,84)	3	(2,38)	0,398
	Katılmıyorum	23	(13,07)	17	(13,49)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	36	(20,45)	38	(30,16)	
	Katılıyorum	85	(48,30)	51	(40,48)	
	Kesinlikle Katılıyorum	27	(15,34)	17	(13,49)	
Bölümümdeki diğer araştırma görevlileri (asistan hekimler) bana bilgi verir ve yardımcı olur	Kesinlikle Katılmıyorum	2	(1,14)	1	(,79)	0,735
	Katılmıyorum	13	(7,39)	13	(10,32)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	30	(17,05)	16	(12,70)	
	Katılıyorum	94	(53,41)	66	(52,38)	
	Kesinlikle Katılıyorum	37	(21,02)	30	(23,81)	
Bölümümdeki iletişim ve sosyal ortamdan memnunum	Kesinlikle Katılmıyorum	2	(1,14)	4	(3,17)	0,442
	Katılmıyorum	11	(6,25)	9	(7,14)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	40	(22,73)	33	(26,19)	
	Katılıyorum	85	(48,30)	49	(38,89)	
	Kesinlikle Katılıyorum	38	(21,59)	31	(24,60)	
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) programı uzmanlık eğitimim için gereklidir	Kesinlikle Katılmıyorum	2	(1,14)	2	(1,59)	**0,003**
	Katılmıyorum	4	(2,27)	2	(1,59)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	38	(21,59)	10	(7,94)	

	Katılıyorum	67	(38,07)	40	(31,75)	
	Kesinlikle Katılıyorum	65	(36,93)	72	(57,14)	
E-ASM ile hastane Aile Hekimliği poliklinikleri arasında eğitim açısından fark yoktur	Kesinlikle Katılmıyorum	40	(22,73)	46	(36,51)	**0,001**
	Katılmıyorum	59	(33,52)	49	(38,89)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	54	(30,68)	14	(11,11)	
	Katılıyorum	17	(9,66)	11	(8,73)	
	Kesinlikle Katılıyorum	6	(3,41)	6	(4,76)	
E-ASM'lerde eğitici sürekli bulunmalıdır	Kesinlikle Katılmıyorum	7	(3,98)	3	(2,38)	0,065
	Katılmıyorum	7	(3,98)	12	(9,52)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	47	(26,70)	20	(15,87)	
	Katılıyorum	64	(36,36)	54	(42,86)	
	Kesinlikle Katılıyorum	51	(28,98)	37	(29,37)	
E-ASM uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim	Kesinlikle Katılmıyorum	26	(14,77)	2	(1,59)	**<0,001**
	Katılmıyorum	69	(39,20)	22	(17,46)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	62	(35,23)	24	(19,05)	
	Katılıyorum	17	(9,66)	58	(46,03)	
	Kesinlikle Katılıyorum	2	(1,14)	20	(15,87)	
Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim	Kesinlikle Katılmıyorum	11	(6,25)	2	(1,59)	**<0,001**
	Katılmıyorum	44	(25,00)	24	(19,05)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	65	(36,93)	28	(22,22)	
	Katılıyorum	51	(28,98)	55	(43,65)	
	Kesinlikle Katılıyorum	5	(2,84)	17	(13,49)	
Tıpta Uzmanlık Sınavı sonrası tekrar seçim yapma şansım olsa yine aile hekimliği branşını tercih ederim	Kesinlikle Katılmıyorum	7	(3,98)	8	(6,35)	0,133
	Katılmıyorum	19	(10,80)	11	(8,73)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	45	(25,57)	25	(19,84)	
	Katılıyorum	71	(40,34)	43	(34,13)	
	Kesinlikle Katılıyorum	34	(19,32)	39	(30,95)	
Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim	Kesinlikle Katılmıyorum	4	(2,27)	4	(3,17)	**0,001**
	Katılmıyorum	8	(4,55)	11	(8,73)	
	Fikrim Yok/ Kararsızım	59	(33,52)	18	(14,29)	
	Katılıyorum	61	(34,66)	42	(33,33)	
	Kesinlikle Katılıyorum	44	(25,00)	51	(40,48)	

Ki-kare testi

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminin nerelerde verilmesi gerektiği konusunda, E-ASM'de çalışmış olan katılımcılarda kurum ile anlaşmalı ASM yanıtını verenlerin oranı daha düşüktür (Tablo 11).

Tablo 11. E-ASM'de Çalışma Durumuyla Saha Eğitiminin Verilmesi Gerektiği Düşünülen Yerler Arasındaki İlişki

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi nerelerde verilmelidir?		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	Hayır	47	(26,70)	54	(42,86)	**0,003**
	Evet	129	(73,30)	72	(57,14)	
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM)	Hayır	14	(7,95)	9	(7,14)	0,793
	Evet	162	(92,05)	117	(92,86)	
Evde Sağlık Hizmetleri	Hayır	99	(56,25)	64	(50,79)	0,348
	Evet	77	(43,75)	62	(49,21)	
Hastane Aile Hekimliği Poliklinikleri	Hayır	57	(32,39)	48	(38,10)	0,304
	Evet	119	(67,61)	78	(61,90)	
Huzur ve Bakım Evleri	Hayır	138	(78,41)	101	(80,16)	0,712
	Evet	38	(21,59)	25	(19,84)	
İl/ilçe sağlık müdürlüğü	Hayır	174	(98,86)	124	(98,41)	0,735
	Evet	2	(1,14)	2	(1,59)	
Sağlıklı yaşam merkezleri/ Toplum Sağlığı Merkezi	Hayır	175	(99,43)	125	(99,21)	0,812
	Evet	1	(,57)	1	(,79)	

Ki-kare testi

E-ASM'de çalışmış olan katılımcılarda, E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı inceleyenlerin oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. Müfredat ve E-ASM Yönetmeliği'ni İnceleme Durumuyla E-ASM'de Çalışma Arasındaki İlişki

		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni incelediniz mi?	Hayır	168	(95,45)	97	(76,98)	**<0,001**
	Evet	8	(4,55)	29	(23,02)	
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı incelediniz mi?	Hayır	134	(76,14)	68	(53,97)	**<0,001**
	Evet	42	(23,86)	58	(46,03)	

Ki-kare testi

E-ASM'de çalışan katılımcılar içinde bu program için 10-12 ay ve 12 aydan fazla süre ayrıldığını belirtenlerin oranı daha fazladır. Bu program için ayrılan süreyi yeterli görenlerin oranı ve klinikteki E-ASM birim sayısının asistan sayısına oranla yeterli olduğunu düşünenlerin oranı da E-ASM'de çalışmış olan katılımcılarda daha yüksek saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. E-ASM'ye Ayrılan Süre ve Birim Yeterliliğinin E-ASM'de çalışma durumuyla İlişkisi

