

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN YERİ

Dr. HASAN HÜSEYİN ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL – 2018

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN YERİ

Dr. HASAN HÜSEYİN ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. PEMRA CÖBEK ÜNALAN

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAYI FORMU

BEYAN

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

05.02.2018

Hasan Hüseyin Şahin

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her konuda destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve tez çalışmamın gerçekleşmesinde çok emeği geçen değerli danışman hocam ***Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan'a***;

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübelerini her zaman paylaşarak destek olan hocalarım ***Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye, Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Prof. Dr. Mehmet Akman'a ve Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya;***

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, uzmanlarına ve asistan hekimlerine;

Uzmanlık eğitimim sırasında desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen değerli tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma;

Büyük özveriyle çalışan, üç yıl boyunca huzurlu bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Evde Sağlık çalışanlarına;

Eğitim ve tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan, sevgi ve desteğini eksik etmeyen annem ***Emine Şahin*** ve babam ***Osman Şahin'e;*** kardeşim ***Senem Şahin'e;***

Varlığıyla beni mutlu eden ve tez çalışmam boyunca destek, sabır ve anlayış gösteren sevgili eşim ***Cansu Şahin'e*** en içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Hasan Hüseyin Şahin

İÇİNDEKİLER

KAPAK ……..…..…..…….. i

TEZ ONAYI …….……...……... 1

BEYAN ……..…..…… 2

TEŞEKKÜR …….…….…….…….... 3

İÇİNDEKİLER …….…….……...…..… 4

TABLO LİSTESİ …….…….…..……... 7

RESİM LİSTESİ ……...…..…...…..... 9

GRAFİK LİSTESİ……... 9

KISALTMALAR……10

1. ÖZET ……..…..…..… 11

2. ABSTRACT …….…..…… 14

3. GİRİŞ VE AMAÇ ……..…...… 17

4. GENEL BİLGİLER …….……..…… 19

4.1 Eğitim ve Alan Eğitimi Nedir? …….…..…….. 19

4.2 Aile Hekimliği Nedir? ……...20

4.2.1 Aile Hekimliğinin Tarihçesi …….…....…...…. 21

4.2.2 Ülkemizde Aile Hekimliğinin Tarihçesi …….…..…..22

4.3 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi …….…..……..…..…… 23

4.3.1 Uzmanlık Eğitiminde Dünya Ülkelerinden Örnekler …..…..…… 25

4.3.2 Uzmanlık Eğitiminde Türkiye Örneği ve Müfredat ……..……..… 27

4.4 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimden Alan Eğitimi ve Önemi… …..….. 30

4.4.1 Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri …..…….. 33

5. GEREÇ VE YÖNTEM …….....… 37

5.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri ……...…… 37

5.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi ……...……. 38

5.3 Çalışmanın Dahil Olma Kriterleri ……...……. 38

5.4 Çalışmadan Dışlama Kriterleri …….……...…… 38

5.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları …….…….……..... 39

5.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları…….41

5.7 İstatistiksel Analiz …….……..…..... 42

5.8 Araştırmanın Etik Kurul Onayı….. …..……..…..... 43

6. BULGULAR …….…….……... 44

6.1 Kantitatif Bulgular …….…..…..... 44

6.1.1. Demografik Özellikler…….…..…… 44

6.1.2 Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yapısı ve İşleyişi……...…..46

6.1.3 Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri ve Uzmanlık Eğitiminde İhtiyaçlar…….…48

6.1.4 E-ASM ile ilgili Değerlendirme ve Puanlamalar…….……..51

6.2 Kalitatif Bulgular …..……....61

6.2.1 Asistanların ve Uzmanların Görüşleri …….……...…62

6.2.1.1 Katılımcıların E-ASM Programının Daha Etkili Olması İçin Önerileri……..…..62

6.2.1.2 Katılımcıların Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı Hakkındaki Düşünceleri…….….65

6.2.2 Eğiticilerin Görüşleri …….66

6.2.2.1 E-ASM Sürecinin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimindeki Yeri/Önemi……66

6.2.2.2 Müfredat İçinde Aile Hekimliği Alanımıza Yönelik Eğitim……..67

6.2.2.3 Müfredat İçinde Aile Hekimliği Alan Dışı Eğitim…..68

6.2.2.4 E-ASM'lerin Kuruluşu/İşleyişi Sırasında Yaşananlar.69

6.2.2.5 Eğiticilerin E-ASM'ler ile İlgili Duyguları…….72

6.2.2.6 Aile Hekimliği Disiplini…….72

7. TARTIŞMA VE SONUÇ ……..…….. 75

8. KAYNAKLAR ……..… 91

9. EKLER ……..…..…..100

9.1 Ek-1 Etik Kurul Onayı ……...…..100

9.2 Ek-2 Aile Hekimliği Asistan Hekim Görüşme Formu ……101

9.3 Ek-3 Eğiticiler ile Derinlemesine Görüşme Formu ……105

9.4 Ek-4 Bilgilendirme Formu ……..……106

9.5 Ek-5 Gönüllü Onay Formu ……..…...107

10.ÖZGEÇMİŞ ……...… 108

TABLO LİSTESİ **Sayfa No**

Tablo 1. Aile Hekimliği Müfredatı Örneği 29

Tablo 2. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat 30

Tablo 3. Ülkemizde aktif çalışan Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri 34

Tablo 4. Kalitatif yapılandırılmış görüşme formu soruları 40

Tablo 5. Katılımcıların demografik özellikleri 45

Tablo 6. E-ASM birimlerinin nüfus sayısı ve iş yükü 47

Tablo 7. E-ASM sonrası rotasyonlarla ilgili düşüncelerinde değişiklik olanların yanıtları 48

Tablo 8. E-ASM'nin uzmanlık ile ilgili düşüncelere etkisi 51

Tablo 9. Katılımcıların E-ASM ile ilgili değerlendirmelerinin puan ortalamaları 52

Tablo 10. E-ASM değerlendirilmesi için oluşturulan tanımların faktör analizi 53

Tablo 11. Madde sayısı yeterliliği için yapılan KMO ve Barlett testi 54

Tablo 12. Faktör Analizi sonrası oluşan dağılımlar ve gruplar 55

Tablo 13. Faktör Analizi sonrası oluşan gruplar ve Alpha değerleri 56

Tablo 14. Katılımcıların E-ASM memnuniyetini değerlendiren sorulara yanıtları ve oranları 57

Tablo 15. E-ASM puanlamaları ile katılımcıların mesleki bilgilerinin t testi ile karşılaştırılması 58

Tablo 16. ASM deneyimi ile E-ASM'ler hakkındaki düşüncelerin karşılaştırılması 59

Tablo 17. Nüfus sayısı ve E-ASM puanlamasının ANOVA ile karşılaştırılması 61

RESİM LİSTESİ **Sayfa No**

Resim 1. Wonca Ağacı 24

Resim 2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tuzla E-ASM 35

Resim 3. Ankara EAH Doğantepe E-ASM 35

Resim 4. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tuzla E-ASM 36

Resim 5. Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli E-ASM 36

Resim 6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Normları Piramidi 73

Resim 7. Önerilr sonrası E-ASM süreci Kavramsal Şeması 74

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Mevcut yapılanlar dışında olması gereken rotasyonlar 49

Grafik 2. E-ASM'de ihtiyaç duyulan konsültasyonlar 49

Grafik 3. E-ASM'de ihtiyaç duyulan diğer klinik disiplinler 50

Grafik 4. Faktör analizi sonrası dağılımı belirleyen Scree Plot grafiği 54

KISALTMALAR

AAFP : American Academy of Family Physicians

AHEK : Aile Hekimliği

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

E-ASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

HT : Hipertansiyon

RCGP : The Royal College of General Practitioners

WONCA EUROPE: The European Society of General Practice/FamilyMedicine

WONCA: World Organization of National College

WHO : World Health Organization

TAHYK: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Sistemi

TUS : Tıpta Uzmanlık Sınavı

Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yeri

Öğrencinin Adı: Hasan Hüseyin Şahin

Danışmanı: Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan

Anabilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Giriş ve Amaç: Aile Hekimliği Uzmanı; birinci basamakta uygulama yapmak konusunda yeterlilik kazandırmak üzere tasarlanmış bir mezuniyet sonrası eğitimi tamamlamış olan hekimdir. Yüksek Öğrenim Kurumu kararıyla ülkemizde ilk anabilim dalının 1993 yılında kurulmasından sonra Aile Hekimliği sağlık alanında mezuniyet sonrasında eğitim gerektiren bir ana dal olduğu kabul edilmiştir. Tıpta Uzmanlık Kurulu kararı uyarınca Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim süresinin yarısının Aile Hekimliği alanı/uygulaması içinde geçmesi beklenmektedir. Bu süreçte uzmanlık öğrencilerine birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım konularında yeterlilik kazandırmak hedeflenir. Birinci basamak ve toplum yönelimli klinik bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği eğitimi sürecinde bu yeterliliklerin sahada kazanılması gerçekçidir. Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin (E-ASM) kurulması bunu sağlamak için atılmış bir adımdır. Bu çalışma ile bugüne kadar kurulmuş olan E-ASM'ler ile ilgili asistan, uzman ve eğiticilerin beklenti, düşünce, deneyim ve önerilerinin ortaya çıkarılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı karma metodlu bir çalışmadır. Çalışmamızda örneklem alınmayıp, tüm evrene ulaşılmıştır. Çalışmamızın veri toplama süreci 15 Ekim – 15 Aralık 2017 tarihleri arasında Türkiye'de E-ASM'leri bulunan 9 kurumun tamamında gerçekleştirilmiştir. Kantitatif bölümde tanımlayıcı analizleri ortaya koymak üzere 50 sorudan oluşan bir soru formu hazırlanarak 16 farklı E-ASM'de en az 3 ay görev yapmış asistan hekimlere uygulanmıştır. Ayrıca uzmanlık eğitimi sırasında buralarda çalışmış ve ayrılmış uzman hekimlere de elektronik posta yoluyla anketler ulaştırılmıştır (cevaplanma oranı=107/122). Anket içerisinde E-ASM değerlendirmeyi amaçlayan tanımlardan oluşan likert tipi ölçek için faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızın kalitatif kısmı ise E-ASM'lerde en az 3 ay görev yapmış 16 eğitici ile 30 dakikalık yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiş, transkriptleri çıkartılarak kodlar belirlenmiş ve sonrasında tema analizi ile sonuçlandırılmıştır. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı analizler yapılarak $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamız toplam 9 kurumda bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dallarına bağlı 16 Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. 122 asistan ve uzman hekimden 120 kişiye ulaşılmış olup 107 kişiden anketler toplanabilmiştir. Çalışmamızda yanıt oranı %89 olarak görülmüştür. Katılımcıların %81,3 kadarı E-ASM'lerde çalışma süresini yeterli bulurken; yeterli bulmayan %18,7 kadar hekim sürenin ortalama 10,6 ay (SD: 4,82; min:3 – max:24) olması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %88,8'i E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunken; %96,2'si E-ASM'lerin saha eğitimi için önemli olduğuna katıldıklarını belirttiler. Nüfus sayısı ile E-ASM uygulamasını faydalı bulma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların E-ASM'lerde çalışırken kendilerine bağlı nüfus oranlarıyla E-ASM'nin uzmanlık eğitimlerine katkısı ve toplam puan karşılaştırıldığında; nüfusun 2000 ve üzeri birimlerde çalışan hekimlerin puan ortalamaları anlamlı bir şekilde nüfusu az olan birimlere göre daha fazladır (sırasıyla $p<0,01$; $p=0,01$). Post-hoc analizlere göre 2000-2999 arası nüfusu olanlar 0-999 arası nüfusu olanlara göre toplam puan ve uzmanlık eğitimine katkı puanı açısından karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Asistan ve Uzman Hekimlere anket uygulamasında yönelttiğimiz E-ASM'lerin daha etkili olabilmesi için öneriler sorusuna verilen yanıtlar; yönetmelik ve görev tanımı, eğitici ve eğitim ile ilgili öneriler, donanım ve personel durumu ile ilgili öneriler ve işleyiş ile ilgili öneriler adlı tema başlıklarında toplanmıştır. Eğiticiler ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen kodlar E-ASM'lerin uzmanlık eğitiminde önemi, alan ve alan dışı eğitim, E-ASM'lerin kuruluşu ve işleyişi sırasında yaşananlar, süreçte eğiticilerin duyguları ve Aile Hekimliği disiplini başlıklı temalarda toplanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Ülkemizde Aile Hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak kabulünden yaklaşık 30 yıl sonra Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ile ilk kez E-ASM'lerin yapılandırılmasıyla ilgili çabalar ortaya koyulmuştur. Bu başlangıç kuruluş için önemli olmakla beraber çok yüzeyseldir. Aile

Hekimliği uzmanlık gerektiren bir disiplindir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi her yerde aynı standartlarda olmalıdır. Birinci basamaktaki daha gerçekçi öğrenmeyi uzmanlık öğrencilerine sağlayan E-ASM'ler daha yolun başındadır ve geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Özellikle uzmanlık öğrencilerinin en çok vurguladığı eğiticiyle birlikte eğitim ihtiyacının karşılandığı, tamamlanmış bir fiziki yapısı olan, sevk zinciri olduğu zaman fark oluşturmayacak bir öğrenim ve uygulama modeli şimdiden tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. Yaşanan tüm problemlere rağmen Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin açılmış olması Aile Hekimliği uzmanlık eğitimleri açısından çok önemli bir başlangıçtır. Bu nedenle birinci basamakta daha nitelikli ve yetkin hekimlerin yetişebilmesi için alt yapısı eğitim odaklı kurgulanan, yönetimsel olarak eğitim kurumuna bağlı, donanımlı, personel açısından desteklenen, gerek uzmanlık öğrencileri gerekse eğiticilerin özlük hakları açısından eşitsizlik ya da olumsuzluk yaratmayan, eğiticinin rol model olarak uygulama yapabilmesine olanak tanıyan, hasta sayısından çok, eğitim çıktıları ön plana çıkan güncel bir E-ASM yapılanması gereklidir. Bu koşulların hazırlanabilmesi için aile hekimliği camiası her türlü desteği vermeye hazır olduğunu belirtmektedir ancak temel sağlık politikalarını belirleyecek olan bu konuda asıl olan Sağlık Bakanlığının kararları ve etkinliğidir.

Anahtar sözcükler: aile hekimliği, mezuniyet sonrası tıp eğitimi, asistanlık, E-ASM, saha eğitimi, eğitici, kalitatif, kantitatif

Role of Educative Family Health Centers in Family Medicine Residency Programme of Turkey

Student's Name: Hasan Hüseyin Şahin

Supervisor: Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan

Department: Department of Family Medicine

2. ABSTRACT

İntro and Aim: Family Physician is the practitioner who completed a post graduate medical education which is designed to give a competency. In Turkey, Family Medicine placed in specialization regulations in medicine in 1983. Family Medicine vocational training began in Public Research and Training Hospitals in 1985. After the first department was established by the approval of the Council of Higher Education, it is accepted to be a major degree in health that requires postgraduate education. It is announced by the Council for Speciality in Medicine that half of the residency period of family medicine would be completed in the field/domain of it. Through this period the target is to give a competency to the residents about primary care practice, person centered care, specific problem solving skills, comprehensive care, community orientation and holistic appraach. It is realistic to gain these competencies during field/domain training for a clinical department which is primary care and community oriented. This will be achieved by the establishment of the Education Family Health Centers (E-FHC). The aim of this study is to expose and evaluate the expectations, thoughts, experience and suggestions of the residents, physicians and trainers.

Material and Methods: This is a mixed methodology study that used qualitative and quantitative designs together. We did not take the sample in our work, but the whole population was reached. Data collecting period was hold between October 15th-December 15th 2017 in the 9 Turkish post graduate education institutions that has E-FHCs. A quantitative questionnaire consisting of 50 questions was prepared to demonstrate descriptive analyzes in the quantitative section and applied to resident doctors who served at least 16 months in E-ASM for 3 months. In addition, surveys were delivered by e-mail to the specialist physicians who worked and researched during the specialist training (response rate = 107/122). In the questionnaire, factor

analysis was performed for the likert type scale consisting of definitions aiming to evaluate E-ASM. Qualitative part of our research was performed by taking voice recordings with 16 trainers who worked at E-ASM for at least 3 months and semi-structured in-depth interviews for 30 minutes, transcripts were extracted and the results were analyzed by theme analysis. P<0,05 was considered statistically significant by descriptive and comparative analyzes.

Results: Our work was carried out in 16 Education and Family Health Centers affiliated to Family Medicine Branches in 9 institutions. From 122 assistants and specialists, we reached to 120 people and 107 questionnaires were collected. The response rate in our study was 89%. As many as 81.3% of the participants were satisfied with the study period in E-ASM; (SD: 4,82; min: 3 - max: 24). 88.8% of the participants were satisfied with working at E-ASM; 96.2% stated that they agree that E-ASMs are important for field training. A significant relationship was found between the population and the E-ASM application scores. When participants' contribution to E-ASM's expertise training and total score were compared with their dependent population ratios while working in E-ASMs, the average score of the physicians working in 2000 and above units is significantly higher than the units with low population ($p < 0.01$, $p = 0.01$, respectively). Participants who participated in the E-ASM 2000 and above were significantly more likely to have a good education in E-ASM than in those with a less population and that the physical conditions were favorable ($p < 0.001$). A significant relationship was found between the population and the E-ASM application scores. According to the post-hoc analyzes, those who had a population between 2000-2999 were significantly higher than those with a population between 0-999 ($p < 0,05$). Responses given to the assistants and specialist doctors in order to make E-ASMs more effective for the questionnaire application; regulations and job descriptions, suggestions for trainers and trainers, suggestions for hardware and personnel status, and suggestions on how to work. The codes obtained as a result of the in-depth interviews with the trainers were collected on topics such as the importance of E-ASM's expertise education, field and extracurricular education, experiences during the establishment and operation of E-ASMs, emotions of trainers in the process and discipline of Family Medicine.

Discussion and Closure: Approximately 30 years after the Family Medicine accepted as a specialization area in our country, efforts have been made to construct E-FHCs for the first time with the Education and Family Health Centers Payment and Contract Regulation. This is very superficial as well as important for the start-up organization. Family Medicine is a discipline that requires expertise. The Family Medicine Specialization Training should be everywhere with the same standards. E-ASMs, which provide first-step and more realistic learning to residents, are at the beginning of the journey and need to be developed. A learning and implementation model, which has a completed physical structure and meets the training needs with trainer and that will not make a difference when the referral chain takes start, should be designed and implemented in advance. Despite all the problems that have arisen, the opening of the Education Family Health Centers is a very important beginning in terms of specialist training in Family Medicine. For this reason, in order to be able to train more qualified and competent physicians in the first step, it is possible for the trainer to apply as a role model, which is based on a training center, is administratively related to the educational institution, is equipped with personnel, is supported by the personnel and does not create any inequality or negativity in terms of the rights of the trainees, a new E-FHC structure is required, which means that the training outputs are in the foreground rather than the number of patients. In order to be able to prepare these conditions, the family medicine mosque states that it is ready to give any kind of support but it is the decisions and effectiveness of the Ministry of Health which is the main subject in determining the basic health policies.

Key words: family medicine, post-graduate medical education, residency, family medicine training centers, field training, trainer, qualitative, quantitative

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır. Aile Hekimi bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunar (Heyrman ve Spreeuwenbergh, 1987; Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013).

Aile Hekimliği tanımından da anlaşılacağı üzere birinci basamakta uzmanlaşmayı gerektiren Aile Hekimliği eğitim süresinin yarısının Tıpta Uzmanlık Kurulu kararı uyarınca Aile Hekimliği uygulamasında geçmesi beklenmektedir. Bu süreçte uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım açısından yeterlilik kazanmaları hedeflenir. Birinci basamak ve toplum yönelimli klinik bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği eğitimi sürecinde bu yeterliliklerin sahada kazanılması gerçekçidir. Sağlık Bakanlığı'mız, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimini güçlendirmek amacıyla Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (E-ASM) kurulması için çalışmalar yürütmüş ve ülkemizde Aile Hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak kabulünden yaklaşık 30 yıl sonra Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ile ilk yapılandırma çabası ortaya koyulmuştur. Bundan sonra pek çok anabilim dalı ve klinik saha deneyimi ve eğitimlerine başlamak için girişimlerde bulunmuştur (WONCA Europe, 2011). Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 55 üniversite ve 17 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilmektedir (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2017).