		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Eğitim gördüğünüz klinikte Eğitim Aile Sağlığı Merkezi var mıdır?	Hayır	34	(19,32)	0	(,00)	**<0,001**
	Evet	142	(80,68)	126	(100,00)	
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre	1-3 ay	51	(35,92)	33	(26,19)	**<0,001**
	4-6 ay	58	(40,85)	28	(22,22)	
	7-9 ay	8	(5,63)	4	(3,17)	
	10-12 ay	14	(9,86)	17	(13,49)	
	12 aydan fazla	11	(7,75)	44	(34,92)	
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise bu program için ayrılan süre sizce yeterli midir?	Hayır	33	(23,24)	14	(11,11)	**0,009**
	Evet	109	(76,76)	112	(88,89)	
Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise, sizce kliniğinizdeki E-ASM birim sayısı, asistan sayısına oranla yeterli midir?	Hayır	87	(61,27)	55	(43,65)	**0,004**
	Evet	55	(38,73)	71	(56,35)	

Ki-Kare Testi

E-ASM'de çalışmış olanlarda, E-ASM'de çalışmadan önce Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunun mutlaka tamamlanması gerektiğini düşünenlerin oranı çalışmayanlara göre daha fazla görülürken, Kardiyoloji ve Göğüs Hastalıkları rotasyonlarının mutlaka tamamlanması gerektiğini düşünenlerin oranı daha düşük görülmüştür. Rotasyon tamamlanmasına gerek yoktur diyen katılımcıların oranı da E-ASM'de çalışmış olanlarda daha düşük saptanmıştır (Tablo 14).

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli eğiticinin bu süreçteki rolünün ne olması gerektiği hakkındaki görüşler ile E-ASM'de çalışmış olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 15).

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde birim başına kayıtlı kişi (nüfus) sayısının nasıl olması gerektiği görüşü ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmış olmak arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 16).

Tablo 7. E-ASM'de Çalışmadan Önce Mutlaka Tamamlanması Gerektiği Düşünülen Rotasyonlar ve E-ASM'de Çalışma Durumunun İlişkisi

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışmadan önce, zorunlu rotasyonlardan mutlaka tamamlanması gerektiğini düşündüklerinizi işaretleyiniz.		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
İç Hastalıkları	Hayır	23	(13,07)	9	(7,14)	0,099
	Evet	153	(86,93)	117	(92,86)	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	Hayır	57	(32,39)	41	(32,54)	0,978
	Evet	119	(67,61)	85	(67,46)	
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Hayır	20	(11,36)	4	(3,17)	0,009
	Evet	156	(88,64)	122	(96,83)	
Deri ve Zührevi Hastalıklar	Hayır	84	(47,73)	58	(46,03)	0,771
	Evet	92	(52,27)	68	(53,97)	
Acil Tıp	Hayır	88	(50,00)	64	(50,79)	0,892
	Evet	88	(50,00)	62	(49,21)	
Kardiyoloji	Hayır	66	(37,50)	65	(51,59)	0,015
	Evet	110	(62,50)	61	(48,41)	
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Hayır	119	(67,61)	91	(72,22)	0,391
	Evet	57	(32,39)	35	(27,78)	
Göğüs Hastalıkları	Hayır	85	(48,30)	85	(67,46)	0,001
	Evet	91	(51,70)	41	(32,54)	
Seçmeli rotasyon (Nöroloji / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Genel Cerrahi dallarından biri)	Hayır	140	(79,55)	108	(85,71)	0,168
	Evet	36	(20,45)	18	(14,29)	
Rotasyon tamamlanmasına gerek yoktur	Hayır	166	(94,32)	125	(99,21)	0,025
	Evet	10	(5,68)	1	(,79)	

Ki-Kare Testi

Tablo 15. E-ASM'de Görevli Eğiticinin Bu Süreçteki Rolünün Ne Olması Gerektiği ile E-ASM'de Çalışmış Olma Durumu Arasındaki İlişki

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli eğiticinin bu süreçteki rolü ne olmalıdır?		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Düzenli eğitim toplantıları	Hayır	76	(43,18)	45	(35,71)	0,192
	Evet	100	(56,82)	81	(64,29)	
Hasta başı uygulamalı eğitim	Hayır	55	(31,25)	43	(34,13)	0,598
	Evet	121	(68,75)	83	(65,87)	
Gerektiğinde danışılarak verilen eğitim	Hayır	29	(16,48)	17	(13,49)	0,477
	Evet	147	(83,52)	109	(86,51)	
Teletıp uygulamaları	Hayır	142	(80,68)	100	(79,37)	0,777
	Evet	34	(19,32)	26	(20,63)	

Tablo 16. E-ASM'de Birim Başına Kayıtlı Kişi (nüfus) Sayısı ile E-ASM'de Çalışma Arasındaki İlişki

		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde birim başına kayıtlı kişi (nüfus) sayısı sizce nasıl olmalıdır?	Diğer ASM'lere göre daha az tutulmalıdır	85	(48,30)	71	(56,35)	0,062
	Diğer ASM'lerle aynı olmalıdır	85	(48,30)	55	(43,65)	
	Diğer ASM'lerden daha fazla olmalıdır.	6	(3,41)	0	(,00)	

Ki-Kare Testi

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma ile hasta takibinde ihtiyaç duyulabilecek danışmanlık hizmetlerinin (beslenme, ruh sağlığı, fiziksel aktivite gibi) E-ASM'lerdeki rolü üzerindeki görüşler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. E-ASM'de Çalışma ile Hasta Takibinde İhtiyaç Duyulabilecek Danışmanlık Hizmetleri Hakkındaki Görüşler Arasındaki İlişki

Hasta takibinde ihtiyaç duyulabilecek danışmanlık hizmetlerinin (beslenme, ruh sağlığı, fiziksel aktivite gibi) Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerindeki rolü ne olmalıdır?		Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalıştınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Bu gibi hizmetler Eğitim Aile Sağlığı Merkezi dahilinde verilmelidir	Hayır	89	(50,57)	63	(50,00)	0,922
	Evet	87	(49,43)	63	(50,00)	
Bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastalar Sağlıklı Hayat Merkezlerine (SHM) yönlendirilmelidir	Hayır	84	(47,73)	48	(38,10)	0,096
	Evet	92	(52,27)	78	(61,90)	
Bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastalar hastanelere yönlendirilmelidir	Hayır	127	(72,16)	94	(74,60)	0,636
	Evet	49	(27,84)	32	(25,40)	
Fikrim yok Kararsızım	Hayır	175	(99,43)	126	(100,00)	0,397
	Evet	1	(,57)	0	(,00)	

Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza İzmir'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren dört klinikten (Bozyaka EAH, Dokuz Eylül Üniversitesi, Katip Çelebi Üniversitesi, Tepecik EAH) 302 tam zamanlı aile hekimliği asistanı katılım göstermiştir. Yaşları 24 – 53 arasında değişmektedir ve ortalama 28,11 ± 2,9 olarak görülmüştür. Bu yaş ortalaması 2017 yılında Türkiye geneli aile hekimliği asistanlarına uygulanan bir çalışmaya benzer özelliktedir (28,6 ± 2,9 ortalama) ve beklenen ortalama ile tutarlıdır (46).