Saha eğitimi dünyanın çeşitli ülkelerinde Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim müfredatları içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde son zamanlara kadar aile hekimliği uzmanlık programında saha eğitiminin yeri yoktu. E-ASM birimlerinin açılması ile beraber Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği ve Yeterlilik Kurulunun da istekleri gerçekleşmiş ve en azından aile hekimliği uzmanlık yeterliliklerine uygun

biçimde bir saha eğitiminin düzenlenebilmesinin alt yapı olanağı oluşturulmuş oldu. Müfredattaki yeri, klinik eğitimde kullanılacak yöntem, içerik, ölçme-değerlendirme ve en önemlisi organizasyonel açılardan geliştirilmesi gerekmesine rağmen E-ASM'lerin açılmış olması Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi için kazanımdır. Çünkü Dünya genelinde farklı ülkelere bakacak olursak örneğin İngiltere'de "Royal College of General Practitioners" da açıklanan eğitim programı içerisinde minimum 12 ay saha çalışması yer almaktadır (Royal College of General Practitioners, 2015). Yeni Zellanda'da 3 yıllık eğitim programı içerisinde ise her dönem kısa aralıklarla eğitici eşliğinde saha çalışmalarına ziyaretlerle yer verilmiştir (The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2017).

Eğitici eşliğinde iş başında, yapılandırılmış, değerlendirme ve geri bildirimlerle desteklenmiş klinik eğitimlerin yapılabileceği; eğiticinin rol model olabileceği, refleksiyon ve olgu tartışmalarının yapılabileceği, halk eğitimlerinin, yöneticiliğin ve kurumlar arası işbirliğinin öğrenilebileceği en uygun eğitim ortamı E-ASM'lerdir. Bu nedenle birinci basamakta daha nitelikli ve yetkin hekimlerin yetişebilmesi için alt yapısı eğitim odaklı kurgulanan, yönetimsel olarak eğitim kurumuna bağlı, donanımlı, personel açısından desteklenen, gerek uzmanlık öğrencileri gerekse eğiticilerin özlük hakları açısından eşitsizlik ya da olumsuzluk yaratmayan, eğiticinin rol model olarak uygulama yapabilmesine olanak tanıyan, hasta sayısından çok, eğitim çıktıları ön plana çıkan yeni bir E-ASM yapılanması gerekmektedir. Bu şekilde kurgulanacak E-ASM'lerin sayısının artırılması ve tüm tarafların konuya sahip çıkıp başta personel desteği olmak üzere kolaylaştırıcı rol üstlenmesi, yaşanan deneyimlerden yola çıkılarak eğitim odaklı yeni bir yönetmelikle gerekli düzenlemelerin yapılması Aile Hekimliğinin geleceği açısından oldukça yararlı olacaktır (Kaya ve ark., 2017).

Çalışmamızda, Türkiye'de E-ASM yapılanması bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dalları bünyesinde görev yapmış asistan hekim ve eğitmenlerle görüşerek E-ASM'lerin Aile Hekimliği uzmanlık eğitimindeki yeri, beklentilerin ne kadarının karşılandığı ve geliştirilmesi gereken noktaları değerlendirmek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Eğitim ve Alan Eğitimi Nedir?

"Eğitim" günlük yaşantımızda çok sık kullandığımız sözcüklerden birisidir. Eğitime yüklenen işlev, temele alınan felsefi yaklaşım, toplumda hâkim olan siyasi görüş, toplumun ve bireylerin eğitimden beklentilerinin farklı olması nedeniyle, eğitimin tek bir tanımını yapmak mümkün değildir. Eğitim, bireyin doğumundan ölümüne kadar devam eden bir süreçtir. Davranış geliştirme, yetenek geliştirme, bilgi, beceri ve tutum kazanma sürecidir (Alkan, 1984). Bireyin davranışında kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istendik değişme meydana getirme sürecidir (Ertürk, 1994).

Meslek alanı, ortak özelliklere sahip birden fazla meslek dalını içeren; bilgi, beceri, tutum, davranış ve istihdam olanağı sağlayan alan anlamına gelir. Mesleki Alan Eğitimi, örgün meslekî ve teknik eğitimin yanında veya dışında uygulanan programlarla bireyleri bir mesleğe hazırlayan, bir meslek sahibi olanların mesleklerinde gelişmelerine ve yeni mesleklere uyumlarına olanak sağlayan, ayrıca bireylerin günlük yaşamlarında ilgi, istek ve gereksinimlerine uygun eğitimlerle sertifikaya ve belgeye götüren eğitimdir (Mesleki Eğitim Yönetmeliği, 2009)

Mesleki alan eğitiminin önemli olduğu yerlerden biri de dünyanın çoğu ülkesinde birinci basamak sağlık sisteminin dayandığı Aile Hekimliği'dir. Ülkemizde çoğu eğitim kurumunda Aile Hekimliği uzmanlık eğitim süresi hastane rotasyonları, kendi klinik uygulama alanları ve bölüm eğitim etkinlikleri ile tamamlanmaktadır. Her ne aile hekimliği anabilim dalı/klinikleri alan eğitimlerini kendi poliklinik uygulamalarıyla tamamlamaya çalışsalar da gerçek alan eğitimi derslikler dışında, uygulama sürecinde ya da başka bir deyişle "iş üstünde" gerçekleştirilmelidir. Bu eğitim modeli yeterliğe dayalı; bilgi ve beceri temelinde kişinin kendi performansını geliştirebileceği; etkin iletişim ve geribildirim tekniklerinin kullanıldığı olduğu bir klinik ortam saha uygulaması olmalıdır.

4.2 Aile Hekimliği Nedir?

Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013).

Aile hekimliği, araştırması kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve "birinci basamak hizmeti" (hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından verilen sağlık hizmeti) yönelimli klinik bir uzmanlıktır (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Aile Hekimliği, aile hekimlerinin karşılaştığı sorunlarla ilgili bilgi kütlesi olarak tanımlanabilir. Diğer uygulamalı disiplinlerde olduğu gibi aile hekimliğindeki bilgi kütlesi de sadece geçerli bilgileri değil beceri ve teknikleri de içerir. Aile Hekimliği'nin hareketlerine yön veren ilkeler vardır (McWhinney'in Aile Hekimliği, kitabı, 2017). Bunlar;

- Aile Hekimleri, belirli bir konu, hastalık grubu ve özel bir teknikten ziyade bireye odaklanmışlardır.
- Aile Hekimi, rahatsızlığın bağlamını anlamaya çalışır.
- Aile Hekimi, hastalarıyla her temasını sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma için bir fırsat olarak görür.
- Aile Hekimi, kendine kayıtlı bireyleri risk durumları açısından da gözden geçirir.
- Aile Hekimi kendini toplum içindeki sağlık bakımı ve destekleyici hizmetler ağının bir parçası olarak görür.
- İdeal olarak, aile hekimleri hastalarıyla aynı yaşam ortamını paylaşmalıdır.
- Aile Hekimi, hastaları evlerinde görür.
- Aile Hekimi, tıbbın öznel yönlerine önem verir.
- Aile Hekimi, kaynakların yöneticisidir.

Bu tanımdaki unsurlardan bazıları tüm tıp mesleğine uygulanabildiği gibi, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplinin aile hekimliği olduğu vurgulanmaktadır (The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2002). Bazı görüşlerce yine, aile hekimlerinin sağlık sistemleri içindeki temel ve karmaşık rolünün, tıp mesleği içinde ve tıpla bağlaşık diğer meslekler, sağlık hizmeti planlayıcıları, ekonomistler, politikacılar ve halk tarafından da tam olarak anlaşılmasının yaşamsal olduğundan söz edilir (Boelen ve ark., 2002).

4.2.1 Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile hekimliği, ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. İngiltere'de 1947 yılında aile hekimleri genel pratisyenlerin Aile Hekimleri Kraliyet Koleji (Royal College of General Practice) kurması ile gerçek anlamda aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kapsamlı ve bireysel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır (Tüzün ve Kaya, 2009).

1960'ların başlarında birinci basamakta çalışmaya uygun hekimlerin oluşturacağı yeni bir tıp disiplini kurulması fikri ortaya atılmıştır. Yine 1960lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) "Aile Hekimliği Kurulu" (Board of Family Practice) kurularak ile hekimliği uzmanlığı oluşmuştur. Daha sonra 1963 yılında Edinburg'ta ilk aile hekimliği bölümü açılmıştır. İngiltere'de uzmanlık dalı olarak tanınması ise 1965 yılında olmuştur. 1969 yılında "Amerikan Tıp Birliği" (American Medical Association) tarafından "Milis Raporu" ve "Willard Raporu" olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu "Aile hekimliği" tanınmıştır.

Aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş olan tanımı 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında Leeuwenhorst grubu tarafından vurgulanmış ve bu uzmanlık dalının, "birinci basamak hekimliğinin", organ ya da sistemlerini değil insanı esas alarak inceleyen bir dal olduğunun altı çizilerek belirtilmiştir (Rakel, 2002).

1978 yılında Kazakistan'da "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı" (Alma Ata Konferansı) yapılmış ve çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında hedefler ve stratejiler gösterilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. WHO (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün imzasının olduğu "Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi'nde, aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır (Aktaş ve Çakır, 2012).

4.2.2 Ülkemizde Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile Hekimliği 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'a göre yürütülmektedir. Aile Hekimliği 1970li yılların ortalarında genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde aile hekimliğinin Türkiye'de de verilmesi zorunlu hale gelmiştir (Algın ve ark., 2004).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde 3 dönemden söz edilebilir. Bunlardan birincisi 1983-1993 dönemidir. Aile Hekimliği 5 Temmuz 1983 tarihinde "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Devlet hastanelerinde uzmanlık eğitiminin başlaması ve ilk uzmanların yetişmesi yanında 1984'te, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kâğıt üzerinde kurulmuş, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde fiilen başlamıştır. 1990'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar Ankara'da "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği"ni (AHUD) kurmuşlardır ve 1993 de ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" İstanbul'da düzenlenmiştir. Yine bu dönemde bilimsel platformda bir ilk olan "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) derneğin İstanbul şubesinin önderliğinde yayın hayatına başlamıştır. Bir anlamda bu dönem aile

hekimliğinin ilk adımlarının atıldığı bir dönem olarak da ifade edilmektedir (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004).

1993-2002 döneminde, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve "Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı" ve aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları, ilk eğitici eğitimlerinin düzenlenmesi, Bilecik ilinin pilot bölge olarak öngörülüp, bu bölgede uygulamalara yönelik girişimlerin başlatılması gerçekleşmiştir.

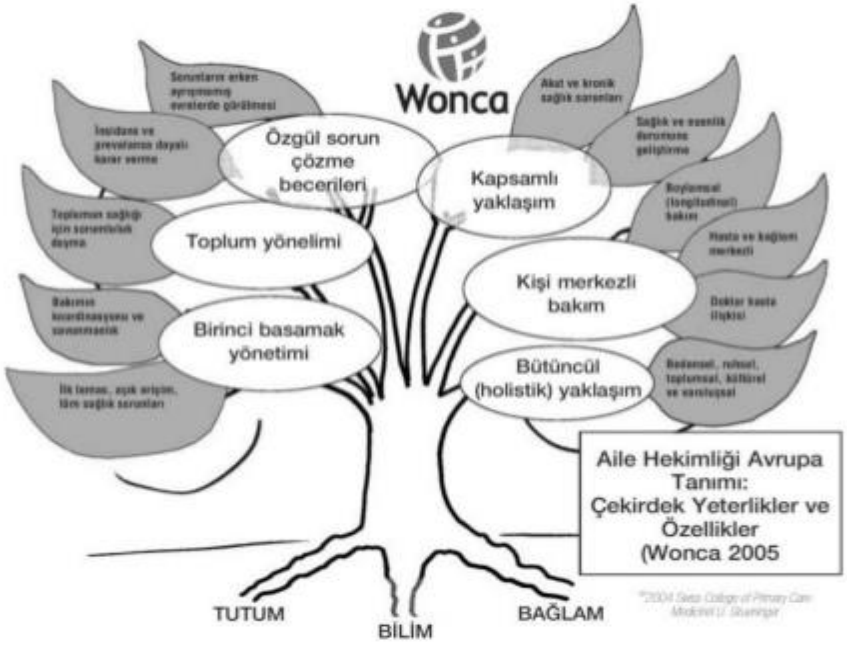
16 Temmuz 1993 tarihinde "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine başlanmıştır. Ayrıca 1993'te İstanbul'da ilk "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" düzenlenmiştir. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" Nisan 1995'te Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatını yayınlamıştır (Söyleyici, 2010).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde üçüncü dönem, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı"nda "Herkese Sağlık" başlığı altında yer alan temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir.

4.3 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Avrupa'da gerçekleştirilen ulusal sağlık sistemleri reformu kapsamında, toplum içinde uygulama yapan iyi eğitilmiş aile hekiminin/genel pratisyenlerin çalıştığı etkin bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin maliyet etkin olduğu ve ayrıca klinik olarak daha etkili sağlık bakımı sağladığı belirtilmiştir. Yine iyi eğitilmiş aile hekimleri vurgulanırken, "Aile hekimliği/genel pratisyenlik, hem bir disiplin hem de bir uzmanlık dalıdır" şeklinde tanımlanmıştır (Çağlayaner, 1995). Şöyle ki oluştuğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite

geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için bir disiplin olarak tanımlanmıştır; aynı zamanda bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi için bir uzmanlık dalı olarak da tanımlanmıştır. (The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2002).



Resim 1: Wonca Ağacı (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005)

Aile Hekimliği Çekirdek yeterlilikleri disiplin özelliklerinin uygulanabilmesi için gerekli olan ve uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan yeterlilikleri ifade etmektedir (Resim 1). Uzmanlık eğitim programları bu yeterlilikleri hedefleyerek oluşturulmalıdır (The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2002).

<u>Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Çekirdek Yeterlilikler;</u>

1. Mesleki Değerler ve Etik
2. Aile Hekimliğinde Klinik Uygulamalar
3. İletişim

4. Eğitim ve Eğiticilik
5. Araştırma ve Kanıta Dayalı Tıp
6. Yönetsel Beceriler

4.3.1 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Dünya Ülkelerinden Örnekler

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti" konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Türkiye'de pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Uygulama ve isim farklarına rağmen aile hekimliği, dünya ülkelerinin birçoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

1)Birleşik Krallık: Aile hekimliği disiplinin ilk kez tanımlandığı ve uzmanlık eğitiminin ilk yapılandırıldığı ülkedir. 1979'da zorunlu kılınan Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1 yıl intörnlük, 2 yıl hastane eğitimi (asistanlık) ve eğitici eğitimi görmüş bir Aile Hekiminin muayenehanesinde 1 yıl çalışarak tamamlanır (Saatçi ve Sezer, 1996). Uzmanlık sonrasında bitirme sınavı zorunlu değildir. Ancak "Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin %80'i sınava girmektedir (Dünyada Aile Hekimliği, 2014).

2)Almanya: Almanya'da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ile hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir (Söyleyici, 2010). Tıp fakültelerindeki aile hekimliği dersi verilmektedir ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır (Yaman ve Sanholzer, 2007). 1994 yılında birinci basamakta çalışacak hekimler için Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi almak da zorunlu hâle getirilmiştir. Bu eğitim7,5 yıllık tıp eğitimi, 1 yıl intörnlük ve 1,5 yıl zorunlu klinik eğitimi kapsar (Saatçi ve Sezer, 1996).

3)Hollanda: Hollanda aile hekimliği uygulaması, kapı tutuculuk olarak nitelendirilmektedir. Aile hekimliği uzmanı olmak için 3 yıl, diğer uzmanlık alanları

için ise 4-5 yıl ihtisas görmek gerekmektedir. Aile hekimi isterse klinikte sadece yarım gün çalışabilir, fakat maaşı da ona göre ayarlanmaktadır (Haliloğlu, 2014).

4)Fransa: Aile Hekimliği eğitimi 1990'dan sonra Avrupa Birliğine uyum için başlatılmıştır. Fransa'da, aile hekimliği uzmanlığı süresi 3 yıldır. Teorik dersler ve 6 ay süreyle 6 farklı serviste rotasyon (dahiliye, acil servis, genel cerrahi, pediatri, kadın doğum hastalıkları ve 2 ayrı aile hekiminin muayenehanesinde staj) bulunmaktadır. Aile hekimliği uzmanlığı 14 eğitimi tamamlandıktan sonra, uzmanlık diploması verilmektedir ve tez sunumu ile "doktor" unvanı taşıma hakkı kazanılmaktadır (Saatçi ve Sezer, 1996; Securite Sociale, 2012; Haute Autorite, 2015; Anell and Willis, 2015).

5)Kanada: 4-6 hafta süren mezuniyet öncesi Aile Hekimliği pratik stajı, kürsülerin uygulama merkezlerinde yapılır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 2 yıl sürer; 1 yılı hastane rotasyonlarına, 8 ay Aile Hekimliği merkezinde pratik uygulamaya 4 ay da seçmeli bir rotasyona ayrılmıştır. İsteyen asistan eğitimini 3 yıla uzatabilir, böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilir (Saatçi ve Sezer, 1996).

6)ABD: Aile hekimi olmak için 2 yıl kolej, 4 yıl tıp fakültesi eğitimi ardından 1 yıllık intörnlük yapılır. Bu süreçte 3 adet ulusal kurul sınavına girilir. Uzmanlık eğitimi 3 yıl sürer. Aile hekimliği uzmanlığının sertifikasyonu ve belli aralıklarla resertifikasyonu (eğitimin yenilenmesi ve bu durumun belgelendirilmesi) gerekir; yetkili kurum Amerikan Aile Hekimliği Kurulu'dur (ABFP; American Board of Family Practice) (Saatçi ve Sezer, 1996).

7)Küba: Küba'da 1984 yılında "Aile Hekimliği Planı" uygulanmaya başlanmıştır. Küba'da tıp eğitimi 6 yıldır. 2 yıl daha aynı merkezde çalışarak hekimler aile hekimi olabilmektedir. Diğer branşlarda da uzmanlaşma ancak bu iki yıldan sonra mümkün olmaktadır (Dünyada Aile Hekimliğinden Örnekler, 2009).

4.3.2 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Türkiye Örneği ve Müfredat

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Müfredatının belirlenmesi ülke genelinde uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve kalitesini sağlamanın temel koşuludur. Nitelikli sağlık hizmeti vermek ancak bu koşulların sağlanmasıyla mümkün olur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Bu karar ile birlikte rotasyonların süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplinin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretisine on sekiz aylık süre ayrılmıştır. Bu gelişme Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi içeriğinin gözden geçirilerek yeni düzenlemeye uygun hale getirilmesi gereğini ortaya koymuştur.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun "Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu" çalışmaları çerçevesinde, tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi Aile Hekimliği disiplini için de bir komisyon oluşturulmuştur. Bu komisyon aile hekimliği disiplininin temel ilke ve esaslarına uygun çekirdek müfredatın hazırlanmasında Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun (TAHYK) 2007 yılında oluşturduğu ve sonrasında geliştirdiği müfredatı esas almıştır. Bu müfredatın amacı aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren birimlere, bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlik alanları ve bunlara ait öğrenme yöntemleri, eğitim alt yapısı ve ölçme değerlendirme yöntemlerini tanımlamaktır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri.

Aile hekimliği uygulama eğitimi esas olarak hastayla temas süreçlerinde yapılmalıdır. Hastayla görüşme süreci aile hekimleri için temel öğrenme fırsatıdır. Bir deneyim yaşama ve bu deneyimi analitik değerlendirme süreciyle öğrenmeye dönüştürme aile hekimliğinde başlıca öğrenme yöntemidir. Burada öğrenen ile eğiticinin bire bir bağlanması önemlidir. Yine bu süreçte gözetim ve geribildirim önemli iki eğitim yöntemidir. Bireysel deneyim ve bu deneyimlerden öğrenmenin yanı sıra akranlardan öğrenme de söz konusudur. Bunun için genellikle yansıtma

(refleksiyon) grupları kullanılmaktadır. Burada belirli aralıklarla bir araya gelen aile hekimleri birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme süreci yaşarlar.

Rotasyonlar aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında seyrek görülen durumlar, hastane kliniklerinde daha kısa sürede öğrenilebilir. Bir bütün olarak kendisine kayıtlı bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlarla sağlanmaktadır.

Müfredat öncelikle uzmanlık öğrencileri, eğiticiler, uzmanlık eğitimi veren kurum ve programları ilgilendirmekle birlikte ilgili fakülteler, yerel sağlık yönetim birimleri ve verilen eğitimden etkilenen veya bu eğitimi etkileyen tüm paydaşlar hedef kitle içinde sayılmalıdır (TUKMOS Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı,2013).

Ülkemizin yetişmiş aile hekimliği uzmanına olan acil ihtiyacı ve sağlık reformu çalışmaları nedeniyle, geçiş dönemi eğitimlerinin tamamlanacağı tarihe kadar geçerli olmak üzere, bir geçici maddeyle düzenlenmek kaydıyla Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi'nin 36 aylık bir müfredatla yürütülmesi ve bileşeninin aşağıdaki şekliyle uygulanması Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu - Yürütme Kurulu (TAHYK-YK) tarafından uygun görülmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 36 aydır. Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21-23.06.2010 tarih ve 80 numaralı kararı gereğince bu süre belirli bileşenlerden oluşur (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlığı Derneği, 2007). Uzmanlık eğitimini bitiren aile hekimliği uzmanı entegre ilçe hastanelerinde, birinci basamak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde, toplum sağlığı merkezlerinde, kamu kurumlarında, akademik birimlerde ve özel sektörde çalışabilmektedir.

Aile Hekimliği son yenileme toplantısı TUKMOS Komisyonu Üyeleri ve TUK Sekretaryası temsilcileri eşliğinde 02.11.2017 gerçekleştirilmiştir. Toplantıda Aile Hekimliği TUKMOS Komisyonu v.2.0 taslak müfredatını bütünüyle gözden geçirerek mevcut imla hatalarını düzeltmiş ve bazı yetkinlik düzeylerinde değişiklikler yapmıştır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına diğer uzmanlık alanlarından (çalıştay tarihine kadar) itiraz gelmemiştir (Tablo 1 ve 2).

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi programına 02.11.2011 tarihli 663 sayılı KHK'nın geçici 9. Maddesi eklenerek uzmanlık için ikinci bir yol sunulmuştur. Eklenen maddeye 2020 yılına kadar sistemde sözleşmeli olarak çalışan

aile hekimlerine Tıpta Uzmanlık Sınavına girmek ve altı yıla yayılmak suretiyle, şimdi çalışmakta oldukları aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya devam ederken ve uzaktan eğitim yöntemleriyle uzmanlık hakkı tanınmıştır.

Tablo 1. Aile Hekimliği Müfredatı Örneği

YIL	AY	ROTASYON	TANIM	YER
1.YIL	1.AY	Aile Hekimliği	Uyum eğitimi	Poliklinik
	2.-5. AY	İç Hastalıkları	Rotasyon	
	6. AY	Aile Hekimliği	Uyum eğitimi 2	Poliklinik/E-ASM
	7.-9. AY	Kadın Doğum	Rotasyon	
	10-11. AY	Aile Hekimliği	Uygulama	Poliklinik/E-ASM
	12. AY	Dermatoloji	Rotasyon	
2.YIL	13-16.AY	Pediatri	Rotasyon	
	17. AY	Elektif	Rotasyon	
	18-19. AY	Aile Hekimliği	Uygulama + Tez	Poliklinik/E-ASM
	20. AY	Acil Tıp	Rotasyon	
	21-22.AY	Psikiyatri	Rotasyon	
	23. AY	Kardiyoloji	Rotasyon	
	24. AY	Göğüs Hastalıkları	Rotasyon	
3.YIL	25-36.AY	Aile Hekimliği	Uygulama + Tez	Poliklinik/E-ASM

Tablo 2. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat, TUKMOS, 2017

ROTASYON DALI	ROTASYON SÜRESİ (AY) Aralık 2017 itibariyle
İç Hastalıkları	4
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2
Göğüs Hastalıkları	1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	1
Kardiyoloji	1
Acil Tıp	1
Elektif (Nöroloji / Genel Cerrahi / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon'dan bir tanesi olmak kaydıyla)	1
Toplam	18

4.4 Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitiminde Alan Eğitimi ve Önemi

Gerek akut gerekse kronik hastalıklarla ilgili olarak sunulan sağlık bakımının büyük kısmı ayaktan hasta bakımının yapıldığı birimlerde karşılanmaktadır. Bu hizmetler ilk başvuru hizmetlerinin de önemli kısmını oluşturmaktadır. Birincil sağlık sorunlarıyla baş etmek için ortaya atılmış bir tıp disiplini olan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin büyük kısmı ise hastane odaklı servislerde yürütülmektedir. Dolayısıyla doğrudan ayakta hasta bakımını merkeze alan bir disiplin olan aile hekimliğinde uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için yataklı servislerde uygun olgularla karşılaşılması sınırlı olmaktadır (Ünalan ve ark., 2016).

Klinik eğitim, hizmet sunumu sırasında yani klinik ortamlarda eğitim verme yöntemidir. Klinik eğitim; eğitilenlerin ihtiyaçlarına göre düzenlenir, beklentiler eğitilen ve eğiticiler arasında paylaşılır yani açık ve gerçekçi olmak önemlidir, olumlu eğitim ortamı yaratılması birincil koşuldur ve mutlaka sürecin izlenmesi, performansın değerlendirilmesi ve buna spesifik geri bildirimler verilmesi gerekir (Sprake, 2008).

Klinik eğitimde kullanılan temel yöntemlerden biri Kolb tarafından 1980'lerde tarif edilmiş olan deneyimsel / deneyimlerden öğrenmedir (Irby, 1995). Kolb'a göre öğrenmenin süreklilik taşıyan döngüsü yapılandırılmış deneyimlerle başlar, bunu eğitilenin refleksiyonu izler. Kısacası eğitilenin yaşadıklarını ve bunlardan çıkardıklarını anlatması beklenir. Bu sırada eğitilenin deneyimlediklerinden kavramsal ifadeler oluşturulmaya çalışılır. Refleksiyonda ortaya konulanlar ile var olan kavramlar arasında bağ kurulmaya ya da bu yaşananlara ilgili literatür içinden açıklama getirilmeye, ad konulmaya çalışılır. Bu yapılanların klinikteki karşılığı "karar verme sürecidir". Yaşanan bu deneyimden öğrenilenler tartışılır. Ortaya çıkan kararlar bundan sonraki yeni deneyimlerde kullanılacaktır. Var olan, edinilmiş olan bilgi ile yeni edinilen bilgi arasındaki gidip gelmeler öğrenme sürecini oluşturacaktır. Refleksiyon ve tartışmalar bu gidip gelmeleri sağlamaktadır. Bu işleyiş klinik eğitimin temelidir.

Skeff tarafından 1988'de tarif edilen Stanford modelinde klinik eğitimin 7 temel kategori içinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu kategoriler;

1. olumlu bir eğitim ortamının yaratılması,
2. oturumun kontrol edilmesi,
3. grup dinamiklerinin ve liderlik yönteminin belirlenmesi;
4. hedeflerin ve beklentilerin belirlenmesi ve paylaşılması;
5. öğrenilenlerin anlaşılması, tartışılması,
6. paylaşılması yoluyla kalıcılığının sağlanması; değerlendirme, geri bildirim ve kendi kendine öğrenmenin desteklenmesidir.

Gelişim ve süreç yönelimli bir eğitim yaklaşımı tercih edildiği için ağırlıklı olarak iş başında öğrenme ve değerlendirme modellerinin kullanıldığı bu uzmanlık eğitiminde genel anlayış, hizmet ve eğitimin birbirlerini besleyecek şekilde iç içe yürütülmesidir. Bu anlayış çerçevesinde eğitim, zengin klinik deneyimler üzerinden yürütülür; bir dizi yapılandırma ile hizmet ortamları aynı zamanda etkin birer öğrenme ve değerlendirme ortamları haline dönüştürülür. Diğer yandan iş başında öğrenme modelinde, öğrenmenin merkezinde eğitici ve eğitilenin deneyimlerine dayanan klinik karşılaşmalar vardır. Bu somut klinik durumlar karşısında yaşananların derinlemesine düşünme ve değerlendirme (refleksiyon) yöntemleri kullanılarak yapılandırılmış

öğrenme süreçlerine dönüştürülmesi esastır. Kısacası, bu modelde sadece bilmek, gözlemek ve/veya yapmak üzerinden giden eğitim etkinlikleri yeterli değildir. Bunlar yerine, tüm eğitim sürecinde sistematik ve düzenli olarak geribildirimlerle deneyimlerin reflekte edilmesi ve belirlenen eksiklikler doğrultusunda öğrenenin eğitici ile birlikte yeni eğitim sürecini planlanması ve bu planlamaya uygun bağımsız araştırma ve öğrenme etkinlikleriyle gelişimin iyileştirilmesi gerekir (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, 2013).

Aile hekimliğinde saha eğitiminin amacı birinci basamak ortamında, çağdaş, kanıta dayalı, etkin ve kaliteli sağlık hizmeti verecek yeterliğe sahip aile hekimliği uzmanları yetiştirmektir. Burada eğitim alan asistan hekimler;

- Aile Hekimliğinin temel özelliklerini kavrayabilmeli.
- Temel yeterliğe sahip olmalı.
- Aile hekimliğinde temel klinik yaklaşımları benimsemeli.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde idari konuları bilmeli.
- Birinci basamakta araştırma planlayabilmeli ve yürütebilmeli.
- Sağlık ölçütlerini yorumlayabilmeli ve kullanabilmeli.
- Ayrışmamış hasta yönetimini bilmeli.
- Düşük prevalans hekimliği uygulamalarını bilmeli.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde disiplin/klinik olarak tarif edilen saha eğitimine ayrılan sürenin 18 ayı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı/Kliniği Eğitim sorumlusu tarafından uygun görülecek şekilde ilk bölümü uzmanlık eğitiminin başlangıcında uyum eğitimi içerikli olacak şekilde, rotasyon aralarına bölünerek uygulanabileceği gibi, bütün olarak da uygulanabilir. Aile Hekimliği klinik uygulama eğitimi; üniversitelerin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezleri ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde bulunan Aile Hekimliği polikliniklerinde ve ilgili mevzuat gereğince bu kurumlarca kurulmuş ya da bu kurumlara tahsis edilmiş Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülür. Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde, ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı/Kliniğinin tüm öğretim elemanlarının yanında TAHYK mevzuatında tanımlanan yeterliliklere sahip Eğitici Aile Hekimliği uzmanlarının istihdamı ve eğitici olarak görev yapmaları esastır.

4.4.1 Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

Birinci basamak yönelimli klinik bir dal olan aile hekimliği uzmanlık eğitimi, toplam 36 ay sürmektedir. Bu sürenin 18 ayı, genel tıp uygulamalarına yönelik ana branşlarda rotasyonlar ile tamamlanmaktadır. 36 ay olan toplam aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, 18 ayı saha eğitimi olarak öngörülmüştür (Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2014). Hâlihazırda bu eğitimler genellikle üçüncü basamak hastanelerde veya buralara bağlı semt polikliniklerinde yürütülmektedir. Bu eğitimlerin birinci basamak saha yaklaşımını tam olarak yansıtması mümkün olmadığından, eğitim aile sağlığı merkezlerinde (E-ASM) saha eğitimlerinin yürütülmesi öngörülmüştür (Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği, 2014). Aile hekimliğinin temel yeterlilikleri arasında sayılan toplum yönelimli bakım, bir takım çalışmasını gerektirmekte olup, bunun yürütülebilmesi için hem sağlık çalışanları, hem de sağlık sektöründen olmayan kişilerle uyum içinde ortak bir dil oluşturulması elzemdir (Gervits ve Anderson, 2014). Bu koordinasyonun sağlanabilmesi için gerekli eğitimlerin aile hekimliği ihtisası sırasında verilmesinde EASM'lerin önemli rol oynayacağı düşünülmektedir (Ateş ve Set, 2015).

26 Eylül 2014 tarihli ve 29131 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği" ile EASM'lere ilişkin amaç ve esaslar düzenlenmiştir. Bu Yönetmelik ise, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanunun 3. maddesinin dokuzuncu fıkrası ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır (Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği, 2014).

Türkiye'de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi şu an için 55 üniversite ve 17 Eğitim Araştırma Hastanesinde verilmektedir (TAHUD rapor, 2017). Ülkemizde şu an itibariyle üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri dâhil olmak üzere toplam 9 kurumda eğitim aile sağlığı merkezleri açılmış olup aktif olarak çalışmaktadır (Tablo 3) (Resim 2-6). Süreç içerisinde diğer kurumlardan da başvurular yapılmış olup açılış aşamasında olan kurumlar da mevcuttur.

Tablo 3. Ülkemizde Aktif Çalışan Eğitim-Aile Sağlığı Merkezleri

KURUM	E-ASM	BİRİM
Marmara Üniversitesi	Maltepe	2
	Tuzla	3
Dokuz Eylül Üniversitesi	Buca Mediko	1
	Gaziemir Irmak	2
	Gaziemir	2
	Balçova	1
Katip Çelebi Üniversitesi	Karşıyaka	2
	Çiğli	2
	Narlıdere	2
Şişli Etfal Hamidiye EAH	Sultangazi	3
	Sultangazi 2	2
Okmeydanı EAH	Hürriyet	3
Haseki EAH	Bağcılar	2
Ankara EAH	Doğantepe	4
Bursa Yüksek İhtisas EAH	Bağlaraltı	3
Konya EAH	Selçuklu	2



Resim 2. Marmara Üniversitesi Tıp FakültesiTuzla E-ASM



Resim 3. Ankara EAH Doğantepe E-ASM



Resim 4. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tuzla E-ASM



Resim 5. Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli E-ASM

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri

Çalışmamız karma metod yöntemin kullanıldığı bir çalışma olup hem kalitatif hem de kantitatif metodoloji içermektedir. Kantitatif bölümde tanımlayıcı bir çalışma yapmak üzere oluşturulmuş olan soru formu aracılığıyla E-ASM'lerde görev yapmış asistan hekimlere E-ASM deneyimini genel olarak nasıl değerlendirdiğini belirten, olumlu yönleri ve geliştirilmesi gereken yönlerin sorgulandığı ve katılımcıların sosyo demografik verilerini de içeren değerlendirme anketi uygulanmıştır.

Araştırmamızın kalitatif verileri ise E-ASM'lerde görev yapmış eğiticilerden çalışmaya katılmak için onay alındıktan sonra randevulu olarak tespit edilen gün ve yerde ortalama 30 dakika süren ve tamamı aynı görüşmeci (araştırmacı) ve bir gözlemci eşliğinde tarafından gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Bilgilendirilmiş onamları alınan katılımcılar ile yapılan görüşmelerin birebir ses kayıtları bir görüşmeci tarafından görüşmelerin ses kaydı alınarak yapılmıştır.

Çalışmamızın veri toplama süreci 15 Ekim – 15 Aralık 2017 tarihleri arasında Türkiye'de E-ASM'lere sahip tüm kurumlara ulaşılarak gerçekleştirilmiştir. Bu kurumlar;

- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Şişli Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

5.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini ülkemizde E-ASM yapılanmasına sahip tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı/Kliniklerine bağlı E-ASM'lerde uzmanlık eğitimlerini tamamlayıp mezun olanlar da dahil olmak üzere en az 3 ay aktif çalışmış Aile Hekimliği uzmanlık programındaki asistan ve uzman hekimler ile yine E-ASM'lerde en az 3 ay aktif görev yapmış eğitici konumundaki öğretim üyesi/eğiticiler oluşturmaktadır. Çalışmamızda örneklem alınmamış olup tüm evrene ulaşılmıştır.

Araştırmamızın evrenini toplam 122 tam zamanlı aile hekimliği asistan ve uzmanı ile 17 eğitici vasfındaki öğretim üyeleri ve uzmanlar oluşturmaktadır. 122 asistan ve uzman hekimden 120 kişiye ulaşılmış olup 107 kişiden anketler toplanabilmiştir. Eğiticilerden tamamına ulaşılmış olup 1 kişi araştırmamızın danışman öğretim üyesi olması nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Dolayısıyla 16 eğiticiden 15'i ile birebir görüşme sağlanmış olup; zaman kısıtlılığını beyan eden 1 eğitici ile de kısa bir telefon görüşmesi gerçekleştirilebilmiştir.

5.3 Çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri

Çalışma grubumuzu ülkemizde E-ASM yapılanmasına sahip tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalları/Kliniklerine bağlı E-ASM'lerde en az 3 ay aktif çalışmış Aile Hekimliği uzmanlık programındaki asistan hekimler ile mezun olmuş uzman hekimler ve en az 3 ay aktif görev yapmış eğitici konumundaki öğretim üyeleri oluşturmaktadır.

.

5.4 Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen asistan hekim ve eğiticiler ile E-ASM'de 3 aydan kısa görev yapmış, yapmakta olan veya hiç görev yapmamış asistan hekim, uzman ve eğiticiler çalışmaya dâhil edilmeyecektir.

5.5 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Araştırmanın kantitatif kısmında veri toplamak amacıyla 50 sorudan oluşan bir soru formu formu oluşturulmuştur. Buradaki soruların amacı katılımcıların demografik özellikleri ile hekimlikteki deneyimlerini, aile hekimliği disiplini, uzmanlık eğitimi, müfredatı ve E-ASM'de geçirdikleri çalışma süreci hakkındaki bilgi, beklenti ve sorunlar ile önerilerini öğrenmektir. Bu amaçla hazırlanan 23 adet seçenekli, 7 adet açık uçlu, 2 adet 10'lu puanlama ve 18 adet 5'li Likert tipi olmak üzere toplam 50 adet soru içermektedir (Ek-2). Çalışmamızdaki 2 adet 10'lu puanlama sorusunda katılımcılardan E-ASM'de yaşadıkları deneyimin uzmanlık eğitimine katkısı (0 en düşük; 9 en büyük) ve E-ASM rotasyonunun müfredata eklenmiş olmasını değerlendirmeleri (0 en düşük; 9 en büyük) istenmiştir. 18 adet tanımın yer aldığı likert tipi ölçekte (şiddetle katılıyorum 4 ; katılıyorum 3; fikrim yok 2; katılmıyorum 1; hiç katılmıyorum 0 olacak şekilde) puanlama yapmaları istenmiştir. Likert tipi ölçek içerisinde 13 adet olumlu ve 5 adet olumsuz anlam içeren tanım bulunmaktadır. Ölçekteki 4,5,6,8 ve 14 nolu tanımlar olumsuz anlam içermektedir. Ayrıca likert tipi ölçeğin toplam puanı hesaplanmıştır. Toplam puan hesaplanırken kolaylık olması adına olumsuz anlam içeren tanımlarda ters yönde puanlama (şiddetle katılıyorum 0 ; katılıyorum 1; fikrim yok 2; katılmıyorum 3; hiç katılmıyorum 4 olacak şekilde) yapılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve halen aktif olarak kurumlarında çalışan asistan hekimlere kurumlarında veya E-ASM'lerinde ziyaret gerçekleştirilerek dağıtıp toplama yöntemiyle anketler bire bir uygulanmıştır. Ziyaret sırasında herhangi bir sebeple ulaşılamayan asistan hekimlere ve ilgili kurumlardaki eğitimlerini tamamlayarak başka kurumlara atanmış, asistanlık dönemlerinde E-ASM'lerde çalışmış uzman hekimlere anketler elektronik posta yoluyla gönderilip geri alınarak uygulanmıştır.

Kalitatif kısımda ise eğiticilerle ses kayıt cihazı kullanılarak 30 dk boyunca yapılandırılmış bir soru formu (Tablo 4) eşliğinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. 4 ana soru eşliğinden görüşmeler yapılmış olup yanıtlar yetersiz hissedildiğinde alt başlık sorularla görüşme derinleştirilmiştir. Görüşmeler eğiticilerin kurumlarında veya anabilim dalında kendi odalarında kapalı sessiz başka kimsenin

olmadığı alanlarda gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmeler aynı araştırıcı tarafından yapılmıştır. Görüşme esnasında eğiticilerin mimik ve hareketleri, ses tonları duraklamaları da kaydedilmiştir. Tüm görüşmelerde aynı ses cihazı kullanılmıştır. Görüşmelerden farklı kod çıkmamaya başlaması sonrası sonlandırma protokolü izlenmemiş olup; tüm eğiticilerle görüşülmüştür. Daha sonra alınan ses kayıtlarının analiz için transkriptleri çıkartılmıştır.

Tablo 4. Kalitatif Yapılandırılmış Görüşme Formu Soruları

1-İdeal Aile Hekimliği Eğitimi sizce nasıl olmalıdır? a) Bu ideal eğitim sahada alınabilir mi? Ya da hangi kısımları saha eğitimi ile karşılanabilir? Saha eğitiminin bu süreçte yeri sizce nedir? (Sorunun cevabı yeterince zengin olmazsa aşağıdaki soru ile tamamlanacaktır) b) E-ASM birimlerinin ideal Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim sürecine etkisi ne olmuştur?
2-Kendi kurumunuzda ideal eğitimi gerçekleştirebildiğinizi düşünüyor musunuz? a) E-ASM öncesi ve sonrasını düşünürsek kurumunuzda neler değişti?
3-E-ASM birimi açmış olmakla ilgili kişisel duygu ve düşünceleriniz nelerdir? (Sorunun cevabı yeterince zengin olmazsa aşağıdaki sorular ile tamamlanacaktır) a) E-ASM'lerin siz eğiticilere etkisi nasıl olmuştur? **b)** Memnun olmadığınız durumlar var mı?
4-E-ASM'lerin daha da iyileştirilmesi adına görüş ve önerileriniz nelerdir?