Çalışmaya katılan hekimler arasında kadınların oranı %64,5 olarak görülmüştür. Türkiye genelinde aile hekimleri asistanlarına yapılan 2020 tarihli bir çalışmada kadın katılımcıların oranı %70,5 olmuştur (47). Yine İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına uygulanmış olan 2021 tarihli bir çalışmada kadınlar katılımcıların %68,4'ünü oluşturmuştur ve bizim çalışmamızdaki kadınların oranı da beklenen bir sonuçtur (48). Tepecik EAH bünyesinde çalışan asistan hekimlere yapılan 2010 tarihli bir çalışmada, dahili branşta çalışan kadın katılımcıların oranı %57,6 ve cerrahi branşlarda çalışan kadın katılımcıların oranı %23,8 bulunmuştur (49). Aile hekimliği branşını ve dahili branşları kadınların daha çok tercih ettiği kanısına varılabilir.

Katılımcılar %81,7 oranında aile hekimliği uzmanlık eğitim süresinin yeterli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Yine İzmir'deki Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği asistanlarına uygulanan 2013 tarihli bir çalışmada istenilen uzmanlık eğitimi süresi 2 – 5 yıl arası ve ortalama 3,20±0,69 yıl olarak görülmüştür (50). 2017 yılındaki çalışmada katılımcılar %66,5 oranında aile hekimliği asistanlık süresinin aynı kalması yönünde görüş bildirmişlerdir (46). WONCA Europe, üye ülkelerde eğitim süresinin iki ila altı yıl arasında değiştiğini belirtir. Kanada'da daha kapsamlı bir eğitim verilebilmesi için iki yıl olan sürenin üç yıla çıkarılmasıyla ilgili öneriler sunulmaktadır (51). Uzmanlık eğitim süresinin daha kısa olması eğitim içerik kalitesini ve yetişen hekimlerin yetkinliğini etkileyebilir.

Katılımcılar zorunlu rotasyonların süresinden %76,8 oranında memnunlardır. 2017'de yapılan çalışmada %68,5 oranında katılımcı zorunlu rotasyonlara ayrılan süreyi yeterli bulurken, bu oran 2013 yılına ait bir çalışmada %52,2 ve 2010 yılındaki bir çalışmada %42,6 olarak görülmüştür (52,53). Uzmanlık eğitim

müfredatının yıllar içinde ihtiyaçlara göre geliştirilmesi ve zorunlu rotasyonların kapsamının genişletilmesi ile (dermatoloji rotasyonunun eklenmesi gibi) rotasyonlara dair memnuniyet oranı yıllar içinde artmış olabilir.

Zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitiminin süresinden memnuniyet oranı %73,1 olarak bulunmuştur. WONCA, eğitimin en az yarı süresinin aile hekimliği kliniğine ait eğitmen aile hekimlerinin bulunduğu birimlerde geçirilmesi gerektiğini belirtir (51). Ülkemizde şu anda yürürlükte olan müfredat ile de bu gereklilik yerine getirilir.

Teorik eğitim faaliyetlerini düzenli ve yeterli olduğu kanısında olanların oranı %59,1 olarak bulunmuştur. 2020'de yapılan çalışmada eğitim aktivitelerinin düzenli olduğu kanısında olanların oranı %86,9 iken, yeterli olduğu kanısında olanlar katılımcıların %42,6'sı bulunmuştur (47). 2008'de Türkiye genelinde asistan hekimlere yapılan bir çalışmada katılımcıların %67'si teorik eğitim seviyesini yetersiz gördüğünü belirtmiştir (54). Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu teorik eğitimlerin düzenli ve yeterli olduğu düşüncesinde olsa da oran olarak eğitim süresi yeterliliği sorularındaki yüksekliğe ulaşılamamıştır. Pandemi koşulları nedeniyle eğitim programında aksaklıklar yaşanmış ve online eğitimlere kayma yaşanmıştır. 2021 yılında Tepecik EAH'ta çalışan asistan hekimlerle yürütülen bir çalışmada lisans döneminde uzaktan eğitime hiç katılmadığını belirtenlerin oranı %73,5 bulunmuştur (55). Daha önceden var olmayan eğitim alışkanlıklarının devreye girmesi, yüz yüze eğitim toplantılarının azalması, rotasyonların yoğunluğuna göre eğitimlere katılım durumunun değişmesi gibi faktörler yanıtlara etki etmiş olabilir.

Bölümümdeki eğiticiler bana bilgi verir ve yardımcı olur görüşünü taşıyan katılımcıların oranı %59,6 olarak görülmüştür. Bölümümdeki diğer araştırma görevlileri (asistan hekimler) bana bilgi verir ve yardımcı olur diyenlerin oranı %75,1 olarak bulunmuştur. Bölümündeki iletişim ve sosyal ortamdan memnun olan katılımcıların oranı %62,2'dir. 2012'de Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki asistan hekimlerle yürütülen bir çalışmada eğiticilerle ilişkilerden memnun olma oranı %69,4 ve bölüm içi asistanlar ile ilişkiden memnun olma oranı %79 olarak bulunmuştur (56). Pandemi dönemindeki kısıtlamalar eğitmenler ve akranlarla iletişimde kesintilere yol açmış, bölüm dışı görevlendirmeler klinik içi bağların kurulmasını yavaşlatmış olabilir. 2015 yılında University of Michigan'da aile

hekimliği asistanlarıyla yürütülen bir çalışmada katılımcılar %89,3 oranında akran değerlendirmelerinin kullanışlı bilgiler sağladığı görüşündedir (57). 2011 yılında Londra'da tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada katılımcılar %48 oranında akranları yerine eğitimcilerden geri bildirim almayı tercih ettiğini belirtmiştir, %52 bu görüşe katılmamıştır (58). Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun ülkemizde yürüttüğü müfredat hem eşdüzey çalışanların hem de eğiticilerin geri bildiriminin uzmanlık eğitimindeki yerini önemser.

Tıpta Uzmanlık Sınavı sonrasında tekrar seçim yapma şansı olsa yine aile hekimliği branşını tercih edeceğini belirten katılımcıların oranı %61,8'dir. 2012 yılına ait sahadaki aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada yeniden seçme şansı olsa yine aile hekimliğini tercih edecek olan katılımcı oranı %70,2 olmuştur (59). Pandemi koşullarında yoğun bakımlar ve acil tıp hizmetlerine ek olarak özellikle sahada aile hekimlerinin yaşadığı yoğunluk ve çalışma yükünde artış, tekrar tercih oranının geçmişe oranla daha düşük olması üzerinde etken olabilir. Göz önünde bulundurulması gereken bir diğer konu da şu anda ülkemizde sevk zincirinin uygulanmıyor oluşudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dair gerçek hasta beklentileri yerine sağlık bakımı dışında kalan hizmet beklentilerinin fazlalığı ve klinik branşlardaki hasta – hekim iletişiminde dinamiklerin geçmişe göre değişmiş olması tercihte azalmaya neden olmuş olabilir. İlerleyen dönemlerde, tasarruf ve ileri basamaklardaki tedavi başarı oranlarını artırma amacıyla, sevk zinciri uygulaması zorunlu hale getirilerek başvuranların en uygun basamağa ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönlendirilmesi yönünde çalışmalar planlanabilir (67). 2011 yılında Kanada'da tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen bir çalışma; acil olmayan bakıma odaklanma, mezuniyet sonrası kısa süreli eğitim gibi faktörlerin aile hekimliği branşını seçmede etkili olduğunu ortaya koymuştur (60). 2018 tarihli İsrail'de tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencileriyle yürütülmüş olan bir çalışmada, aile ile vakit geçirmeye izin veren kontrol edilebilir çalışma saatleri ve makul bir gelir/yaşam tarzı oranı sunması aile hekimliği branşına yönelme nedenleri olarak görülmüştür (61). Bu faktörler bizim de katılımcılarımızın seçiminde etkili unsurlar olabilir.

E-ASM programı uzmanlık eğitimim için gereklidir diyen katılımcılarımızın oranı %80,7 olarak bulunmuştur. Aile hekimliğinde saha eğitiminin verilmesi gereken yerler konusunda da %92,3 ile en yüksek yanıt oranı E-ASM'lerdedir. Bu

yanıtla uyumlu olarak, E-ASM ile Aile Hekimliği hastane poliklinikleri arasında eğitim açısından fark olmadığı fikrine katılmayanların toplam oranı %64,2 olarak elde edilmiştir. Daha önceki çalışmalar incelendiğinde; 2013 yılında İzmir'deki EAH aile hekimliği uzmanlık öğrencileri %92,7 oranında E-ASM rotasyonunu gerekli bulduklarını belirtirken, 2016 yılında İstanbul'da yürütülen çalışmada %91,3 oranında uzmanlık eğitimine E-ASM gibi birinci basamak hizmetlerinin eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir ve bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (50,62). Ayaktan hasta bakımı yönelimli bir klinik disiplinin, öğrenim hedeflerinin karşılanması yalnızca yataklı servislerdeki olgularla sınırlanmamalıdır. Uzmanlık eğitiminde E-ASM'lere ihtiyaç duyulmaktadır (3).

Katılımcılarımızdan E-ASM uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin oranı %32,1 ve mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin oranı %42,3 olarak elde edilmiştir. E-ASM'de çalışan ve çalışmayan katılımcılar kıyaslandığında, bu iki görüşe E-ASM'de çalışmış olanlarda "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" yanıtı verenlerin oranı daha fazladır. 2017 tarihli çalışmada E-ASM hakkında bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %36,5 ile çalışmamıza benzer, aile hekimliği uygulamaları hakkında bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %62,5 ile çalışmamıza göre daha yüksek görülmüştür (46). Katılımcılarımızın %41,7'si E-ASM'de çalışmışlardır. Birim sayısının asistan sayısına oranla yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %47'dir. Aile hekimliği asistanlarının artan sayısına uygun olacak şekilde saha örneklerinin artırılması, bu tecrübeyi elde eden toplam asistan sayısında, buna bağlı olarak bilgi ve yeterlilik düşüncelerinde artışı sağlayabilir.

Çalışmamızda mecburi hizmetini ASM'de yapmayı tercih edeceğini belirten katılımcıların oranı %65,5 olarak görülmüştür. E-ASM'de çalışanlarda bu görüşe kesinlikle katılanların oranı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. 2018 yılına ait, Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilen ve aile hekimliği asistanları ve uzmanlarıyla yürütülen bir çalışmada, asistanlık öncesinde (pratisyen hekimlik döneminde) ASM'de çalışmış olanlarda mecburi hizmetlerini ASM'de yapmak isteme düzeyleri daha önce ASM'de çalışmamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (63). ASM/E-ASM tecrübesine sahip olmanın uzman

hekimlik döneminde de ASM'de çalışma isteğini olumlu yönde etkilediği belirtilebilir.

Katılımcıların Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni inceleme oranı %12,2 ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı inceleme oranı %33,1 bulunmuştur. Önceki çalışmalardaki benzer sorgulamalarda; E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni incelemiş olan asistan aile hekimlerinin oranı 2017 yılındaki çalışmada %11, ve 2018 yılında "Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta olan" asistanlarda %40,6 olarak bulunmuştur (46,63). E-ASM'de çalışmış olmanın Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni incelemeyi olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Nitekim bizim çalışmamızda da E-ASM'de çalışanlarda, E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ile Uzmanlık Eğitim Müfredatını inceleyenlerin oranı daha fazladır.

Çalışmamızı yürüttüğümüz klinikler içinde Dokuz Eylül Üniversitesi, Katip Çelebi Üniversitesi ve Tepecik EAH kliniklerinde E-ASM mevcut olup katılımcılarımızın %88,7'si bu grupta yer almaktadır. 2020'de Türkiye genelinde yapılan çalışmada eğitim gördüğü klinikte E-ASM olmadığını söyleyenler %57,1 oranındadır (47). İzmir ilinin E-ASM varlığı açısından Türkiye ortalamasının önünde olduğu belirtilebilir.

Çalışmamızın katılımcılarında E-ASM'de çalışma oranı %41,7 (n=126)'dır. 2018 yılında İzmir, İstanbul, Ankara ve Konya'da seçili kliniklerdeki aile hekimliği asistanlarla yürütülen bir çalışmada katılımcıların E-ASM'de çalışmış olma oranı %46,8 ve çalışmamızla benzer bulunmuştur (64).

E-ASM'ye sahip kliniklerin bu programa ayırdığı süre sorgulandığında, %31,3 oranında 1-3 ay, %32 oranında 4-6 ay yanıtı alınmıştır. Benzer bir sorgulamada E-ASM'ye sahip kliniklerde çalışan katılımcıların %45,8'i 4-6 ay, %54,1'inin 7-12 ay, ASM rotasyonuna gidenlerin hepsinin 1-3 ay süre ayırdığı; başka bir çalışmada 2 – 9 ay arasında ve ortalama 5,40±2,06 ay süre ayrıldığı bulunmuştur (46,64). Eğitim müfredatımız E-ASM'lerde 6-8 ay geçirilmesini önerir (2). Kliniklerde bunun her koşulda gerçekleşmediği görülmektedir. Buna sebep olarak artan asistan sayıları nedeniyle mümkün olan en fazla sayıda asistana E-ASM tecrübesi sağlanmak istenmesi ve bu nedenle sürenin kısıtlı tutulması gösterilebilir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminin nerelerde verilmesi gerektiğiyle ilgili sorgulamada, en yüksek oranda yanıt alan seçenekler %92,3 (n=279) ile E-ASM, %66,5 (n=201) ile ASM, %65,2 (n=197) ile Hastane Aile Hekimliği Poliklinikleri ve %46 ile Evde Sağlık Hizmetleri olmuştur. Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı'nda yer alan Huzur ve Bakım Evleri önerisi, katılımcılarımızdan %20,8 oranında alınmıştır. Ancak dış merkezlerdeki Huzur ve Bakım Evlerine alternatif olarak, asistanların hastanelerde bulunan palyatif servislerde çalışma fırsatına sahip olmaları, geriatrik ve palyatif bakım yönünden bakış açısı edinilmesine katkı sağlıyor olabilir. Yurtdışındaki eğitim modellerini incelediğimizde, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerde geriatri rotasyonlarının eğitimde yer aldığı görülmektedir (23,29,32,34). Aile hekimlerinin verdiği sürekli bakım ilkesine uygun olarak da yaşlı bakımı ve geriatri hakkında donanım kazanılması gereklidir. Ek olarak 4 kişi İl/ilçe sağlık müdürlüklerini, 2 kişi Sağlıklı Yaşam Merkezleri/Toplum Sağlığı Merkezlerini önermiştir. Pandemi dönemindeki filyasyon görevlendirmeleri ile bu merkezlerde çalışılmış olması bu önerilerde etken olmuş olabilir.