5.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda asistan hekimlik dönemlerini bitiren katılımcıların uzman olup mecburi hizmete gitmeleri nedeniyle kendilerine anketleri elektronik posta yoluyla uygulamış olmamız nedeniyle anketlerin hepsi toplanamamıştır. Bu yanıt oranımızın tam olmamasına neden olmuştur. Bunun dışında katılımcıların bir kısmına yüz yüze görüşme diğer kısmına elektronik ortamda ulaşım sağlayabildiğimiz için anketimiz benzer koşullarda yanıtlanmamıştır. Bu durumda çalışmamızın zayıf yanlarından biri olarak kabul edilebilir.

Katılımcılar kendi kurumlarıyla ilgili memnuniyet sorularına hem halen çalıştıkları için hem de devlet memuru olmaları nedeniyle cevap verirken bu durumlardan etkilenmiş olabilir. Eğiticiler kendi kurumlarıyla ilgili soruları yanıtlarken kendi klinikleri olması ve düzenini, programını kendi oluşturmaları nedeniyle eksikliklerini açık bir şekilde ifade etmemiş olabilir. Katılımcılar eğiticiler ve eğitim ile ilgili bir çok sorun tarif ederken; eğiticilerle yapılan görüşmelerde bu konuyla ilgili yorum yapmamıştır. Diğer bir taraftan hem katılımcılardan hem eğiticilerden verileri toplayan aynı araştırıcı olmuştur. Anketlerde ad soyad bilgisi istenmese de elektronik ortamda toplanan her verinin ulaştırıldığı mail adreslerinden katılımcılar araştırıcı tarafından görülebilmektedir. Ama çalışmamızın veri toplama aşamasında süreçteki veri toplama çalışmanın kör olmasından daha çok önemsenmiştir. Veri kaybı en aza indirilmeye çalışılmıştır. Konumuz ile ilgili veri kaybının olmaması kör olmasından daha çok önemsenmiştir. Bu noktada temel bir bias olduğu düşünülebilir. Fakat eğiticilerin E-ASM'yi kendi istekleri ile kurup orada çalışmış olmaları zaten temel biasın üstesinden gelebilecek bir durumdur.

Çalışmamız şu an ki koşullarda açılmış tüm E-ASM'leri dahil ederek gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan bazıları E-ASM açılışındaki sorunlu döneme denk gelmiş; bazıları da daha oturmuş bir sistem varken çalışmıştır. Bu durumda verilen yanıtlarda farklılıklar oluşturmuştur. Halen hızla ve farklı kurumlarca açılmakta olan E-ASM'ler bulunmaktadır. Gelecekte bu birimlerin sayıları daha fazla olacak; evreni ve örneklemi daha büyük çalışmalara fırsat doğuracaktır.

5.7 İstatistiksel Analiz

Kantitatif Verilerin Analizi

SPSS versiyon 21.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı analizler yüzdelik, sıklık, ortanca, tepe değeri, ortalama ve standart sapmalar kullanılarak gösterilmiştir. Katılımcılara uygulanmış olan 18'li likert tipi ölçekte faktör analizi ve geçerlilik testi yapılmıştır. Faktör yükleri 0,6'dan düşük olan, diğer faktörlerle ortak yüklenmesi olan, birbirleriyle ve toplam ölçek skoru ile korrelasyon düzeyi düşük olan maddeler çıkartılmıştır. Madde sayısı yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett testleri uygulanmış ve yeterli bulunmuştur. Yapılan çalışmalar sonrasında Scree Plot ve Eigen Value değerlendirmelerine göre 3 ve 5 faktörlü yapılar ortaya çıkmıştır. Ortak paydada toplama ve faktör yük değerlerinin daha dengeli olması nedeniyle Scree Plot'da elde edilen 3'lü faktör yapısı tercih edilmiştir. Elde edilen yapının geçerliliği Cronbach's Alpha değerleriyle test edilmiştir. Toplam değer ve her bir faktöre ait alpha değerleri gösterilmiş ve yeterli bulunmuştur. 18'li likert tipi ölçekte yapılan çalışmalar sonrasında 7 tanım çıkartılmış; geriye kalan 11 tanım faktör analizi sonrasında 3 başlık altında toplanmıştır.

Karşılaştırmalarda Levene testi ile homojen olduğu anlaşılan gruplarda kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplarda Student T testi ile ANOVA testi kullanılmıştır. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Kalitatif Verilerin Analizi

Görüşmelerin ses kayıtlarından birebir transkriptler oluşturularak üç araştırmacı tarafından birbirlerinden bağımsız olarak incelenmiştir. Metinlerde dikkat çeken, kişisel yorumlar, düşünceler veya deneyimlere işaret eden ifadeler kodlar olarak seçilerek listelenmiştir. Daha sonra üç araştırmacı bir araya gelerek seçilen kodlar üzerine tartışarak uzlaşmıştır. Araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği triangulasyon ile

sağlanmıştır. Bu aşama sonunda ortaya çıkan kodlar listelenerek birbirine benzer olanlar gruplandırılmıştır. Bu gruplar bir genel başlık altında toplandığında 6 adet temanın oluştuğu görülmüştür. Daha önceden hazırlanmış anket bölümündeki açık uçlu sorulara da benzer bir şekilde içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

5.8 Araştırmanın Etik Kurul Başvurusu

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan *09.2017.581* protokol kodu ile onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca araştırmaların diğer kurumlarda yürütülebilmesi adına ilgili kurumların Aile Hekimleri Anabilim Dalı başkanlarından gerekli izin alınıp bilgilendirme yapılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar, kendilerine çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra bilgilendirme formunu (Ek-4) okuyarak gönüllü onay formunu (Ek-5) imzalamışlardır.

6. BULGULAR

6.1 Kantitatif Bulgular

Araştırmamız, aralarında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Katil Çelebi Üniversitesi, Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Okmeydanı EAH, Haseki EAH, Ankara EAH, Konya EAH ve Bursa Yüksek İhtisas EAH olmak üzere 3 Üniversite ve 6 EAH toplam 9 kurumda bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dallarına bağlı 16 Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Belirtilen kurumların E-ASM'lerinde en az 3 ay çalışmış toplam 122 hekim vardı. Bu hekimler halen kurumlarda çalışmakta olan asistan hekimlerden ve uzmanlık programını tamamlayarak atanmış hekimlerden oluşuyordu. 122 asistan ve uzman hekimden 120 kişiye ulaşılmış olup 107 kişiden anketler toplanabilmiştir. Anketimize yanıt veren 107 hekimin 64'ü asistan hekim; 43'ü uzman hekimdir. Çalışmamızda yanıt oranı %89 olarak görülmüştür.

Kurumlarda çalışan asistan hekimlere İstanbul, Ankara, İzmir ve Konya illerimizde hastaneleri ve E-ASM'leri ziyaret edilerek anketler dağıtılmıştır. Bir sebeple kurumda olmayan veya izinli olan asistan hekimlere ve uzmanlığını tamamlayıp ayrılmış uzman hekimlerin iletişim bilgilerine ilgili Anabilim Dalı aracılığıyla ulaşılmıştır. Bu hekimlere anketler elektronik posta yoluyla gönderilerek toplanmıştır.

6.1.1 Demografik Özellikler

Araştırmamıza 79 kadın (%73,8), 28 erkek (%26,2) olmak üzere toplam 107 kişi katılmıştır (Tablo 5). Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 31,51±3,67'dir (min:27 – max:49). Katılımcıların %63,6'sı evli, %36,4'ü bekârdır. Katılımcıların %31,8'i İstanbul, %27,1'i İzmir, %7,5'i Konya, %6,5'i Ankara, %2,8'i Bursa ve %24,3'ü diğer şehirlerde yaşamaktadır. Hekimlerin tıp fakültelerinden mezuniyet süresi ortalama 6,81±3,42 yıldır (min:3 – max:26).

Tablo.5 Katılımcıların demografik özellikleri

Cinsiyet	**n**	**%**
Kadın	79	73,8
Erkek	28	26,2
Medeni durum		
Evli	68	63,6
Bekar	39	36,4
Ünvan		
Asistan Hekim	64	59,8
Uzman Hekim	43	40,2
Kurum		
Marmara Ünv.	17	15,9
Dokuz Eylül Ünv.	15	14,0
Katip Çelebi Ünv.	13	12,1
Ankara EAH	7	6,5
Şişli Etfal Hamidiye EAH	6	5,6
Okmeydanı EAH	6	5,6
Konya EAH	5	4,7
Haseki EAH	3	2,8
Bursa Yüksek İhtisas EAH	3	2,8
Diğer	32	29,9
Pratisyenlik		
Evet	**93**	**86,9**
Hayır	14	13,1
ASM'de Çalışmışlık		
Evet	23	21,5
Hayır	84	78,5
Toplam	107	100

Çalışmaya katılan hekimlerin %86,9'u daha önce pratisyen olarak çalışmış olup; pratisyen olarak çalışma süresi ortalama 12 ay (mean:23,73; med:12; mod:3; min:2 – max:216) çalışmışlardır. %21,5'i uzmanlığa başlamadan önce Aile Sağlığı

Merkezlerinde çalışmış olup; ortalama 11 ay (mean:17,95; med:11; mod:1; min:1 – max:60) çalışmışlardır. Asistan hekimler ortalama 3,40±0,65 yıllık (min:2 – max:4) uzmanlık öğrencileridir. Katılımcıların E-ASM'de ortalama çalışma süreleri 5,79±2,55 aydır (min:1 – max:14).

6.1.2 Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yapısı ve İşleyişi İle İlgili Veriler

Çalışmamızda 9 kuruma ait 16 E-ASM mevcut olup kurum bazında isim ve sayıları Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların %81,3 kadarı E-ASM'lerde çalışma süresini yeterli bulurken; yeterli bulmayan %18,7 kadar hekim sürenin ortalama 10,6±4,82 ay (min:3 – max:24) olması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %52,3'ü E-ASM yönetmeliğini incelediğini belirttiler. E-ASM'lerinde aile sağlığı elemanı (ASE) olan katılımcılar %90,7 oranındayken; bu durum birim bazında sorgulandığında oran %69,2 olarak görüldü.

Araştırmamızda katılımcıların %40,2'si E-ASM'lerine 3000 ve üzeri nüfusun kayıtlı olduğunu belirtirken; %42,1'i günde 50 ve daha üzeri hastaya baktıklarını belirtmiştir. Hekimlerin % 65,4'ü daha çok 18-64 yaş grubu hastanın günlük iş yükünü oluşturduğunu belirtmiştir (Tablo 6).

Katılımcılardan E-ASM rotasyon süresine yeterli diyenlerin %86,2 kadarı daha önce pratisyen hekim olarak çalışmış; %75,9 kadarı daha önce ASM'de çalışmamıştır. Yine E-ASM süresini yeterli bulanların %62,1'i asistan hekim, %37,9'u uzman hekimlerdir. Fakat bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Katılımcılardan "E-ASM süresi yeterli midir?" sorusuna evet diyenler Ankara EAH'de %85,7; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %88,2; Dokuz Eylül Üniversitesi'nde %80 ve diğer kurumlarda da buna benzer şekilde çoğunluktadır. Kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan uzmanların %69,8'i E-ASM yönetmeliğini incelemişken; asistan hekimlerin %40,6'sı incelemiştir ($p<0,01$).

Tablo 6. E-ASM birimlerinin nüfus sayısı ve iş yükü

Toplam Nüfus Sayısı	n	%
0-999	16	15
1000-1999	26	24,3
2000-2999	22	20,6
3000 ve üzeri	**43**	**40,2**
Günlük Hasta Sayısı		
0-9	6	5,6
10-19	9	8,4
20-29	10	9,3
30-39	14	13,1
40-49	23	21,5
50 ve üzeri	**45**	**42,1**
İş Yükünü Oluşturan Hasta Grubu		
0-11 ay	10	9,3
1-5 yaş	16	15,0
6-11 yaş	0	0
12-17 yaş	0	0
18-64 yaş	**70**	**65,4**
65 yaş ve üzeri	11	1,03
Toplam	107	100

Çalışmamıza katılan asistan hekimler ile uzman hekimler arasında E-ASM'de çalışma süreleri veya ASM'de çalıştıkları süreler gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. E-ASM program süresine yeterli diyen katılımcıların %86,2'si daha önce pratisyen hekimlik yapmış; %75,9'u daha önce ASM'de çalışmamıştır, fakat bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çalışmamıza Katip Çelebi Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas EAH ve Konya EAH kurumlarından katılan hekimlerin (%100) tamamı E-ASM birimlerine bağlı aile sağlığı elemanı olduğunu belirtmişlerdir ($p<0,01$).

Katip Çelebi Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Bursa Yüksek İhtisas EAH ve Haseki EAH kurumlarından katılanların tamamı (%100) kendilerine bağlı E-ASM'lerin nüfuslarının 2000 ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir ($p<0,01$).

6.1.3 Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri ve Uzmanlık Eğitiminde İhtiyaçlar

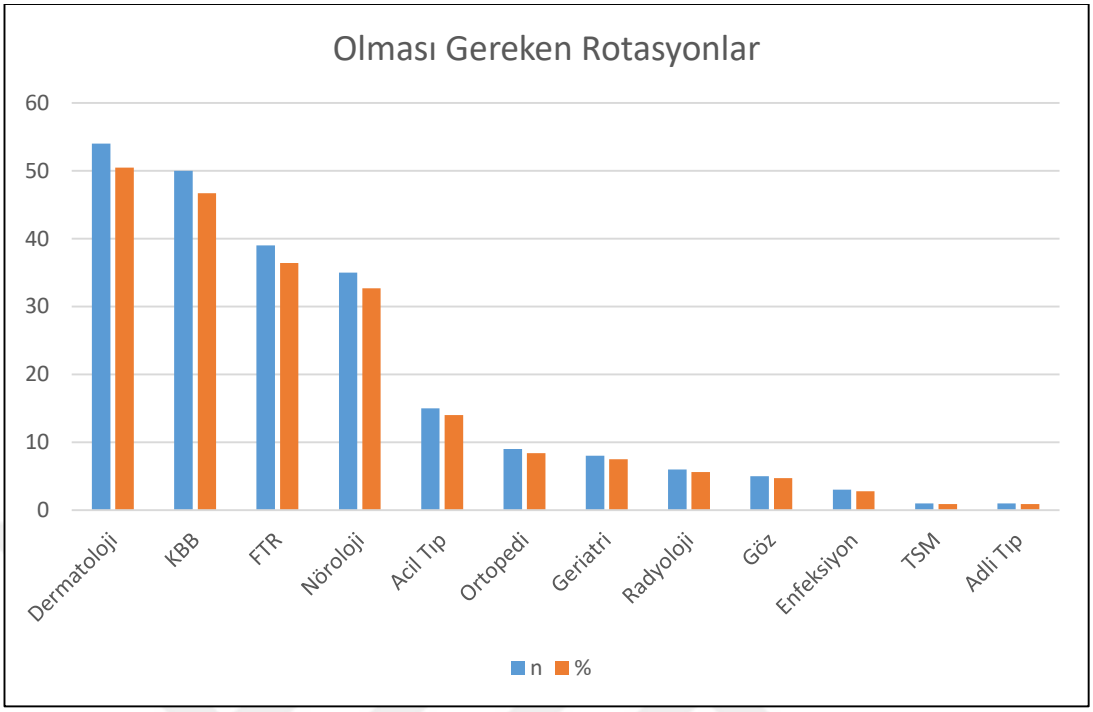
Katılımcıların %56,1'i E-ASM'de çalıştıktan sonra rotasyonlarla ilgili önem ve öncelik açısından fikirlerinin değiştiğini belirtmiştir. Özellikle Dermatoloji (%41,6) ve Pediatri (%35) rotasyonlarına önem ve öncelik verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. %25'lik bir grup aralarında Dahiliye, Pediatri ve Kadın Doğum Hastalıklarının bulunduğu ana rotasyonlarda daha çok ve aktif poliklinik yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 7). Katılımcıların mevcut dışında önerdikleri rotasyonlar arasında özellikle Dermatoloji (%50,5), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (%46,7), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (%36,4) ve Nöroloji (%32,7) en çok önerilenler arasındadır (Grafik 1).

Tablo 7. E-ASM sonrası rotasyonlarla ilgili düşüncelerinde değişiklik olanların yanıtları

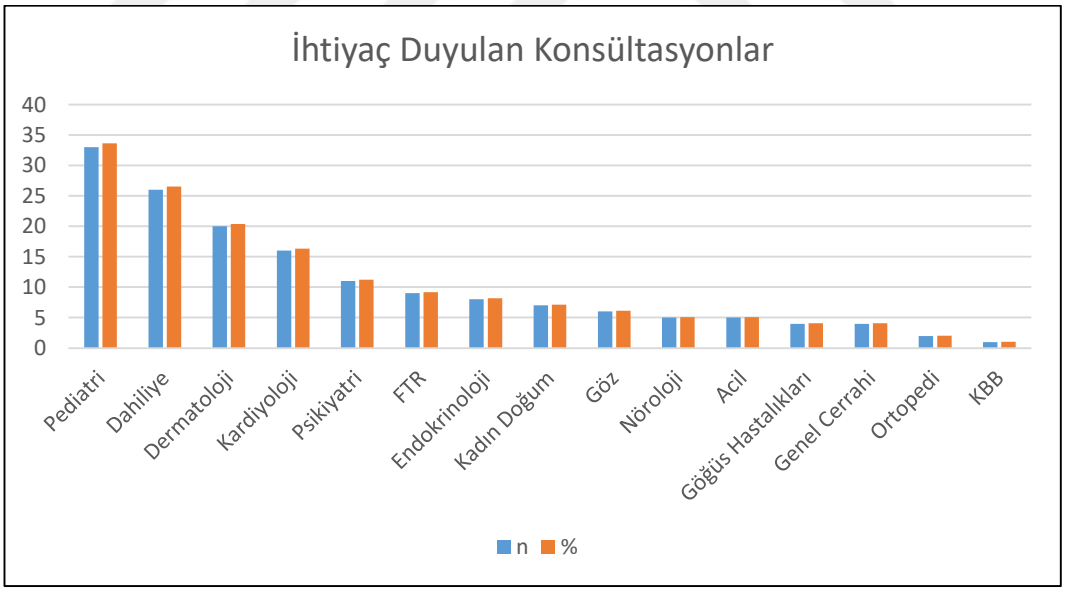
	n	%
Dermatoloji rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	25	41,67
Pediatri rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	21	35,00
Dahiliye, Pediatri ve Kadın Doğum gibi büyük rotasyonlarda daha çok ve aktif poliklinik yapılması gerekli	15	25,00
Dahiliye rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	12	20,00
Kulak Burun Boğaz rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	9	15,00
Birinci basamakta sık karşılaşılan hastalıklara yönelik rotasyon süreleri arttırılmalıdır	9	15,00
Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	8	13,33
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	5	8,33
Göğüs Hastalıkları rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	2	3,33
Enfeksiyon Hastalıkları rotasyonuna önem ve öncelik verilmeli	2	3,33
Çok öğretici değildi; süresi kısa tutulmalı	2	3,33
Rotasyonlara başlamadan 1 ay E-ASM'lerde gözlem yapmak rotasyonlardan daha çok verim almamızı sağlar	1	1,67
Gerçek birinci basamak hastası gördüm ve yaklaşımda ne kadar eksik olduğumu anladım	1	1,67

- Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir

Grafik 1. Mevcut yapılanlar dışında olması gereken rotasyonlar

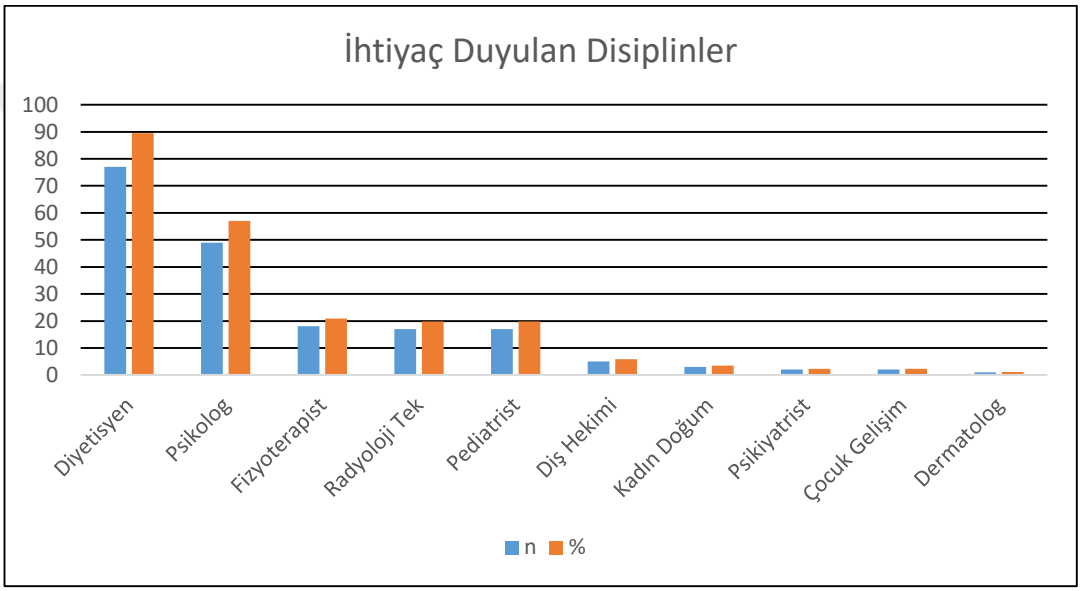


Grafik 2. E-ASM'de ihtiyaç duyulan konsültasyonlar



E-ASM'de üst basamaklardan istenen konsültasyonlar arasında Pediatri (%33,6), Dahiliye (%26,5) ve Dermatoloji (%20,4) bölümleri yer almaktadır (Grafik 2). Katılımcıların %80,4'ü E-ASM'lerde başka klinik disiplinlere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu soruya yanıt verenlerin %89,53'ü Diyetisyen olmasının faydalı olacağını önerirken, %56,9'u Psikolog önerisinde bulunmuştur. Ayrıca %19,7'lik bir kesimin kurumda veya yakınında Pediatrist önermesi ilgi çekicidir (Grafik 3).

Grafik 3. E-ASM'lerde ihtiyaç duyulan diğer klinik disiplinler



"E-ASM'de eğitim almak Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili beklentinizi etkiledi mi?" sorusuna katılımcıların %57'si evet demiştir. Sorunun devamında yöneltilen "nasıl?" sorusuna ise hem olumlu hem de olumsuz özellikte yanıtlar alınmıştır. Bunların arasında hekimlerin %62,9'u uzman oldukları zaman yapacakları işi gördüklerini belirtmiş; %27,4'ü uzman oldukları zaman daha yeterli hissedeceklerini söylemişlerdir. Soruyu cevaplayanların %22,5'i birinci basamağın önemini ve uzmanlık gerektirdiğini anladığını belirtmiştir. %46,7'si motivasyonlarının azaldığını belirtmiş ve nedenler arasında yetersiz koşullarda çalışmak, gereksiz iş yükü, usulsüz istekler ve negatif performans gibi konuları belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. E-ASM'nin uzmanlık ile ilgili düşüncelere etkisi

	n	**%**
Uzman olduğum zaman yapacağım işi görmüş oldum	**39**	**62,90**
Aile Hekimliği Uzmanlığına daha çok ısındım ve uzman olduğum zaman daha yeterli olacağımı hissettim	17	27,41
Birinci basamağın sağlık hizmetlerinde ne kadar önemli olduğunu ve uzmanlık gerektiğini anladım	14	22,58
Yetersiz koşullarda çalıştığım için motivasyonum azaldı	13	20,96
Raporlar, reçete yenileme gibi gereksiz iş yükü ve usulsüz istekler nedeniyle motivasyonum azaldı	12	19,35
Negatif performans uygulanan durumlar nedeniyle motivasyonum azaldı	4	6,45
Tahmin ettiğim zorluklardı	2	3,22

- Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir

6.1.4 E-ASM ile İlgili Değerlendirme ve Puanlamalar

Çalışmamızda katılımcılardan E-ASM'de yaşadıkları deneyimin uzmanlık eğitimine katkısı (0 en düşük; 9 en büyük), E-ASM rotasyonunun müfredata eklenmiş olmasını değerlendirmeye (0 en düşük; 9 en büyük) ve 18 adet tanımın yer aldığı likert tipi ölçekte (şiddetle katılıyorum 4 ; hiç katılmıyorum 0 olacak şekilde) puanlama yapmaları istenmiştir. 4,5,6,8 ve 14 nolu tanımlar için olumsuz anlam içerdikleri için ters yönde puanlama yapılmıştır. Ayrıca likert tipi ölçeğin toplam puanı hesaplanmıştır.

Katılımcıların 18'li likert tipi ölçekte E-ASM'lerin değerlendirilmesini amaçlayan tanımlara maksimum 4 puan üstünden en yüksek puan verdikleri ifadeler sırasıyla; "E-ASM saha eğitimi için önemlidir" 3,64+0,64, "E-ASM'de eğitici gereklidir" 3,63+0,71 ve "E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum" 3,30+0,88, "E-ASM'de çalışmayı diğer asistan hekimlere tavsiye ederim" 3,25+0,92 olarak gözlenmiştir.

Benzer şekilde bakıldığında en düşük puanları ise; "E-ASM'de çalıştığım dönemde maddi problemler yaşadım" 1,67±1,37; "E-ASM'de olduğum süre boyunca

eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi" 2,14±1,31; "E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu" 1,60±1,24 ortalamalı tanımları almıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların E-ASM ile ilgili değerlendirmelerinin puan ortalamaları

	n	**Ortalama min:0 max:4**	**SD**
E-ASM saha eğitimi için önemlidir	107	**3,64**	0,64
E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	107	**3,30**	0,88
E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum	107	2,33	1,22
E-ASM'de çalıştığım dönemde maddi problemler yaşadım	107	***1,67***	1,37
E-ASM yerine uzmanlık öncesi ASM'de geçirilecek bir eğitim süresini tercih ederim	107	2,71	1,10
E-ASM yerine uzmanlık sonrası ASM'de geçirilecek bir eğitim süresini tercih ederim	107	2,74	1,09
E-ASM fiziki şartları çalışmak için elverişliydi	107	2,80	1,16
E-ASM ile hastanede yaptığım poliklinik arasında bir fark görmedim	107	3,20	0,89
E-ASM, Aile Hekimliği muayene tekniklerimin gelişmesinde katkıda bulundu	107	2,61	1,22
E-ASM, Aile Hekimliği iletişim becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	107	2,94	1,01
E-ASM problem çözme becerimin gelişmesine katkıda bulundu	107	3,02	0,90
E-ASM yönetimsel becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	107	2,74	1,09
Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim	107	3,21	1,04
E-ASM 'de gerçirdiğim süre Aile Hekimliği hakkındaki düşüncemi olumsuz etkiledi	107	2,60	1,23
E-ASM'de eğitici gereklidir	107	**3,63**	0,71
E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi	107	***2,14***	1,31
E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu	107	***1,60***	1,24
E-ASM'de çalışmayı diğer asistan hekimlere tavsiye ederim	107	**3,25**	0,92

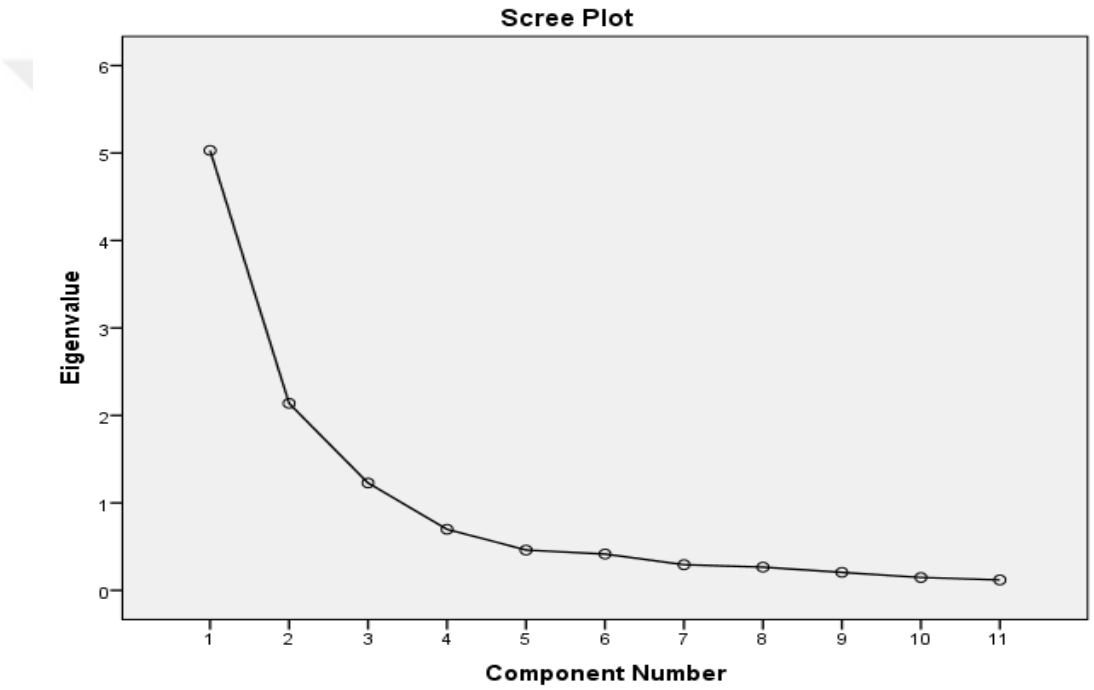
Tablo 9'da gösterilen ve katılımcılara uygulanmış olan 18'li likert tipi ölçekte faktör analizi ve geçerlilik testi yapılmıştır. Faktör yükleri 0,6'dan düşük olan, diğer faktörlerle ortak yüklenmesi olan, birbirleriyle ve toplam ölçek skoru ile korrelasyon düzeyi düşük olan maddeler çıkartılmıştır (Tablo 10). Madde sayısı yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett testleri uygulanmış ve yeterli bulunmuştur (sırasıyla 0,814 ve 0,00) (Tablo11). Yapılan çalışmalar sonrasında Scree Plot ve Eigen Value değerlendirmelerine göre 3 ve 5 faktörlü yapılar ortaya çıkmıştır. Ortak paydada toplama ve faktör yük değerlerinin daha dengeli olması nedeniyle Scree Plot'da elde edilen 3'lü faktör yapısı tercih edilmiştir (Grafik 4). Elde edilen yapının geçerliliği Cronbach's Alpha değerleriyle test edilmiştir. Toplam değer (0,854) ve her bir faktöre ait alpha değerleri gösterilmiş ve yeterli bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. E-ASM değerlendirilmesi için oluşturulan tanımların faktör analizi

	Corrected Item-Total Correlation	**Cronbach's Alpha if Item Deleted**	**Cronbach's Alpha**
E-ASM Aile Hekimliği iletişim becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,663	0,833	0,854
E-ASM problem çözme becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,738	0,829	
E-ASM yönetimsel becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,642	0,835	
E-ASM saha eğitimi için önemlidir	0,496	0,847	
E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	0,705	0,831	
E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum	0,618	0,836	
E-ASM Aile Hekimliği muayene tekniklerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,590	0,839	
E-ASM'de eğitici gereklidir	0,173	0,863	
E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi	0,467	0,851	
E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu	0,311	0,864	
E-ASM'de çalışmayı diğer asistanlara tavsiye ederim	0,733	0,829	

Tablo 11. Madde sayısı yeterliliği için yapılan KMO ve Bartlett Testleri

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		**0,814**
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	772,493
	df	55
	Sig.	**0,000**



Grafik 4. Faktör analizi sonrası dağılımı belirleyen scree plot grafiği

18'li likert tipi ölçekte yapılan çalışmalar sonrasında 7 tanım çıkartılmış; geriye kalan 11 tanım faktör analizi sonrasında 3 başlık altında toplanmıştır (Tablo 12). Bu analiz sonrasında E-ASM'lerin hekimlik becerilerine katkısı, E-ASM'lerin uzmanlık eğitimine katkısı ile E-ASM'lerin önemi ve asistan memnuniyeti başlıkları oluşturulmuştur (Tablo 13).

Tablo 12. Faktör analizi sonrası oluşan dağılımları ve grupları

	Başlıklar		
	1	2	3
E-ASM Aile Hekimliği iletişim becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,896		
E-ASM Aile Hekimliği muayene tekniklerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,869		
E-ASM problem çözme becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,869		
E-ASM yönetimsel becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,814		
E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi		0,910	
E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu		0,909	
E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum		0,757	
E-ASM saha eğitimi için önemlidir	0,310		0,785
E-ASM'de eğitici gereklidir			0,743
E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	0,405	0,325	0,716
E-ASM'de çalışmayı diğer asistanlara tavsiye ederim	0,470	0,379	0,605

Tablo 13. Faktör Analizi sonrası oluşan gruplar ve Alpha değerleri

Başlıklar	Tanımlar	Corrected Item-Total Correlation İn group	Cron bach's Alpha if Item Deleted	Cron bach's Alpha For group	Cron bach's Alpha For total
E-ASM'lerin hekimlik becerilerine katkısı	E-ASM Aile Hekimliği iletişim becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,844	0,863	0,908	0,854
	E-ASM Aile Hekimliği muayene tekniklerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,759	0,906		
	E-ASM problem çözme becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,859	0,863		
	E-ASM yönetimsel becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu	0,757	0,895		
E-ASM'lerin uzmanlık eğitimine katkısı	E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi	0,815	0,682	0,846	
	E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu	0,746	0,755		
	E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum	0,593	0,894		
E-ASM'lerin önemi ve asistan memnuniyeti	E-ASM saha eğitimi için önemlidir	0,683	0,721	0,795	
	E-ASM'de eğitici gereklidir	0,370	0,844		
	E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	0,755	0,661		
	E-ASM'de çalışmayı diğer asistanlara tavsiye ederim	0,674	0,710		

Katılımcıların %88,8'i E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunken; %96,2'si E-ASM'lerin saha eğitimi için önemli olduğuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %85'i E-ASM'yi diğer asistan hekimlere tavsiye etmektedirler (Tablo 14). Katılımcıların %91,6'sı E-ASM'de eğiticinin gerekli olduğunu vurgulamıştır.

%55,1 kadar katılımcı iyi bir eğitim aldığını düşünürken; %54,2 kadarı eğiticilerle yeteri kadar çalışma fırsatı bulamadığını belirtmişlerdir.

Tablo 14. Katılımcıların E-ASM memnuniyetini değerlendiren sorulara yanıtları ve oranları

		n	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum
E-ASM Önemi Ve Asistan Memnuniyeti	E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	107	**%88,8**	%5,6	%5,6
	E-ASM saha için önemlidir	107	**%96,2**	%0,9	%2,8
	E-ASM'de çalışmayı diğer asistan hekimlere tavsiye ederim	107	**%85**	%7,5	%7,4
EASM'lerin Uzmanlık Eğitimine Katkısı	E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum	107	**%55,1**	%14	%30,9
	E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi	107	**%46,7**	%18,7	%34,6
	E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu	107	%24,3	%21,5	**%54,2**

Katılımcıların E-ASM'ler için yaptıkları puanlamalar ile cinsiyetler arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde asistan hekim olup olmamakla E-ASM puanlamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark gözlenmemiştir. Katılımcıların "Uzmanlık eğitimi önce ASM'de çalıştınız mı?" sorusuna verdikleri yanıtla toplam puan karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir. Daha önce ASM'de çalışmış katılımcıların toplam puan ortalaması 54,9 iken, çalışmamışların 49,2'dir ($p<0,05$). Katılımcıların E-ASM'lerde çalışırken kendilerine bağlı nüfus oranlarıyla E-ASM'nin uzmanlık eğitimlerine katkısı ve toplam puan karşılaştırıldığında; nüfusun 2000 ve üzeri birimlerde çalışan hekimlerin puan ortalamaları anlamlı bir şekilde nüfusu az olan birimlere göre daha fazladır (sırasıyla $p<0,01$; $p=0,01$) (Tablo 15).

Tablo 15. E-ASM puanlamaları ile katılımcıların mesleki bilgilerinin t testi ile karşılaştırması

	E-ASM'nin uzmanlık eğitimine katkısı Puanlaması Min:0 – Max:9					**E-ASM rotasyonu müfredata eklenirse kaç puan verirsiniz** Min:0 – Max:9					**Toplam Puan** Min:0 – Max:72				
	n	**ort**	**SD**	**t**	**p**	**n**	**ort**	**SD**	**t**	**p**	**n**	**ort**	**SD**	**t**	**p**
Asistan	64	7,12	2,34	0,94	0,34	64	7,81	2,17	0,38	0,70	64	50,6	9,63	0,11	0,90
Uzman	43	6,67	2,50			43	7,65	2,04			43	50,37	11,79		
ASM +	23	7,47	1,72	1,20	0,23	23	8,21	1,16	1,20	0,23	23	54,9	9,31	2,33	**0,02**
ASM -	84	6,79	6,79			84	7,61	2,29			84	49,2	10,53		
<2000	42	6,16	2,57	-2,7	**0,007**	42	7,61	2,02	-0,5	0,61	42	47,58	9,25	-2,4	**0,01**
≥2000	65	7,44	2,17			65	7,83	2,18			65	52,44	10,87		
ASE +	97	7,02	2,38	1,0	0,30	97	7,79	2,14	0,7	0,48	97	50,98	10,50	1,4	0,14
ASE -	10	6,20	2,65			10	7,30	1,82			10	45,90	9,83		

- ASM+ Daha önce ASM'de çalışmış hekimler; ASM- çalışmamış hekimleri
- <2000 ve ≥2000 E-ASM'ye bağlı nüfus sayısını
- ASE+ EASM'de ASE bulunduğunu; ASE- bulunmadığını göstermektedir

Günlük 40 ve üzeri hasta sayısıyla ilgilenen katılımcıların E-ASM uygulamasını faydalı bulma düzeyleri 40'dan daha az hasta sayısıyla ilgilenenlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Benzer şekilde puanlamalar ile E-ASM'de veya birimde ASE olup olmaması karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Katılımcılar arasında uzmanlık eğitimi öncesinde ASM'de çalışmış olanlarda mecburi hizmetlerini ASM'de yapmak isteme düzeyleri daha önce ASM'de çalışmamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,01). Daha önce ASM'de çalışmış olanlar E-ASM'de eğiticinin gerekli olduğunu çalışmamış olanlara göre daha yüksek düzeyde vurgulamışlardır (p<0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. ASM deneyimi ile E-ASM'ler hakkındaki düşüncelerin karşılaştırması

Puan	**Uzmanlık Eğitimi Öncesi ASM'de Çalıştınız mı?**	**n**	**Ort**	**SD**	**t**	**p**
E-ASM'de çalışmayı diğer asistanlara tavsiye ederim	Evet	23	3,69	0,47	2,67	**0,009**
	Hayır	84	3,13	0,97		
E-ASM'de eğitici gereklidir	Evet	23	3,91	0,28	2,1	**0,03**
	Hayır	84	3,55	0,78		
E-ASM saha eğitimi için önemlidir	Evet	23	3,82	0,38	1,52	0,13
	Hayır	84	3,59	0,69		
E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum	Evet	23	3,56	0,58	1,58	0,11
	Hayır	84	3,23	0,93		
	Nüfus Sayısı	**n**	**Ort**	**SD**	**t**	**p**
E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum	<2000	42	1,83	1,18	-3,61	**0,00**
	≥2000	65	2,66	1,13		
E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi	<2000	42	1,80	1,25	-2,18	**0,03**
	≥2000	65	2,36	1,31		
E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu	<2000	42	1,26	1,12	-2,36	**0,02**
	≥2000	65	1,83	1,26		

Benzer şekilde uzmanlık eğitimi öncesi ASM'de çalışmış olanlar E-ASM rotasyonunu diğer asistanlara anlamlı derecede daha fazla önermektedir ($p<0,01$). Daha önce ASM'de çalışmış olan hekimler çalışmamış olanlara göre E-ASM'lerin Aile Hekimliği hakkındaki düşüncelerini olumsuz etkilediğine anlamlı derecede katılmadıklarını belirtmişlerdir ($p=0,01$).