E-ASM'de yaşanılan sorunlar sorgulandığında; %77,7 oranıyla en yüksek yanıt başlangıç ve bitişteki kurumsal prosedürlerin zorluğu olurken, bunu %52,3 ile malzeme teminindeki sıkıntılar, %50 ile destek personel sayısının yetersizliği izlemiştir. E-ASM'de çalışacağı belirlenen asistanın görevlendirme yazısı hastane başhekimliğince İl Sağlık Müdürlüğü'ne iletilir. Müdürlük tarafından görevlendirilen asistanlara Sağlık Bakanlığı onaylı Aile Hekimliği Bilgi Sistemini kullanabilme, MERNIS, USS ve Aşı Takip Sistemi için şifreler konusunda yetkilendirme yapılır. Görevlendirilen asistan E-ASM'de çalışmaya başladığı halde, yetkilendirme süresi birkaç günü geçebilmekte, o esnada da sağlık hizmetleri aksayabilmektedir. Prosedürel işlemlerin İl Sağlık Müdürlüğü'nde tek merkezden düzenlenmesi bu süreci kısaltabilir. E-ASM yardımcı personeli görevlendirmesi ve malzeme temini de hastanelere bağlıdır. E-ASM altyapısının ve destek personelin İl Sağlık Müdürlüklerince sağlanması, aile hekimliği eğitim kliniklerinden eğitici ve uzmanlık öğrencilerinin rotasyonu, malzeme temini konusunda belirlenen bir yöneticinin primer sorumlu olarak görevlendirilmesi ile mevcut sorunlar azaltılabilir (65).

E-ASM'de çalışmadan önce mutlaka tamamlanması gereken rotasyonlara en yüksek yanıt oranına %92 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %89,4 ile İç Hastalıkları ulaşmıştır. Bu yüksek oranlar, Eğitim Müfredatımızın önerileriyle uyumludur (2). E-ASM'de çalışan katılımcılarda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları yanıt oranı çalışmayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Benzer bir sorgulamada, E-ASM'de çalıştıktan sonra rotasyonlara dair öncelik konusunda fikir değişikliği olup olmadığı sorulmuş, %41,6 ile Cildiye ve %35 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları yanıtları yüksek oranda alınmıştır (63). Birinci basamakta yürütülmesi beklenen bebek, çocuk ve ergen izlemlerinin ön planda ve ülkemizdeki bu nüfusun oranının genel nüfusta ağırlıklı olduğu kırılgan gruplar olması, katılımcıların bu öngörülerini açıklayabilir.

Çalışmamızda Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışanların 3 yıl ve üzeri asistanlık süresinde olma oranı daha fazladır. Bu da kliniklerin müfredat önerilerine uyarak, belirli rotasyonlar tamamlandıktan sonra E-ASM görevlendirmeleri yaptığını işaret etmektedir.

E-ASM'de görevli eğiticilerin rolü hakkında, %84,7 oranında gerektiğinde danışılarak verilen eğitim, %67,5 oranında hasta başı uygulamalı eğitim yanıtı alınmıştır. E-ASM'de eğiticinin sürekli bulunması görüşünde olan katılımcılarımızın oranı %68,1 olarak görülmüştür. Benzer araştırmalarda 2017'deki çalışmanın katılımcıları saha eğitiminde %75 oranında akademisyenlerin, %63,5 oranında uzman ile hekimlerinin bire bir rol alması gerektiği yönünde yanıt verirken, 2013'te saha eğitimini aile hekimliği için gerekli gören katılımcıların %79,6'sı, yeterli saha eğitiminin bire bir uygulama ile elde edileceği görüşündedirler (46, 52). 2018 tarihli uzman ve asistanlarla yapılan çalışmada, daha önce ASM'de görev alanlar E-ASM'de eğiticinin gerekliliğini görev almayanlara oranla daha fazla vurgulamışlardır (63). Tıp eğitiminde probleme dayalı öğrenme yaklaşımının başarısı için eğitmenlerin etkili eğitimi vazgeçilmezdir (66).

Birim başına kayıtlı nüfusun nasıl olması gerektiği konusunda, %51,6 oranında diğer ASM'lere göre daha az tutulmalı, %46,3 oranında diğer ASM'lerle aynı olmalı yanıtları alınmıştır. Katılımcılarımızın fikir ayrılığında olduğu söylenebilir. 2018 tarihinde, E-ASM'ye kayıtlı kişi sayısı 2000 ve üzerindeki E-ASM'de çalışan hekimler daha az nüfusla çalışanlara göre daha iyi bir eğitim gördüklerini belirtmişlerdir (63). E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nce

eğitim kurumuna ödeme yapılması için ilk 8 ay içinde birim başına ulaşılması gereken kayıtlı nüfus 2800 olmalıdır (42). E-ASM'de yaşanan sorunları sorguladığımız kısımda %47,6 oranında maddi sorunlar yanıtı görülmüştür. Tavan ücret için gerekli görülen kayıtlı kişi sayısına dair düzenlemeler yapılması, maddi konularda yaşanan sıkıntıların önüne geçebilir (65).