E-ASM'ler hakkındaki düşünceler açısından daha önce pratisyen hekim olarak çalışmış olan hekimler ile çalışmamış olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcılardan E-ASM nüfusu 2000 ve üzerinde olanlar daha az nüfusla çalışanlara göre E-ASM'de iyi bir eğitim aldıklarını ve fiziki şartların elverişli olduğuna anlamlı olarak daha fazla katılmaktadırlar ($p<0,001$). Ayrıca nüfusu 2000 ve üzeri olan E-ASM'de çalışmış hekimler eğiticilerin gerekli ilgiyi gösterdiğine ve eğiticilerle birlikte yeterli oranda birlikte çalışma fırsatı bulduklarına anlamlı derecede daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Günlük görülen hasta sayısı ile E-ASM'ler hakkındaki düşünceler karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir. E-ASM'de çalışırken merkezde ASE bulunanlar mecburi hizmetini ASM'de yapmayı tercih etme fikrine ASE olmayanlara göre daha fazla katılmışlardır ($p=0,05$). ASE bulunmayan merkezlerde veya birimlerde çalışan hekimler diğer gruba nazaran maddi problemler yaşadıklarını anlamlı derecede yüksek düzeyde belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Katılımcıların kurumları ile E-ASM uygulamasını faydalı bulma düzeyleri için yapılan puanlama gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç gözlenmemiştir. Nüfus sayısı ile E-ASM uygulamasını faydalı bulma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 17). Post-hoc analizlere göre 2000-2999 arası nüfusu olanlar 0-999 arası nüfusu olanlara göre toplam puan ve uzmanlık eğitimine katkı puanı açısından karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 17. Nüfus sayısı ve E-ASM puanlamasının ANOVA ile karşılaştırılması

Puan	Nüfus	n	Ort	SD	Min	Max	p
Toplam puan	**0-999**	16	47,25	10,38	29	63	**0,04**
	1000-1999	26	47,69	8,70	32	59	
	2000-2999	22	55,13	11,88	20	71	
	3000 ve üzeri	43	51,06	10,18	21	66	
E-ASM'de geçirmiş olduğunuz çalışmanın uzmanlık eğitimine katkısı oldu mu?	**0-999**	16	5,43	2,98	1	9	**0,01**
	1000-1999	26	6,61	2,22	2	9	
	2000-2999	22	7,95	1,98	0	9	
	3000 ve üzeri	43	7,18	2,23	1	9	
E-ASM rotasyonunun uzmanlık eğitimi müfredatı içine eklenmiş olmasını değerlendirdiğiniz de kaç puan verirsiniz?	**0-999**	16	7,56	1,86	3	9	0,70
	1000-1999	26	7,65	2,15	0	9	
	2000-2999	22	8,22	2,04	0	9	
	3000 ve üzeri	43	7,62	2,24	1	9	
	Total	107	7,74	2,11	0	9	

6.2 Kalitatif Bulgular

Araştırmamızın kalitatif bölümünde aralarında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Katil Çelebi Üniversitesi, Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Okmeydanı EAH, Haseki EAH ve Ankara EAH olmak üzere 3 Üniversite ve 4 EAH toplam 7 kurumda bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dallarına bağlı 14 Eğitim Aile Sağlığı Merkezinin eğiticileriyle ses kaydı alınarak derinlemesine görüşme yapılmıştır. Konya EAH'nin Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi olmadığı için kalitatif kısma dahil edilmemiştir. Bursa Yüksek İhtisas

EAH Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı E-ASM eğiticisi ile programı denk getiremediğimiz için telefonda görüşme sağlanmıştır. Bu merkezlerin toplam 16 eğiticisinden 15'i ile derinlemesine görüşme; 1'i ile telefonda görüşme gerçekleştirilmiştir. Her E-ASM'nin açılış işlemleri, kuruluş aşamaları ve zamanları farklı olduğu için transkriptler sırayla değil tüm görüşmeler bittikten sonra yapılmıştır. Görüşmelerin transkriptleri alındıktan sonra 3 farklı araştırıcı tarafından birbirinden bağımsız olarak incelenip kodlar çıkartılmış ve sonra bir araya gelinerek kodlar üzerinden tema analizi yapılmıştır.

Çalışmamızın ayrıca asistanlarla görüşme formunda katılımcılara "E-ASM programının daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?" ve "E-ASM rotasyonu yapmış bir asistan olarak Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi sizin Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili düşüncelerinizi nasıl etkiliyor?" başlıklı 2 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir. Bu sorulara gelen yanıtlardan oluşturulan kodlar 2 farklı araştırıcı tarafından bir araya gelinerek incelenmiş ve tema analizi yöntemiyle temalar oluşturulmuştur.

6.2.1 Asistanların ve Uzmanların Görüşleri

6.2.1.1 Katılımcıların E-ASM Programının Daha Etkili Olması İçin Önerileri

Asistan ve Uzman Hekimlere anket uygulamasında yönelttiğimiz E-ASM'lerin daha etkili olabilmesi için öneriler sorusuna verilen yanıtlar; yönetmelik ve görev tanımı, eğitici ve eğitim ile ilgili öneriler, donanım ve personel durumu ile ilgili öneriler ve işleyiş ile ilgili öneriler adlı tema başlıklarında toplanmıştır.

- **Yönetmelik ve Görev Tanımıyla İlgili Öneriler**

Asistan ve uzman hekimlerin verdiği yanıtlar arasında yönetmeliğin ve görev tanımlamalarının net olmaması; E-ASM müfredatının ve eğitim modelinin programının belirli olmaması bulunmaktadır. E-ASM'nin önemini değinmiş oldukları kadar, yönetmelik ve müfredattaki eksikliklerden de bahsetmişlerdir.

“Programlı olmalı, görev ve sorumluluklar belirlenmeli.” (28, E, Ast)
“Eğitim müfredatı ve programı belirli olmalı.” (31,K,Uzm)
“E-ASM’lerin mümkün olduğunca toplumun her kesimini kucaklayan yerlerde açılıyor olması, bizim sahaya daha hakim olmamızı, bilgi deneyim ve donanım, uygulama ve pratik olarak daha iyi olmamızı sağlayacatır.” (33,K,Uzm)
“Her kurum mutlaka açmalı ve tüm asistanlar gitmeli” (29,K,Uzm)
“Hastalar uzmanlara bağlı olmalıdır asistanlara değil.” (31,K,Uzm)

- **Eğitici ve Eğitim ile İlgili Öneriler**

E-ASM’ler için yapılan öneriler arasında eğitim ve eğiticiler konusuna çoğu katılımcı değinmektedir. Özellikle eğiticilerle birlikte zaman geçirememekten şikayet eden katılımcılar ayrıca günlük programda eğitim saatleri olmadığı için toplantı ve derslere katılamamaktadırlar. Bazı katılımcılar eğitimcilerin hiç gelmemesinden yada gelecek vakit bulamamasından şikayet etmektedir.

“Eğiticiler E-ASM’leri sahiplenmeli ve E-ASM işlerine hakim olmalı” (30,K Ast)
“Hastanedeki sistem ve E-ASM’deki sistem birbirinden çok farklı, başlamadan muhakkak eğitim verilmeli.” (38,K,Ast)
“Sorumlu uzman sadece denetim olduğunda gelir. Kesinlikle başımızda bir hoca ya da uzman olmalı. Bir nevi istenmeyen yer.” (33,K,Ast)
“Eğiticilerle daha fazla ve kaliteli zaman geçirmeliyiz” (32, K, Ast)
“E-ASM’de eğitim sürecimiz askıya alınıyor; kongrelere seminerlere katılamıyoruz.” (29,K,Ast)
“Rotasyonlarda asistan karnelerimize uygun eğitim almalıyız.” (30, K, Ast)
“Çok faydalı ama her an ulaşabileceğim bir uzman olmazsa mecburi hizmet gibi” (28,K,Uzm)

- **Donanım ve Personel Durumu ile İlgili Öneriler**

Yapılan öneriler arasında E-ASM'erin tamamlanmadan faaliyete geçmesini yanlış bulan katılımcılar bu durumun hem maddi hem de eğitim yönünden kendilerini zarara uğrattığından bahsetmişlerdir. Ayrıca her merkez için ASE, personel ve güvenlik kadrolarının da sağlanması gerektiğini önermişlerdir.

"Fiziki şartlar tamamlandıktan sonra E-ASM faaliyetlerinin başlaması gerekmektedir" (32,E,Uzm)
"Her birimde ASE olmalı. ASE olmadan izlem yapılmamalı." (28, E, Ast)
"Diyetisyen, Psikolog ve Fizyoterapist olması iyi olurdu." (32,K,Ast)
"Güvenlik sorunları giderilmeli" (32,K,Ast)

- **İşleyiş ile İlgili Öneriler**

Katılımcılara göre her merkez için işleyiş sürecinden bazı ortak problemler ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında nüfus toplama problemi, buna bağlı olarak 8 ay korumadan sonra ortaya çıkan maddi problemler, ilaç raporu çıkartamamak ve idari iş yükü sayılabilir. Bu durumlarla ilgili öneriler merkezlerin açılmadan önce nüfusun kalabalık olduğu yerlere açılması veya nüfus sayısının azaltılması yönündedir. Ayrıca idari işler için de yönetmelik değişikliği önerilmektedir.

"Maaşlar zamanında yatırılmalıdır." (28, E, Ast)
"Nüfusun kolay toplanabileceği yerlere açılmalı başlangıçta maaş problemi yaşamamak adına daha iyi olur." (28,K,Ast)
"Her asistan primer sorumlu olarak en az 6 ay çalışmalıdır." (30,K,Uzm).
"Mali ve idari işleri anabilim dalının kendisi yapmalı, yetki bizde olmalı hastanede değil." (29,K,Ast)
"İlaç raporu yetkimiz olmalı." (31,K,Ast)
"Asistanlık başlangıcında kısa süreli gözlem amaçlı gidilmeli. Daha sonra son yılında da aktif çalışan olarak gitmek daha iyi olur." (29,E,Ast)

6.2.1.2 Katılımcıların Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı Hakkındaki Düşünceleri

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi için tam zamanlı asistanlık programı dışında bir de Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı programı geliştirilmiştir. Katılımcılara bununla ilgili görüşleri sorulmuş ve alınan yanıtlar farklılıklar ve kişisel duygular adlı iki başlık altında toplanmıştır.

- **Eksiklikleri/Farklılıkları**

İki farklı tür eğitim modelinin olması ve aralarında mesleki haklar açısından eşitsizliğin olması katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Olumlu yaklaşan çok az katılımcı mevcut olup daha çok tama zamanlı eğitim ile gerçek uzman kalitesine ulaşabileceği söylenmiştir.

"Eğitimde eşitliği ihlal etmesi çok büyük bir problem. Uzmanlık ünvanı hak ederek alınmalıdır." (32,E,Uzm)
"Tez ve mecburi hizmetlerinin olmayışı; ayrıca maddi olarak onlara göre mağduruz." (30,K,Uzm)
"SAHU ve uzmanlar arasında mezuniyet sonrası bilgi, uygulama ve tutum farklılığı var." (34, E, Ast)
"Aralıksız eğitimle bölük pörçük eğitimin aynı nitelikte olmadığını düşünüyorum." (33,K,Uzm)
"SAHU'luk aile hekimliği uzmanlığı amacına katkı sağlamaz." (33,K,Uzm)
"Pratisyen hekimlerin aile hekimi olmasını yanlış bulduğum için SAHU'luk ona nazaran daha doğru." (29,K,Ast)
"Bu kadar ciddi aşılama programlarının ve gebe takiplerinin pratisyenlere nasıl verildiğine hayret." (33,K,Uzm)

- **Kişisel Duyguları**

Katılımcılardan çoğu Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı programının kendilerine yapılmış bir haksızlık ve adeletsizlik olduğunu belirtirken; çok azı birinci basamakta uzmanlaşmanın ve donanımlı olmanın gerektiğini bu yüzden yeterli sayıya ulaşılmak gerekiyorsa bunun da en azından bir seçenek olabileceğini belirtip olumlu yaklaşmışlardır. Bu tip bir programla gerçek uzman kalitesinin sağlanamayacağı ve asistan hekimler için umut kırıcı bir durum olduğundan bahsedilmiştir.

"Haksızlık" (30,K,Uzm)
"Motivasyon bozucu." (28,E,Ast)
"Günü kurtarma zihniyetiyle çalışan yetersiz hekimler nedeniyle uzmanların saygınlık azalıyor." (33,K,Uzm)
"SAHU eğitimi taşıma su ile değirmen döndürmeye benziyor." (33,K,Uzm)
"Geleceğe dair umutlarımı azaltıyor." (34,K,Uzm)
"Pozitif ayrımcılık" (32,K,Uzm).

6.2.2 Eğiticilerin Görüşleri

6.2.2.1 E-ASM Sürecinin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimindeki Yeri/Önemi

Eğiticilerle yapılan görüşmeler sonrasında E-ASM'lerin birinci basamak eğitiminin tam anlamıyla tamamlanması ve gerçek uzman kalitesinde hekimlerin yetişmesi için en sağlıklı yerler olduğu vurgulanmıştır. Normal eğitim sürecinden çok az görülen hasta popülasyonlarını, hastalıkları ve takipleri bu merkezlerde gördüklerini belirtmişlerdir. Ayrıca gelecekte uzman oldukları zaman yapacakları işleri tam anlamıyla öğrendikleri yerin bu merkezler olduğunu belitmişlerdir.

"EASM'ler bütüncül yaklaşımın edinilebileceği, eğitimin verilebileceği hem de en sağlıklı bir şekilde verilebileceği yerdir" (52, E, EAH).
"Bilmeden gittiğinde dahiliyeci çocukçu gibi nerde kendini geliştirdiysen o tarzda bir poliklinik yapmaya çalışırsın" (39, K, EAH).

“Hastanelerde hasta seçilip süzülüp geliyor. Birinci basamaktaki hastaların beklentileri farklı. Saf birinci basamak hastası var ve daha kalıcı eğitim.” (43, K, Ünv).

“Cerrah için ameliyathane ne ise Aile Hekimliği için de E-ASM öyle bir şey.” (45,E,Ünv)

“Öncesinde hiç bilmedikleri deyim yerindeyse sudan çıkmış balık gibi mecburi hizmete gittiklerinde ne ile karşılaşacakları konusunda fikirleri oldu.” (36,K,Ünv)

“Üniversite ve Sağlık Bakanlığı arasındaki bağlantıyı biraz kurdu. 1. basamakta neler yapmak istiyorlar onu öğreniyoruz sürekli yenilikler oluyor onları görüyoruz, değişiklikleri fark ediyoruz, öğreniyoruz ve adeta bir köprü görevi görüyor. Üniversitenin içinde 1. basamak olmasını sağlıyor. Bu da başka bir köprü.” (36,K,Ünv)

“E-ASM açılmadan önce bizden mezun olan arkadaşlar sahaya çıktıkları zaman aile hekimi olmaya biraz çekinceli davranıyorlardı, korkuyorlardı. Onlar da aile hekimliği uzmanlığında başka örnek görmedikleri için gittikleri yerlerdeki aile hekimlerini taklit ediyorlardı.”(37,E,EAH).

“Asistanlar adeta dahiliyeci olarak başlayıp aile hekimi uzmanı olarak çıkıyorlar oradan.”(41,K,Ünv)

“Toplumun içinde yer alan gerçek ASM simule eden fakat eğitim imkânlarıyla donatılmış ve aile hekimliğinin kendi pratiğini yapabileceği merkezlerin olması gerekir.” (58,K,Ünv).

“Hastanede oturup MR istemesinden daha iyidir. Orada gidip aşı yapması, gebe bebek takibi görmesi daha iyidir.” (52,K,EAH)

“Hastalar mesela bağlanabiliyor asistan ayrılacağı zaman üzülüyor ama yerine gelecek olan yeni asistan yine aynı kurumdan benzer niteliklere sahip olan biri olacağını söylediğimizde rahatlıyorlar. Bunu da sağlayan aslında eğitici ve kurum kimliği.” (49, K, Ünv)

6.2.2.2 Müfredat İçinde Aile Hekimliği Alanımıza Yönelik Eğitim

Eğiticiler ile yapılan görüşmelerde eğitimle ilgili konulara vurgu yaptıkları dikkat çekmiştir. Özelikle Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin kendi alan içi eğitimiyle ilgili

eksiklikler ve önerilerden bahsetmişlerdir. Aile Hekimliği alanına yönelik yapılan eğitimin hastanelerdeki genel poliklinik, evde bakım, obezite veya sigara bırakma klinikleri haricinde E-ASM'de uygulamalı deneyimden öğrenerek tamamlandığını belirtmişlerdir.

"Gerçekten birinci basamakta kendime yetemediğimi düşündüğüm için daha fazla şey yapabilmek için aile hekimliği uzmanlığına geldim." (43, K, Ünv)

"İdeal Aile Hekimliği Eğitimi; hem sahada aile hekimliğinde geçen hem de ilgili klinik rotasyonlardan oluşan dengeli bir eğitim olmalıdır." (45, E, Ünv)

"Birinci basamak hastayı nasıl yönetilir öğrenmenin yolu süpervizyon altında klinik uygulama yaparak deneyimden öğrenerek olur." (45, E, Ünv)

"E-ASM'ye 1-2 ay gitmekle bir şey elde edilemez. Çünkü hastanın alışma dönemi ve hastalar devamlı hizmetten hoşlanıyor. O yüzden 8 ay gibi süre daha mantıklı." (40, K, EAH)

"Aslına bakarsanız saha eğitiminin 1. planda hastane rotasyonlarının ikinci planda olması daha uygun olur." (36, K, Ünv)

"Kendi bölümümüzde birinci basamağa benzer hizmet vermeye çalıştığımız polikliniğimiz vardı ve sahayı taklit etmeye çalışıyorduk." (36, K, Ünv)

"Eğitici ve asistan sayısı dengeli olmalı." (58, K, Ünv)

"Şu an saha eğitimi ideal değil, hayal ettiğimiz ölçüde değil. Bizim işimiz ve sahiplenmeliyiz. Bu işi aile hekimleri yönetmeli, başka sorumlu olmamalı." (52, K, EAH)

"Eğitici sahada olmalı, sahayı bilmeli, cam fanus içerisinde oturmamalı." (52, K, EAH)

6.2.2.3 Müfredat İçinde Aile Hekimliği Alan Dışı Eğitim (Diğer Rotasyonlar)

Yapılan görüşmeler sonrasında uzmanlık eğitiminin rotasyonların oluşturduğu hastane kısmında eksikliklerden bahseden katılımcılar rotasyonların içeriklerinin ne kadar dolu geçtiklerinden endişe ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca diğer kliniklerin asistan

hekimleri mevcutta bulunan asistan karneleri dışında daha çok kendi işleyişlerini rahatlatacak konumlarda görevlendirdiklerine dikkat çekmişlerdir. Bu alan dışı eğitim şansını gelecekte kendi alanlarında kullanmak için alan asistan hekimler için olumsuz bir durum oluşturmaktadır.

“Güncellenmiş rotasyon listesi daha iyi oldu” (39, K, EAH)

“Mevcut rotasyonlar yeterli ama sıkıntı burada onların içinin nasıl doldurulduğu.” (45,E, Ünv)

“Asistanlar hastane mantığıyla yetişiyor konsültasyonlarla.” (45,E, Ünv)

“Uzman arkadaşlarımız mecburi hizmet adı altında entegre hastanelerde primer uzman olarak çalışmakta o yüzden orayı idare edebilmek için mutlaka devlet hastanesindeki polikliniklerimiz de vazgeçilmez. Ama bunun dışında saha hiç vazgeçilmez.” (40, K, EAH)

“Bazı bölümler asistanlarımızı eğitime göndermiyordu.” (49, E, Ünv)

“Endokrinoloji gibi bazı bölümler sanki ellerinden ekmeklerini alacakmışız gibi bir tutum sergiliyor. Dahiliyeciler bir ara biz erişkin aile hekimiyiz gibi sloganlar çıkartmışlardı. Bazen rant meselesi gibi görülebiliyor ancak öyle bir şey yok. Biz onların birinci basamaktaki yüklerini aldığımız zaman onlar gerçek uğraşması gereken hastalıklarla uğraşacaklar.” (49, E, Ünv)

6.2.2.4 E-ASM’lerin Kuruluşu/İşleyişi Sırasında Yaşananlar

Eğiticiler ile yapılan görüşmeler sonrasında E-ASM’ler kurulurken bir çok problemle karşılaşıldığını ve bunları aşmak için çok fazla emek sarfettikleri üzerine ortak bir görüş alınmıştır. Bu zorluklar planlama ve işleyiş başlıkları altında incelenmiştir.

a) Planlama, Altyapı ve Kurulum Aşamaları

Eğiticilere göre E-ASM’lerin en önemli problemi olan planlama ve kurulum aşamaları aynı zamanda çözülmesi gereken ve çözüldüğü zaman her şeyin daha kolay olacağı

zorluklardır. Çoğu eğitici özellikle ilk merkezleri kuran eğiticiler bu aşamada çok zorluk çektiklerini ve çok çaba gösterdiklerini belirtmişlerdir. Fakat sonrasında verdikleri raporlara rağmen çoğu problemin çözümüne yönelik bir eylem göremediklerini de belirtmişlerdir. Yönetmeliğin mutlaka yeniden düzenlenmesini ve E-ASM'ler açılmadan önce her detayın en ince ayrıntısına kadar planlanıp; nüfusun, fiziki şartların, lokalizasyonun, personelin, giderlerin, yazışmaların tamamlandıktan sonra faaliyete geçmesi gerektiğini ayrıca sadece bu merkezlerden sorumlu birimlerin oluşturulması gerektiğini belirtmişlerdir.

"EASM yönetmeliği gözden geçirilmeli ve revize edilmeli, illerde ve merkezde EASM'ler konusunda uzmanlaşmış birim ve görevliler yetişmesi sağlanmalı." (52,E,EAH).

"Aile hekimliği eğitici sayısı çok az. PDC'lerde aile hekimi uzmanlık kadroları silinmiş gibi." (52,E,EAH).

"Tavan nüfus E-ASM' ler için 4000 değil daha aşağıda 2000 gibi 1500 gibi olmalı. Çünkü burası eğitim yapılan yerler daha düşük olması gerekir." (52,E,EAH).

"Sistem eğiticiye birinci basamakta klinik hasta görme, hasta yönetimi yapma şansını tanımıyor. Sistem asistan üzerinden yürüyor. Belirli bir sayı eğiticinin hastası olmalı."(45, E, Ünv).

"E-ASM'lerin sabit kendi kadrosunda birer uzmanın olması daha iyi olur. Akademisyen olmaları da aslında çok şart değil ASM 'de çalışmış deneyimli eğiticilik vasfı olan bütün uzman arkadaşlarla bu işin yapılabileceğini düşünüyorum." (45,E,Ünv).

"Kurumlar arasında koordinasyon kurmak çok zor; birisinin olur dediği şeye diğeri olmaz diyor. Yönetmelikte şöyle yapın diyor fakat üniversitede kanun farklı bir şey diyor." (45,E,Ünv).

"Yönetmelikte gerçekten değişiklik gerekiyor ama bu bakanlıkta oturduğunuz yerden değil de sahadakilerin çalışanların fikirlerini alarak yapılması gerekir." (45,E,Ünv).

“Şu an hükmen yenik başladık çünkü yeri biz belirlemiyoruz Sağlık Müdürlüğü belirliyor.” (37, E, EAH).

“Ben hastane müdürüne gidip E-ASM açacağım dediğimde elektronik asm mi dedi. Bu sistemi hala bilmeyen idareci kısmı var.” (52, K, EAH)

b) İşleyiş ve Organizasyonla İlgili Sorunlar

Eğiticiler ile yapılan görüşmeler neticesinde işleyiş sürecinde yaşanan problemler ve bunlar için öneriler öğrenilmiştir. Eğiticiler eğitim, hastane işleri, akademik işler dışında bu merkezlerin idari ve mali işlerini de yürütmeleri sebebiyle çok zorlandıklarını belirtmişlerdir. Buna rağmen maddi gelirlerini düştüğünü, eğitime zaman ayıramadıklarını ve kurumsal desteğin olmadığını belirtmektedirler.

“Bu bir ödül mü ceza mı? İş yükü 3-4 katına çıktı ama maddi gelirim çok düştü.” (52,E,EAH).

“Çalıştığımız hak ettiğiniz parayı zamanında alamamak da hakikaten moral bozucu.” (52,E,EAH).

“Eğitim günleri mesela eğitime gitmek istiyorum ama E-asm’yi kapatamıyorum. Benim eğitime uygun zamanı ayırabilmem lazım.” (43,K, Ünv).

“Kurumsal desteğin ve aynı zamanda sadece kurumsal değil aslında ulusal düzeyde desteğin olmaması.” (45, E, Ünv).

“Hastane de hemşire yetersizliği vardı ve size hemşire veremiyoruz deniyor. Bir hemşireden 3 birime bakmasını bekliyorsun parasını almadan.” (40,K,EAH).

“Sınıflama dışıyız E-ASM’lerde. O da maddi olarak ek bir durum olabilir sınıflamaya dahil edilse bir getiri olabilir.” (36, K, Ünv)

“Muhasebe ve satın almadan anlayan uzman kişilere ihtiyaç var.” (49, E, Ünv).

“Hastanenin ihale kanunu var, bir sürü detayı var; bir kalem almak için bile şartname farklı.” (37, E, EAH).

“Ben sürekli oradayım ama bir reçete bile yazamıyorum.” (37, E, EAH).

“Ustaları bile kendi arabamızla götürüp getirdik.” (37, E, EAH).

6.2.2.5 Eğiticilerin E-ASM'ler ile İlgili Duyguları

Yapılan görüşmelere sonrasında E-ASM'lerin önemi, eksikleri, geliştirilmesi için gerekli olan değişiklikler konuşulurken eğiticiler konuyla ilgili duygularını ifade etmişlerdir. Öneminden bahsederken süreç ile ilgili heveslerini, heyecanlarını, kaygılarını, arzularını, korkularını dile getirmişlerdir.

"Kaygılarımız var." (39, K, EAH).

"Yaptığım işten tatmin oldum." (39, K, EAH).

"Memnunum. Seviyorum ben. Bazen kendimi dolmuş şöförü gibi hissetsem de seviyorum." (43, K, Ünv)

"Yaşadıklarımızı anlatıyorum başkalarına masal gibi geliyor." (45, E, Ünv)

"Elini taşın altına koymak gerekiyor bu işte." (45, E, Ünv)

"Aklı başında olan birisi yapmaz." (45, E, Ünv)

"Pişmanlığım yok, zorlandığımız yerler oldu ama pozitif bakmaya çalışıyorum." (36, K, Ünv)

"Akıntıya karşı kürek çekmek gibi ama bu desteklenmeli." (58, K, Ünv)

"Şikayet etmek kolay ama önemli olan nasıl düzeltebilirizi bulmak." (52, K, EAH)

"Maddi yönden çok zarar gördük ama eğitim her şeyden önemli." (52, K, EAH)

"Benim uygulamamın örnek olması, rol model olması lazım" (49, K, Ünv)

6.2.2.6 Aile Hekimliği Disiplini

Yapılan görüşmeler sonrası eğiticiler E-ASM'lerin önemiyle ilgili görüşlerini belirtirken Aile Hekimi disiplini ile ilgili de görüşlerini ifade etmişlerdir. Bu alanın bir felsefe olduğunu, uzmanlık gerektirdiğini ve bunun için uygulanacak eğitimin çerçevesi belirlenmiş her yerde aynı standart bir müfredat ile olması gerektirğinden bahsetmişlerdir.

“Aile hekimi kendi ülkesinin içinde bulunduğu sosyokültürel ve politik şartların ne olduğunun farkında olarak ilerlemek durumunda” (58,K,Ünv)

“Ben ideal aile hekimliğinin bir tıp felsefesi olduğunu düşünüyorum. Bir anlamda bir bakış açısı ve bir anlayış” (52,E,EAH).

“Aile Hekimliği gerçekten uzmanlık gerektiriyor.” (43, K, Ünv).

“Uzman olduğumuz için pratisyenlerden farklı olmamız lazım.” (40, K, EAH)

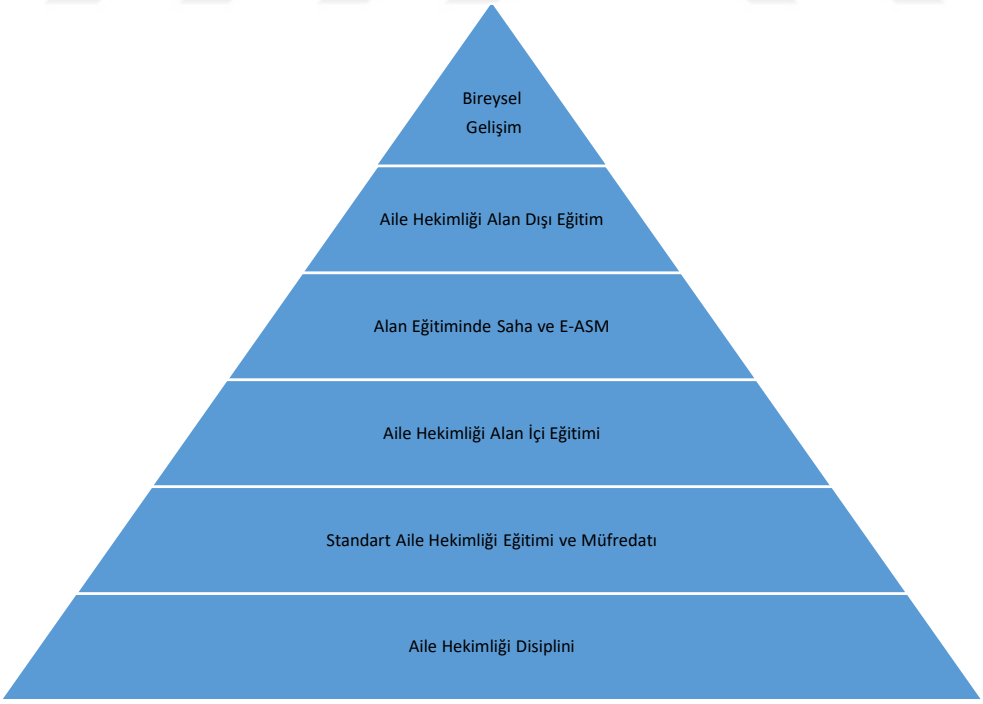
“Sahayı yönetebilecek beceriye sahip olarak yetişmeliyiz.” (36, K, Ünv)

“Bir Tıp Fakültesinden mezun olduğunuzda zaten 1. basamakla ilgili çok az bilgiye sahipsiniz.” (36, K, Ünv)

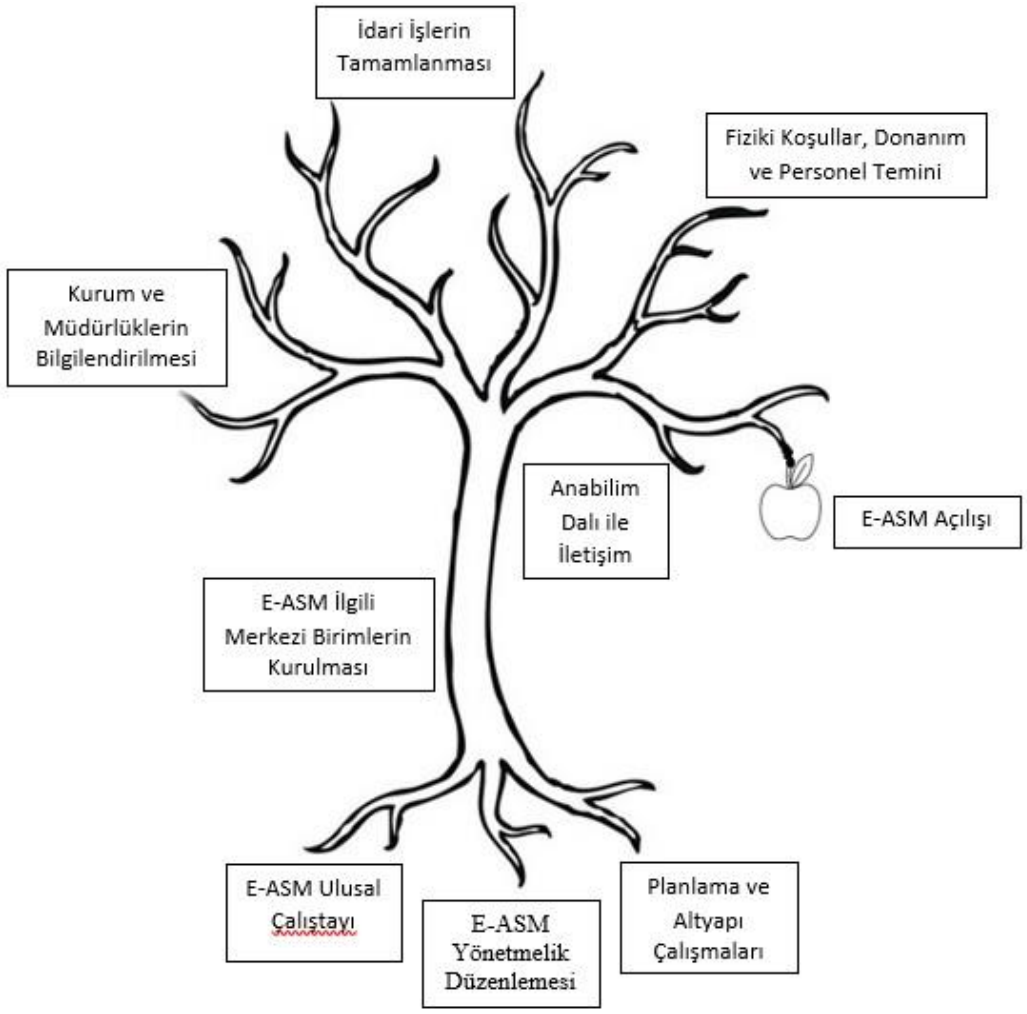
“Biyopsikososyal yaklaşımı sahada öğreniyorlar.” (41, K, Ünv)

“Birinci basamaktaki hekim hastayı bilen biri olduğu için hastayla paylaşım da farklı hastanın beklentisi de farklı ve bu tecrübe edilince öğreniliyor.” (41, K, Ünv)

“Asıl yaramız her yerde aynı standardizasyonu sağlayamadığımız eğitimdir.” (52,K,EAH)



Resim 6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Normları Piramidi



Resim 7. Öneriler sonrası E-ASM Süreci Kavramsal Şeması

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda, Türkiye'de E-ASM yapılanması bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dalları bünyesinde görev yapmış asistan hekim ve eğitmenlerle görüşerek E-ASM'lerin Aile Hekimliği uzmanlık eğitimindeki yeri, beklentilerin ne kadarının karşılandığı ve geliştirilmesi gereken noktaları değerlendirmek amaçlanmıştır.

Aile hekimliği, araştırması kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve "birinci basamak hizmeti" (hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından verilen sağlık hizmeti) yönelimli klinik bir uzmanlıktır (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005). Aile Hekimliği tanımından da anlaşılacağı üzere birinci basamakta uzmanlaşmayı gerektiren Aile Hekimliği eğitim süresinin yarısının Tıpta Uzmanlık Kurulu kararı uyarınca Aile Hekimliği uygulamasında geçmesi beklenmektedir. Bu süreçte uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım açısından yeterlilik kazanmaları hedeflenir. Birinci basamak ve toplum yönelimli klinik bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği eğitimi sürecinde bu yeterliliklerin sahada kazanılması gerçekçidir.

Çalışmamızda katılımcıların %86,9'unun daha önce pratisyen hekim olarak çalışmış olduğunu; hatta %21,5'inin daha önce ASM'lerde çalıştığını görmekteyiz. Ülkemizde pratisyen hekim olarak atama yapılan yerler birinci basamak ve acil servislerdir. Buralarda çalıştıktan sonra birinci basamakta uzmanlaşmayı seçen bu popülasyon aynı zamanda bize birinci basamağın uzmanlık gerektirdiğini göstermektedir. Çalışmamızın kalitatif bölümünde bir eğiticinin birinci basamakta kendisine yetmediği için uzmanlık eğitimine başvurduğunu belirtmesi de bu durumu desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında sağlık hizmet sistemlerinde kalite, maliyet etkinlik ve hakkaniyete ulaşılmasında birinci basamak hekimliğinin merkezi bir role sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu önemli rolün kendine has özellikleri ve farklı modelleri içermesi nedeniyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yapılması gerektiğine karar verilmiştir (Apel, 1978). Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu problemlerdir. Bu sorunlarla baş etmek

için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir (De Maesner ve ark., 2003; Delnoij ve ark., 2000). TTB'nin yaptığı niteliksel bir araştırmada da aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin farklı açılardan yetersiz olduğu hekimlerin kendisi tarafından bildirilmiştir. Bu çalışmaya katılan AH uzmanları, pratisyen aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yine aynı çalışmada aile sağlığı elemanlarının eğitim gereksinimi olduğu dile getirilmiştir (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013). 1923 yılında Francis Peabody'nin de dediği gibi "Aşırı branşlaşma var. Hastalar ortada kaldı. İnsanı bütün olarak ele alacak uzmanlık alanı lazım". İkinci ve üçüncü basamakta hastalar sahiplenilmediğinden ve her başvuruda farklı bir hekimle karşılaşıldığından, hastanın çözümlenmesi yetersiz kalabilmektedir. Özellikle kronik hastalıklardaki genellikle zaman yetersizliği nedeniyle yetersiz verilen danışmanlık hizmetleri, gereksiz tekrarlayan görüşmeler ile sonuçlanmaktadır (Custers ve ark., 2000). Birinci basamağa özgü olan, biyopsikososyal bütüncül yaklaşım gerektiren ve hastalık bulgularının yetersiz olduğu erken dönemde branş uzmanlarının yetersiz kalabileceği bildirilmektedir. Çünkü birinci basamakta tanılar genellikle olasılık temeline dayanır ve kendine bağlı olan hasta nüfusunda yılın o zamanında yüksek insidanslı olan hastalık belirtilerini baz alır. Yaklaşık olarak hastaların dörtte biri kesin bir tanı alamaz, çünkü mevcut belirti ve yakınmalar kesin tanı koyulmadan önce iyileşmiş olur. Bu durum diğer branşlara göre birinci basamakta doğal olarak daha sıktır. Aile hekimliği hastalık paternlerinin toplumdaki hastalık paternleri ile en çok örtüştüğü yegane basamaktır (Charlin ve ark., 2000).

Bu çalışmanın araştırmacısı olarak kendim de daha önce 2 yıl boyunca pratisyen olarak ASM'lerde çalışmış bir hekim olarak birinci basamakta uzmanlaşmanın şart olduğunu, bu sebeple zaten birinci basamakta gelecekte olacağım yerde çalışıyorken ayrılıp uzmanlık programına başladığımı, E-ASM'lerin bu süreçte gerçek birinci basamağı tanıtan en önemli eğitim bölümü olduğunu belirtmek isterim. Fakat çoğu hekimin şikayet ettiği idari ve mali işler sorumluluğu gibi bazı konular sistem dahilinde ASM'lerde ki aile hekimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu sebeple E-ASM'lerde gerçekleşen bu işlerin de bence asistan hekimlerin sorumluluğunda olması doğal ve öğrenme sürecinin eğitimin bir parçasıdır.

Birinci basamak yönelimli klinik bir dal olan aile hekimliği uzmanlık eğitimi, toplam 36 ay sürmektedir. Bu sürenin 18 ayı, genel tıp uygulamalarına yönelik ana branşlarda rotasyonlar ile tamamlanmaktadır. 36 ay olan toplam aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, 18 ayı saha eğitimi olarak öngörülmüştür (Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2014).