Hasta takibinde ihtiyaç duyulabilecek danışmanlık hizmetlerinin (beslenme, ruh sağlığı, fiziksel aktivite vb) E-ASM'lerdeki yeriyle ilgili soruda; %49,6 oranında bu hizmetlerin E-ASM dahilinde verilmesi, %56,2 oranında bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların Sağlıklı Hayat Merkezlerine yönlendirilmesi ve %26,8 oranında bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların hastanelere yönlendirilmesi görüşü işaretlenmiştir. 2017 yılındaki çalışmada %48,5 oranında katılımcı SHM ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin aynı bünyede/iç içe yürütülmesi gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir (46). 2012 yılında saha eğitimine dair yürütülen bir çalışmada aile hekimliği eğitimi süresince öğrenilmesi gereken gebe, çocuk, yaşlı takipleri, kronik hastalık takipleri, okul/iş sağlığı, evde bakım, koruyucu ve önleyici uygulamaların üniteler halinde tasarlanarak verilebileceği önerilir (68). Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri, mevcut ASM'lerden farklı olarak, Sağlık Müdürlükleri desteğiyle hizmet alanı genişletilmiş ve eğitim vermeyi hedefleyen birinci basamak sağlık hizmeti odak merkezleri haline getirilebilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ele alındığında; bu araştırmanın yalnızca İzmir ilindeki tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlere uygulanmış olması düşünülebilir. E-ASM açılması ve kurulması tüm kurumlar için zorunlu tutulmamıştır, bu nedenle deneyim ve fikirler farklı olabileceğinden elde edilen sonuçlar ülkedeki tüm kliniklere genellenememektedir. Aile hekimliği eğitiminde rotasyonların sık olması, uzmanlık öğrencilerinin görev yerlerinin ve çalışma yoğunluklarının çeşitlilik göstermesi, pandemi sürecinde çalışma ve eğitim faaliyetlerindeki değişiklikler veri toplama sürecini etkilemiş olup asistan hekimlerin 302'sine (%92) ulaşılabilmiştir. Bu çalışmanın anketi E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ile Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı içeriği incelenerek hazırlanmıştır. E-ASM ve saha eğitimine yönelik bir memnuniyet ölçeği geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Uzmanlık eğitim süresinin üç yıl olması konusunda katılımcılarımızın yüzde sekseninden fazlası olumlu görüş bildirmişlerdir. Daha kısa sürelerin eğitim içeriğinin kalitesinde azalmaya yol açabileceği ve yeterli olmayacağı, önceki yıllarda mevcut olan tamamı rotasyondan oluşan eğitim sürecinin aile hekimliği klinik bakış açısının kazanılmasını sekteye uğratacağı düşünülmektedir.

Zorunlu rotasyonlarda olduğu gibi klinik içi/saha görevlendirmelerinin de müfredatta kesin sürelerle belirtilmesi (evde bakım hizmetleri, E-ASM/ASM, hastane poliklinikleri ve diğer servis/birimlerin ve sürelerinin tanımlanması) eğitimin standardizasyonu açısından önemli olup ayrıntılarıyla değerlendirilebilir.

E-ASM'de çalışmış olanlarda E-ASM ve mevcut aile hekimliği uygulamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olanların oranının çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olması, birinci basamak hizmetlerini tecrübe etmenin bilgi düzeyini artırdığını işaret etmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yalnızca hastane birimlerinde sürdürülmesi mevcut aile hekimliği uygulamalarına dair anlayışın eksik kalmasına neden olabilir.

Katılımcılardan E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ve Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı inceleyenler azınlıkta kalmışlardır. Asistanlığın ilk birkaç ayında oryantasyon için ayrılan sürede, aile hekimliği çekirdek yeterlilikleriyle birlikte uzmanlık eğitimi ve uygulamalarına dair eğitimler verilmesi, asistanların müfredatları incelemeye teşvik edilmesi faydalı olabilir.

E-ASM'de çalışmadan önce tamamlanması gereken rotasyonlara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları yüksek oranda yanıt almıştır. İç hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji ve Dermatoloji %50'den fazla yanıt alan diğer rotasyonlardır. Dermatolojinin ilk 5 seçenek arasına girmesi, 2017'de zorunlu rotasyonlara eklenmesinin asistan ihtiyaçlarına yönelik bir karar olduğunu gösterir niteliktedir.

Çalışmamıza katılan uzmanlık öğrencileri E-ASM'de eğiticinin sürekli bulunması gerektiği görüşündedir. Katılımcılarımız birinci basamağa yönelik klinik uygulamaları yetkin eğitimcilerden almak istemektedirler. Aile hekimliği klinikleri çalışmalarına devam ettikçe yeni uzman hekim ve akademisyenlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Uzman hekimlerin akademik hayata dair bilgi ve

beklentilerinin asistanlık döneminden başlanarak artırılması, eğitici sayısının artmasına katkı sağlayacaktır.

Klinik içi teorik eğitim etkinliklerine ve grup çalışmalarına katılımın takip ve teşvik edilmesi, asistan hekimlerin eğitim sürecinden alabilecekleri maksimum fayda açısından önemlidir. Pandemi şartlarının gün geçtikçe düzelmesiyle bu konuda çalışmalar artırılabilir.

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin yönetim süreçlerinin hastane ve il müdürlükleri tarafından paylaşılıyor olması işleyişte birtakım gecikme ve aksaklıklara sebep olabilmektedir. Bu merkezlerde hizmete dair unsurların tek bir merkezden yönetilmesinin, katılımcılarımızın prosedürel işlemler, personel sayısı, malzeme temini, maddiyat gibi konularda yaşadığı problemlerin azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu Aile Hekimliği saha eğitimi için E-ASM'yi tercih etmektedirler. Eğitim Aile Sağlığı uygulamalarının, uzmanlık öğrencilerinin yaşadığı sorunlar da dikkate alınarak geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, birinci basamak hizmetlerinin eğitim sürecinden itibaren tanınmasını ve uygulanmasını sağlayacak, hem eğitim hem de sağlık hizmeti kalitesine olumlu etki edecektir.

KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona, WONCA Europe Office Publication, 2002:4-43.
2. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf Erişim tarihi:07.03.2022
3. Ünalan P, Akman M, Uzuner A. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Klinik Eğitim ve Alan Clinical education and the Field in Family Medicine Specialty Training, Turkish Family Physician cilt 1 sayı 3, 2016.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekiminin Tanımı, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html Erişim tarihi: 07.03.2022
5. WONCA definition Turkish version, WONCA (2003) Türkçe çeviri
6. 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.
7. Mc Whinney. A Textbook of Medicine, 2. Baskı . New York, Oxford University Press, 1997;3-25.
8. Ünlüoğlu, İ. (2012). Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C (editörler). Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. İstanbul: Akademi Yayıncılık, 1-9.
9. Rakel, R. E., & Rakel, D. P. (2019). editör. Saatçi E, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı.
10. Eversley, J. (2001). The history of NHS charges. Contemporary British History, 15(2), 53-75.
11. Royal College of General Practitioners, Our History. https://www.rcgp.org.uk/about-us/the-college/who-we-are/history-heritage-and-archive.aspx Erişim tarihi: 07.03.2022
12. Gray, D. P. (1992). History of the Royal College of General Practitioners--the first 40 years. British Journal of General Practice, 42(354), 29-35.
13. Çağlayaner, Haluk, et al. (1995) "Aile Hekimliği I." İletişim Yayınları, İstanbul.
14. Boelen, C. (2002). improving health systems: The contribution of family medicine: A guidebook. Wonca.
15. The World health report (1998): Life in the 21st century: a vision for all: executive summary (No. WHO/WHR/98.1). World Health Organization.
16. Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tarihi: 18.04.1973 Sayısı: 14511 Erişim Adresi: https://srm.metu.edu.tr/tr/system/files/tababet-uzmanlik-tuzugu.pdf Erişim Tarihi: 07.03.2022
17. Yaman, H. (2002). Training in family medicine: the current state in Turkey. Education For Primary Care, 13(3), 394-397.
18. Güneş, E. D., & Yaman, H. (2008). Transition to family practice in Turkey. Journal of continuing education in the health professions, 28(2), 106-112.

19. Paycı S. Ö. ve Ünlüoğlu, İ.(2004) , "Dünya ve Türkiye'de Aile Hekimliği", TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Baskı.
20. Akyurek, C. E., Mutluer, E., & Arslan, D. T. (2016). A policy analysis study: Family medicine. New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences, 2(2), 76-83.
21. Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Aydın, S., & Ünüvar, N. (2007). Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı,"21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek" Ankara.
22. Haq, C., Ventres, W., Hunt, V., Mull, D., Thompson, R., Rivo, M., & Johnson, P. (1995). Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 70(5), 370-380.
23. The GP Training Programme, NHS. https://gprecruitment.hee.nhs.uk/Recruitment/Training Erişim tarihi: 07.03.2022
24. Saatçi, E., & Sezer, H. (1996). "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları" (Yayın sorumlusu Çağlayaner H), 49-70.
25. RCGP General Practitioners with Extended Roles. https://www.rcgp.org.uk/training-exams/practice/general-practitioners-with-extended-roles.aspx Erişim tarihi: 07.03.2022
26. Çeçem, K. B., Yusuf, Ü. S. T. Ü., & Uğurlu, M. (2015). Fransa'da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. Ankara Medical Journal, 15(3).
27. Kavukçu, E., & Burgazlı, K. M. (2011). Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. The Journal of Turkish Family Physician, 2(2), 1-4.
28. Facharzt für Allgemeinmedizin. https://www.blaek.de/weiterbildung/qualifikationen-nach-der-weiterbildungsordnung/facharzt-fuer-allgemeinmedizin Erişim tarihi: 07.03.2022
29. Metsemakers, J. F. (2012). Türkiye'de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşünceler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16(1), 23-34.
30. Huisartsopleiding. https://www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl/huisartsopleiding/aios/ Erişim tarihi: 07.03.2022
31. Saatçi, E., Bozdemir, N., & AKPINAR, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 10(2), 79-86.
32. University of South Alabama Family Medicine Residency Program. https://www.southalabama.edu/colleges/com/departments/familymedicine/residency.html Erişim tarihi: 07.03.2022
33. Downey Family Medicine Residency Program. https://www.pihhealth.org/healthcare-professionals/medical-pharmacy-students/family-medicine-residency-program-downey/curriculum-downey/ Erişim: 07.03.2022
34. Pullon, S. (2011). Training for family medicine in Canada and general practice in New Zealand: how do we compare. J Prim Health Care, 3(1), 82-85.
35. McMaster University Family Medicine. http://mcmasterfht.ca/education/postgraduate/ Erişim tarihi: 07.03.2022

36. Eke, E., & Üna, B. (2018). “Politika Transferi Süreci Açısından Türk Sağlık Sisteminde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi.” Gümüshane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüshane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 9(25).
37. Ataç, Ö., & Taşdemir, M. (2017). “Bir halk sağlığı destanı: Küba”.
38. Set T. (2010). “Aile hekimliği uzmanı bakışıyla aile hekimliği.” Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi, 7(26) :20-21.
39. Ünlüoğlu, İ. (2008). Türkiye’de aile hekimliği disiplininin gelişimi. PRN Aile Hekimliği Dergisi, 2(33), 425-9.
40. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı (2013), Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu.
41. Maruz, A. H. A. G. İ. (2015). A Preconference Exchange Experience in Palma de Mallorca-Spain İspanya Palma de Mallorca’da Bir Konferans Öncesi Değişim Programı Deneyimi Halil Volkan Tekayak. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 9(3), 78-82.
42. 29131 sayılı Resmi Gazete; Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. 26/09/2014.
43. 28539 sayılı Resmi Gazete; Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25/01/2013
44. Kaya, Ç. A., Uzuner, A., Ünalan, P. C., Çifçili, S., & Akman, M. (2017). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi. The Journal Of Turkish Family Physician, 8(1), 14-20.
45. Zarbailov, N., Wilm, S., Tandeter, H., Carelli, F., & Brekke, M. (2017). Strengthening general practice/family medicine in Europe—advice from professionals from 30 European countries. BMC Family Practice, 18(1), 1-9.
46. Yıldırım, B., & Eğici, M. T. (2018). Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından aile hekimliği saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezleri. Ankara Medical Journal, 18(3), 300-311.
47. Doğan, Ü. (2020). Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma koşulları hakkındaki görüşleri.
48. Meydanal, B.G. (2021). İzmir İlinde Eğitim Alan Aile Hekimliği Asistanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları Bilgi Düzeyinin Kalitatif ve Kantitatif Olarak Değerlendirilmesi.
49. Can, H., Güçlü, Y. A., Doğan, S., & Erkaleli, M. B. (2010). Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 20(1), 33-40.
50. Geroğlu, B., Alanyalı, F. M., Can, H., Öngel, K., & Kurnaz, M. A. (2014). İzmir ilinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği disiplini konusunda bilgileri ve uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician, 5(4), 1-7.

51. WONCA European Training Requirements for GP/FM specialist training. https://www.woncaeurope.org/kb/european-training-requirements-for-gp-fm-specialist-training-%E2%80%93-euract-document-2018 Erişim tarihi: 07.03.2022
52. Sancaktar, Ö. (2013). Uzmanlık eğitimi programlarıyla ilgili gelişmelerin Aile Hekimliği asistanlarının kendi eğitimlerine bakışları ve gelecekle ilgili beklentileri üzerine etkisi.
53. Uzuner, A., Topsever, P., Unluoglu, I., Caylan, A., Dagdeviren, N., Uncu, Y., ... & Ersoy, F. (2010). Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. BMC Medical Education, 10(1), 1-10.
54. Aysan, Erhan, et al. (2008). Resident physicians in Turkey: results of a survey of 1069 residents from 11 provinces, Turkish Journal of Medical Sciences 38.1, 35-42.
55. Aykış, F. (2021). Hayat Boyu Öğrenmede Uzaktan Eğitim Tutum Ölçeği Geliştirme.
56. TAN M., Özçakar, N., & Kartal, M. (2012). Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. Marmara Medical Journal, 25(1), 20-25.
57. de la Cruz, M. S. D., Kopec, M. T., & Wimsatt, L. A. (2015). Resident perceptions of giving and receiving peer-to-peer feedback. Journal of graduate medical education, 7(2), 208-213.
58. Cushing, A., Abbott, S., Lothian, D., Hall, A., & Westwood, O. M. (2011). Peer feedback as an aid to learning–What do we want? Feedback. When do we want it? Now!. Medical Teacher, 33(2), e105-e112.
59. Aktaş, E. Ö., & Çakır, G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi, 51(1), 21-29.
60. Scott, I., Gowans, M., Wright, B., Brenneis, F., Banner, S., & Boone, J. (2011). Determinants of choosing a career in family medicine. Cmaj, 183(1), E1-E8.
61. Naimer, S., Press, Y., Weissman, C., Zisk-Rony, R. Y., Weiss, Y. G., & Tandeter, H. (2018). Medical students' perceptions of a career in family medicine. Israel Journal of Health Policy Research, 7(1), 1-9.
62. Adıyaman, C. (2016). Aile Hekimliği Asistanlarının Uzmanlık Eğitimine Bakışı.
63. Şahin, H.H. (2018). Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yeri.
64. Yetişir, Y. (2018). Eğitim aile sağlığı merkezinde çalışmanın aile hekimliği asistanlarının periyodik izlemler konusundaki bilgi düzeyine katkısı.
65. Toprak, D., Esen, E. S., Öztürk, G. Z., Egici, M. T., & Gökseven, Y. (2019). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 23(4), 165-175.
66. Wetzel, M. S. (1996). Developing the role of the tutor/facilitator. Postgraduate Medical Journal, 72(850), 474-477.
67. BANKUR, M. (2017). Aile Hekinliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Güvence, (12), 60-88.

68. Tekin, O. , Üstü, Y. & Uğurlu, M. (2012). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi . Ankara Medical Journal , 12 (1) , 16-21.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: Öykü Nacar
Doğum yeri ve tarihi:
Yabancı dil bilgisi: İngilizce
Görev yeri: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
E-posta adresi:

EĞİTİM BİLGİLERİ

Tarsus Sadık Eliyeşil İlköğretim Okulu 1998-2006
Mersin Fen Lisesi 2006-2010
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2017
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Aile Hekimliği 2018 – halen

MESLEKİ DENEYİMLER

Kars Harakani Devlet Hastanesi 2017-2018
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği 2018 – halen

BİLİMSEL ETKİNLİKLERİ

Eğitimler:

- Ege Bilimsel Araştırma Topluluğu Bilimsel Şüphecilik Sempozyumu 20 – 21 Nisan 2019, İzmir
- Türkiye Obezite Araştırma Derneği 11. Ulusal Obezite Kongresi 3 – 6 Mart 2022, İzmir

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sayın hekim;

Bu anket çalışması eğitim aile sağlığı merkezlerine ilişkin bilgi düzeyinin ve beklentilerinizin ölçülmesi amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz yanıtlarla aile hekimliği saha eğitiminin mevcut durum tespitine ve gelişmesine yardımcı olacaksınız.

Katılımınız ve zamanınız için teşekkürler.

RUMUZ:..... YAŞ:.....

CİNSİYET: E □ / K □

ÇALIŞTIĞINIZ HASTANE:.....

ASİSTANLIK SÜRENİZ:..... AY

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SEÇENEKLERDEN SİZE UYGUN OLANI İŞARETLEYİNİZ.

		KESİNLİKLE KATILMIYORUM (1)	KATILMIYORUM (2)	FİKRİM YOK (3)	KATILIYORUM (4)	KESİNLİKLE KATILIYORUM (5)
1. Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi yeterlidir						
2. Zorunlu rotasyonların süresi yeterlidir						
3. Zorunlu rotasyonlar dışındaki klinik içi/saha eğitim süresi yeterlidir						
4. Teorik eğitim faaliyetleri düzenli ve yeterlidir						
5. Bölümümdeki eğiticiler bana bilgi verir ve yardımcı olur						
6. Bölümümdeki diğer araştırma görevlileri (asistan hekimler) bana bilgi verir ve yardımcı olur						
7. Bölümümdeki iletişim ve sosyal ortamdan memnunum						

8. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) programı uzmanlık eğitimim için gereklidir						
9. E-ASM ile hastane Aile Hekimliği poliklinikleri arasında eğitim açısından fark yoktur						
10. E-ASM'lerde eğitici sürekli bulunmalıdır						
11. E-ASM uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim						
12. Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahibim						
13. Tıpta Uzmanlık Sınavı sonrası tekrar seçim yapma şansım olsa yine aile hekimliği branşını tercih ederim						
14. Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim						

Lütfen aşağıdaki soruları size uygun olan şekilde yanıtlayınız.

15. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi nerelerde verilmelidir? (Birden fazla cevap olabilir)
a) Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) b) Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
c) Hastane Aile Hekimliği Polikliniklerı d) Evde Sağlık Hizmetleri e) Huzur ve Bakım Evleri f) Diğer:.....

16. E-ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni incelediniz mi? Evet □ Hayır □

17. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nı incelediniz mi?
Evet □ Hayır □

18. Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var mıdır? Evet □ Hayır □
Cevap Hayır ise 6. soruya geçiniz.

4.1. Cevap evet ise (Eğitim gördüğünüz klinikte E-ASM var ise) bu program için ayrılan süre ne kadardır? □ 1-3 ay □ 4-6 ay □ 7-9 ay □ 10-12 ay □ 12 aydan fazla

4.2. Sizce bu süre yeterli midir? Evet □ Hayır □

4.3. Sizce kliniğinizdeki E-ASM birim sayısı, asistan sayısına oranla yeterli midir? Evet □ Hayır □

19. E-ASM'de çalıştınız mı? Evet □ Hayır □

5.1. Eğer çalıştıysanız ve bu dönemde aşağıda belirtilen sorunlardan bir ya da daha fazlasını yaşadıysanız lütfen işaretleyiniz.

□ Destek personel sayısı

□ Malzeme temini

□ Başlangıç ve bitişteki kurumsal prosedürler

□ Maddi sorunlar

□ Diğer:.....

20. E-ASM'de çalışmadan önce, zorunlu rotasyonlardan mutlaka tamamlanması gerektiğini düşündüklerinizi işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

□ İç Hastalıkları
□ Kadın Hastalıkları ve Doğum
□ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
□ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
□ Acil Tıp
□ Deri ve Zührevi Hastalıkları
□ Göğüs Hastalıkları
□ Kardiyoloji
□ Seçmeli rotasyon (Nöroloji / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Genel Cerrahi dallarından biri)
□ Rotasyon tamamlanmasına gerek yoktur.

21. E-ASM programı uzmanlık eğitiminin hangi bölümünde yer almalıdır?
a) 1. yıl b) 2. yıl c) 3. yıl d) Diğer: .....

22. E-ASM'lerde görevli eğiticinin bu süreçteki rolü ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Hasta başı uygulamalı eğitim b) Gerektiğinde danışılarak verilen eğitim c) Düzenli eğitim toplantıları d) Teletıp uygulamaları e) Diğer: ….....

23. Eğitim ASM'lerde birim başına kayıtlı kişi (nüfus) sayısı sizce nasıl olmalıdır?
a) Diğer ASM'lere göre daha az tutulmalıdır.

b) Diğer ASM'lerle aynı olmalıdır.

c) Diğer ASM'lerden daha fazla olmalıdır.

24. Hasta takibinde ihtiyaç duyulabilecek danışmanlık hizmetlerinin (beslenme, ruh sağlığı, fiziksel aktivite gibi) E-ASM'lerdeki rolü ne olmalıdır? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

a) Bu gibi hizmetler E-ASM dahilinde verilmelidir.

b) Bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastalar Sağlıklı Hayat Merkezlerine (SHM) yönlendirilmelidir.

c) Bu hizmetlere ihtiyaç duyan hastalar hastanelere yönlendirilmelidir.

d) Danışmanlık hizmetleriyle ilgili varsa diğer önerilerinizi yazınız:.....
.....