Çalışmamızda eğiticiler ile yapılan görüşmelerde standardize edilmiş bir aile hekimliği uzmanlık eğitiminin gereğinden söz edilmektedir. Fakat ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarda eğitim standardizasyonu açısından göze çarpan bir model gözlenmemektedir. Uzmanlık öğrencilerinin mesleki gelişimini sağlamak için müfredatın planlaması ve değişmesinde öğrenme ortamı anahtar odak olmalıdır (Yılmaz, 2016). Bazı kurumlarda eğiticiler olduğu halde herkes için standart bir eğitim programı yokken bazı kurumlarda anabilim dalında Aile Hekimliği alanına ait öğretim üyesi bile mevcut değildir. Hem öğretim üyesi eksikliği olan hem de standardize edilmiş bir uzmanlık eğitim modeli olmayan ya da değişiklikler gösteren kurumlarda ortak bir görüş sağlanması ve bunun için çalışılması gereklidir. Karaoğlu'nun belirttiği üzere Profesyonellik eğitimi kurumsal destekle güçlendirilerek, neden bu eğitime ihtiyaç olduğu anlatılarak, asistanlığın her döneminde deneyim ve refleksiyon şansı yaratarak, tüm asistanlık sürecinde devamlı ve planlı olmalıdır (Karaoğlu, 2016). Ülkemizde yıllardır süre gelen birinci basamak deneyimi ve anabilim dallarının çabaları sonucunda oluşan tecrübe ve deneyim sonrasında asistan karneleri oluşturulmuştur. Bunun önemine dikkat çeken bir çalışmada belirtildiği üzere tıpta uzmanlık eğitimi sırasında kazanılacak klinik becerilerin ve bilgilerin değerlendirilmesi ve elektronik ortamda saklanması gerekmektedir. Güvenilir bir asistan bilgi bankasının varlığı Tıp Fakültesi için önemli bir zorunluluktur. Tıp eğitiminin gelişimci karakteri göz önüne alınırsa, banka güvenli, esnek ve kolay ulaşılabilir olmalıdır (Günay, 2016). Mevcutta kullanılan asistan karnelerine kliniklerin bire bir uyması da ayrıca tartışılması gereken bir konudur. Herbert ve ark. çalışmalarında birinci basamak uzmanlık eğitimine hazırlığın mezuniyet öncesi eğitimin son yıllarında başlanarak erkenden hazırlama dönemine girilmesi gerektiğini önermişlerdir (Herbert ve ark., 1973). Çalışmamızda eğiticilerin ve katılımcıların belirttiği üzere asistan karneleriyle rotasyonlara gönderilen asistanlara öğrenim hedeflerine bakılmaksızın iş yükü hafifletme adı altında servis ve

acil alanlarda çalışma gibi görevler yüklenmektedir. Ülkemizde standart eğitim için gözle görülen bir adım asistan karneleridir. Fakat bunun dışında alan içinde her kurumda eşit standart bir uzmanlık eğitiminin sağlanması adına ortak bir görüş birliği şarttır ve bunun için çalışılmaya, yeni programlara ihtiyaç vardır. Herbert ve ark. yaptıkları çalışmada rol modelleme ve deneyimsel öğrenme kritik öneme sahip olmakla birlikte, pek çok okul, tıp profesyonelliklerini karakterize eden bilgi, değer, tutum ve davranışları öğrencilere telkin edecek açık öğrenme etkinlikleri sunma gereksinimini de görmektedirler (Herbert ve ark., 1999).

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 55 üniversite ve 17 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilmektedir (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2017). Çalışmamızda bu kurumlardan 3 üniversite ve 6 EAH ile buralara bağlı 16 E-ASM ziyaret edilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kurumlarda çalışmakta olan asistan hekimlerle ve eğiticilerle görüşülmüş; eğitimlerini tamamlayıp atanan uzman hekimlere de e-posta yoluyla ulaşılmıştır. Böylelikle çalışmamıza asistan hekimler, uzman hekimler ve eğiticiler dahil edilmiştir. Ülkemizde şu an için E-ASM'ler yalnızca İstanbul, Ankara, İzmir, Konya ve Bursa olmak üzere 5 şehirde bulunmaktadır. Bunlar arasında da çoğunluk yaklaşık 13 E-ASM'nin bulunduğu İstanbul ve İzmir olarak görülmüştür. Bu durum E-ASM'lerin hatta birinci basamak odaklı uzmanlık eğitiminin ne kadar yeni olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda E-ASM'lerde ortalama çalışma süresi 5,7 ay olarak görülmüştür. Bu süreyi katılımcıların %81,3 kadarı yeterli bulurken; %18,7 kadarı yetersiz bulmuş ve ortalama 10,6 ay yapılması gerektiğini önermişlerdir. E-ASM birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirildiği toplum içinde ve birim başına belirlenmiş aile ve hanelere hizmet veren merkezlerdir. Eğiticiler ile yapılan görüşmelerde de E-ASM sürelerinin hastaların tedavi takiplerinin yapılabileceği ya da en azından 3-4 kez hastayı görebileceği bir süre zarfında sürdürülmesi önerilmiştir. Hatta eğiticiler arasında 8 ay ve 12 ay yapılması gerektiğini belirten hekimler olmuştur. Birinci basamağın önemli iş yükü olan bebek izlemi, çocuk izlemi ve gebe izlemlerinin genel aylık aralıklarla yapılıyor olması asistan hekimlerin bu birimlerde hastalarını birden fazla kez görmesi adına yeterli uzunlukta tutulmalıdır. Çünkü Dünya genelinde farklı ülkelere bakacak olursak örneğin İngiltere'de "Royal College of General Practitioners" da açıklanan eğitim programı içerisinde minimum 12 ay saha

çalışması yer almaktadır (Royal College of General Practitioners, 2015). Yeni Zellanda'da 3 yıllık eğitim programı içerisinde ise her dönem kısa aralıklarla eğitici eşliğinde saha çalışmalarına ziyaretlerle yer verilmiştir (The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2017). E-ASM aslında Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na ait alan eğitimi içerisindedir. Aile Hekimliği Anabilim Dallarının temel işlevi, uzmanlık eğitim programının çeşitli bölümlerinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve değerleri bütünleştirmek ve uzmanlık öğrencisine aile hekimliği bakış açısını kazandırmaktır (Adnan Menderes Üniversitesi UZMEP,2002).

E-ASM'lerin önemini vurgulayan başka bir durum 2. ve 3. basamak kurumların Aile Hekimliği alanının ihtiyacı olan gerçek birinci basamak hastasını ve yönetimini sağlayamamasıdır. Ünalan ve ark. belirttiği üzere birincil sağlık sorunlarıyla baş etmek için ortaya atılmış bir tıp disiplini olan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin büyük kısmı ise hastane odaklı servislerde yürütülmektedir. Dolayısıyla doğrudan ayakta hasta bakımını merkeze alan bir disiplin olan aile hekimliğinde uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için yataklı servislerde uygun olgularla karşılaşılması sınırlı olmaktadır (Ünalan ve ark., 2016). 2014 yılında yayınlanan Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği ile bu eğitimlerin birinci basamak saha yaklaşımını tam olarak yansıtması mümkün olmadığından, eğitim aile sağlığı merkezlerinde (E-ASM) saha eğitimlerinin yürütülmesi öngörülmüştür.

Çalışmamızda genellikle E-ASM'lerin gerekli ve önemli olduğuna hem eğiticiler hem de katılımcılar değinmişlerdir. Eğiticilerle yapılan görüşmelerde E-ASM'lerin asistan hekimlere eğitimlerinin tam anlamıyla tamamlanmasını sağlayacak birinci basamak pratiğini verdiğini belirtmişlerdir. Ankara'da aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan bir çalışmada aile hekimliği temel uygulamaları ve katılımcıların yeterlilikleri kendileri tarafından değerlendirildiğinde; ölmekte olan hasta bakımı, ergen sağlığı ve danışmanlığı, temel yenidoğan bakımı, madde bağımlılığı, istismar ve şiddet, çevre kaynaklı hastalıklar ve meslek hastalıkları, evde bakım, yaşam ve ölümle ilgili konularda uygulama yapma imkanlarının az olduğu görülmüş ve buna bağlı kendilerini yeterli hissetmediklerini belirttikleri için kazanılması zor olarak nitelendirilmiştir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi hastane rotasyonları, birinci

basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklerden oluşmaktadır. Hastane rotasyonlarında uygulama imkanlarının daha seyrek olduğu belirtilen konuların, birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklere dahil edilmesi uygun olabilir. Ankara'da yapılan bu çalışmada da aile hekimliğinin kapsamlı bir uzmanlık dalı olması gerekçesi ile birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklere belirtilen konuların dahil edilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca yapılan bu çalışmada düzenlenen "en iyi nasıl öğrenirim" anketi sonuçlarına göre, tercih edilen en iyi öğrenme metotları sırası ile işitsel, kinetik, okuyarak ve görsel olarak belirtilmiştir. Öte yandan katılımcıların çoğu uzaktan eğitim metodunu tercih etmeyip, saha eğitiminin şart olduğunu ifade etmektedir. Bir eğitim programında birden çok öğrenme yöntemini bir arada kullanılması öğrenmenin kalıcılığını artırabilir denmiştir (Yıkılkan ve ark., 2013). Diğer yandan E-ASM'lere olan ihtiyaç ve merkezlerin öneminin belirtilmesine rağmen şu an için yapılan pratiğin eksik yanlarından bahseden katılımcı olmamıştır. Bardağın boş tarafı görülmemektedir. Şu an içinde bulunduğumuz sistem içerisinde bu merkezler eğitime fayda sağlıyor olarak gözükmektedir fakat bu merkezlere başvuran hastalar ile sevk zinciri sistemi olduğu zaman gelecek popülasyon aynı olmayacaktır. Şu an için yapılan izlemler ve koruyucu yöntemler haricinde görülen ayaktan hasta grubunun dışında sevk zinciri olduğu düşünülürse gelecek hasta grubu bambaşka olacaktır. Başol'un belirttiği üzere strateji, bir işletmenin iç kaynakları ve yetenekleriyle dış çevrenin fırsat ve tehditleri arasında uyum sağlamaktır. Her ülke ayakta kalabilmek için mutlaka tüm alanlarda strateji belirlemelidir. Sağlık sistemindeki en önemli stratejiyi sevk zinciri olarak belirlemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir (Başol, 2015). İngiltere'de, hastalarını üst basamaklara sevk eden genel pratisyene hastanın tedavisini gerçekleştiren uzman hekim tarafından hastaya yapılan tedavi hakkında geniş bir rapor gönderilmektedir. Böylelikle hekim hem hastasının durumunu takip altında tutabilmekte, hem de yapmış olduğu sevklerin yerinde olup olmadığını gözlemleyebilmektedir (Royal Collage of General Practitioner, 2011). Danimarka'da aile hekimleri hastanelere, uzman hekime, fizyoterapist ve diğer uzmanlık dallarına hastaların ulaşımında ilk başvuru noktası olup, kapı tutuculuğu rolü üstlenirler (Olejaz, 2012). Diğer yandan birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan ve başarıyla ilerleyen

sistem 1966'dan sonra; ikinci basamağı ve uzmanlığı özendiren politik tutum, uygulamanın finansman kaynaklarından yoksun bırakılması, gelişen teknoloji ile yeterince desteklenmemesi, nüfus yapısındaki değişimlere uyarlanmaması, birinci basamak için yetişmiş uzmanlar olmaması, mezuniyet sonrası eğitim, araştırma ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi nedenler bu değerli uygulamanın başarısını engellemiştir (Güler ve Akın, 2012). Ülkemizde sevk zinciri daha önce pilot bölgelerde denenmiş fakat henüz ülke genelinde hayata geçirilememiştir. Türkiye'de hâlihazırda sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurularda zorunlu sevk zinciri uygulanmamakta, hastalar istedikleri sağlık hizmeti sunucusuna diledikleri gibi başvurmaktadırlar (Bankur, 2017). Dolayısıyla müfredat ve eğitim programı düzenlenirken sevk zincirinin gelecekte olabileceğinin de göz önünde bulundurulması daha gerçekçidir.

Çalışmamızda E-ASM'lerin toplam nüfus sayılarına baktığımızda %60,8'inin 2000 ve üzeri nüfusa sahip olduğunu; %40,2'sinin 3000 ve üzeri nüfusa sahip olduğunu gördük. Ayrıca E-ASM'lerin günlük hasta yoğunluğuna bakıldığı zaman %42,1'inde günde 50 ve üzeri hasta muayenesi yapılmaktadır. E-ASM'ler bir eğiticinin de dediği gibi ASM'leri simule eden ve eğitimin mutlaka primer amaç olduğu yerlerdir. Çalışmamızda gerek asistan ve uzman yorumları; gerek eğitici görüşmelerine baktığımızda nüfus kaygısının ve buna sekonder gelişen maddi problemlerin oluştuğunu görmekteyiz. Akman ve Sakarya'nın yaptıkları Qualicopc projesi Türkiye Sonuçları çalışmasında ASM'lerin ortanca nüfus sayıları 3761; ortanca günlük hasta sayısı ise 60 olarak saptanmıştır (Akman ve Sakarya, 2017). Bu sayılar E-ASM ortalamalarıyla benzer özellik taşımasına rağmen çalışmamızda E-ASM'ler için ortak görüşün hasta sayısının düşürülmesi ve eğitim için belirli bir zamanın ayrılması gerekliliği belirtilmiştir. OECD verilerine göre Aile Hekimliği modelini uygulayan çoğu ülkede, aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 1200 civarındadır (OECD İncelemeleri, 2008). Avrupa ortalaması olan aile hekimi başına 2500 civarında nüfus düşebilmesi için uygulamaya her yıl katılması gereken yeni hekim sayısının; 2017 yılında yaklaşık 1800 ve 2025 yılında ise 2380 olması öngörülmektedir. Bu durumda 2013 yılında 2300 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, 115 eğitim merkezi ve 575 alan eğiticisine ihtiyaç olacağı hesaplanmıştır (Gürel, 2010). Diğer yandan katılımcıların E-ASM'lerde çalışırken kendilerine bağlı nüfus oranlarıyla E-ASM'nin

uzmanlık eğitimlerine katkısı ve toplam puan karşılaştırıldığında; nüfusun 2000 ve üzeri birimlerde çalışan hekimlerin puan ortalamaları anlamlı bir şekilde nüfusu az olan birimlere göre daha fazladır. Bu değerlendirmede yoğun yerlerde çalışanlar daha memnun gözükmektedir. Bu durum nüfus sayısına bağlı olarak aktif yapacağı işi görmek ve maddi kaygının ortadan kalkması ile yorumlanabilir.

Çalışmamızda E-ASM'lerde iş yükünü oluşturan hasta grubu sorgulanmış olup %65,4 oranla en çok 18-64 yaş grubunun başvurduğu görülmüştür. Bu durum koruma ve takip programlarının dışında birinci basamağa ne kadar çok normal poliklinik hastasının başvurduğunu da göstermektedir. Ünal'ın çalışmasında belirttiği üzere günümüzdeki verilere göre; Türkiye'nin halen dinamik bir nüfusu vardır, yaşlanma henüz büyük sorunlar oluşturacak boyutlara ulaşmamıştır. Ancak nüfus giderek yaşlanmakta, yaşlanma endeksi giderek yükselmekte ve nüfus artış hızının da sürekli azalması nedeniyle nüfusun potansiyel destek oranı da düşmektedir (Ünal, 2015). Ayrıca birinci basamağın, 2. ve 3. basamağın iş yükünü hafifletebilecek yerler olduğunu söyleyebiliriz. Eğitici görüşmelerinde bazı diğer kliniklerin asistan hekimlerin rotasyonları sırasında polikliniklerden ziyade yataklı servis veya acil servislere daha çok görevlendirildiğini; hatta işlerini ellerinden alma kaygısına kapıldıklarını bir rant durumundan söz edilmiştir. Ülkemizde üst basamak sağlık kuruluşlarına başvurunun çok fazla olduğu dönemde bu yoğunluğun birinci basmakta eritilmesi daha gerçekçidir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir (Starfield, 1994). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan 2017 Yılı Ocak- Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistiklerine göre Aile Hekimliği'ne 2.369.540 kişi başvurmuşken; Acil Servislere 76.834.439 kişi, İç Hastalıklarına 26.898.446 kişi ve Genel Pediatri kliniklerine 18.210.754 kişi başvurmuştur. Bu sonuçlar birinci basamakta erimesi gereken bir yoğunluk olduğunun kanıtı sayılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (Türkiye'de Aile Hekimliği, 2016).

Çalışmamızda katılımcıların %90,7'si E-ASM'de ASE olduğunu belirtirken, birim bazında sorgulandığında bu oran %69,2'ye gerilemiştir. Eğitici görüşmelerinde ASE olduğu zaman gebe ve bebek sayısının arttığının belirtilmesi ASE'lerin birinci basamak ve birinci basamaktaki gerçek iş yüküne sahip olabilmek adına ne kadar önemli olduğunu düşündürtmektedir.

Çalışmamızda uzman hekimlerin E-ASM yönetmeliğini inceleme oranı asistan hekimlerden daha fazla görülmüştür. Bu durum şu an halen asistan hekim olanlarla asistanlığını bitirip ayrılmış uzman hekimler arasında karşılaştırıldığından uzman hekimlerin E-ASM rotasyonu yaptıkları dönem kuruluş aşamalarına denk gelme ihtimali daha fazla olması sebebiyle olabilir. Diğer yandan asistan hekimlerin yönetmeliği inceleme oranının düşüklüğü ayrıca ilgi çeken bir durum olarak görülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların E-ASM ile ilgili değerlendirmelerinin puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamalara E-ASM'nin saha eğitimi için önemli olduğu ve burada çalışmaktan memnun oldukları başlıklarında rastlanmıştır. Katılımcıların %88,8'i E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunken; %96,2'si E-ASM'lerin saha eğitimi için önemli olduğuna katıldıklarını belirttiler. Hem asistanların hem eğiticilerin anket ve görüşmelerde vurguladığı konu saha eğitiminin aile hekimliği uzmanlık programı için çok önemli olduğudur. Aile hekimliğinin temel yeterlilikleri arasında sayılan toplum yönelimli bakım, bir takım çalışmasını gerektirmekte olup, bunun yürütülebilmesi için hem sağlık çalışanları, hem de sağlık sektöründen olmayan kişilerle uyum içinde ortak bir dil oluşturulması elzemdir (Gervits ve Anderson, 2014). Bu koordinasyonun sağlanabilmesi için gerekli eğitimlerin aile hekimliği ihtisası sırasında verilmesinde EASM'lerin önemli rol oynayacağı düşünülmektedir (Ateş ve Set, 2015). Benzer şekilde katılımcıların memnun olmadığı ve ortalama puanların diğer başlıklara göre daha düşük olduğu konular arasında E-ASM'de çalışırken maddi problemler yaşadığı ve eğiticiler ile yeterli oranda birlikte çalışma fırsatı bulamamaları üzerinedir. Asistan hekimlerin eğitim sürecinde eğiticilerin mentorluk yapmalarına ihtiyaç duydukları bir gerçektir. Mentorluk, uzmanlık eğitimine başlayan genç hekimlerin, alanlarını tanıyıp bilgi edinmelerinin yanı sıra sahip oldukları bilgi ve beceriyi deneyimin olgunluğu ile birleştirmelerinde de rol oynar. Modern çağ ile birlikte, mentorluk uygulamaları sağlık

sisteminde daha önemli hale gelmiştir (Coşkun, 2016). Katılımcıların bu sorunları belirttiği noktalarda bazı kurumların eğiticilerinin bu konuya görüşmelerde değinmiyor olması ya da sadece eğitici sayısının azlığını belirtiyor olması ilgi çeken başka bir noktadır. Ülkemizde Aile Hekimliği Kliniklerinde eğitici sayısının az olduğu bir gerçektir. Ünalan ve arkadaşlarının belirttikleri üzere Üniversitelerdeki Anabilim Dalları/Aile Hekimliği Kliniklerinin öğretim üyesi sayısı artırılmalı ve eğitim alt yapıları geliştirilmelidir (Ünalan, 2017). Eğitici görüşmelerinde personel dağılım cetvellerinden uzmanlık kadrolarının silinmesi, akademisyen vasıfla yetişen uzmanların üniversitelerde istihdam edilememesi, eğitici ihtiyacı gibi yorumlar bu konuyu vurgulamaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %91,6'sı E-ASM'de eğiticinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Farnan ve ark. yaptıkları çalışmada asistanların gözetim altındaki denetimine devam etmenin, hasta ve eğitimle ilgili sonuçlarda olumlu değişikliklerle sonuçlandığını göstermektedirler (Farnan, 2012). Eğiticilerle yapılan görüşmede hastane, idari işler, E-ASM işleri, akademik görevler, eğitim ve dernek görevleri gibi birçok başlıklar altında çalışmaları sebebiyle yetişemediklerini ve bölündüklerini belirtmişlerdir. İş yükünün çok fazla ve geniş alanda olması, eğitici sayısının az oluşu en önemli iki sebep olarak gösterilebilir.

Katılımcıların E-ASM ile ilgili puanladıkları başka bir konu E-ASM yerine ASM tercihlerinin sorulmasıdır. Ankete katılanların %62,6'sı E-ASM yerin ASM tercihi önerisine katılmadıklarını belirtirken; %65,4 kadarı E-ASM'de geçirdikleri sürenin aile hekimliği hakkındaki düşüncelerini olumsuz etkilemediğini belirtmiştir. Eğiticilerle yapılan görüşmelerde de bu memnuniyet ve saha eğitimi için E-ASM'lere olan ihtiyaç görülmektedir.

Çalışmamızda araştırılan başka bir konu da birinci basamak için uzmanlık eğitiminde ihtiyaç duyulan rotasyonlarla ilgiliydi. Katılımcıların %56,1'i E-ASM'de çalıştıktan sonra rotasyonlarla ilgili önem ve öncelik açısından fikirlerinin değiştiğini belirtmiştir. Özellikle ana rotasyonlarda poliklinik kısmının daha fazla yapılması gerektiği, pediatri ve dermatoloji rotasyonları yapıldıktan sonra E-ASM'lere gidilmesi gerektiği üzerinde çok kişi durmuştur. Eğiticilerle yapılan görüşmelerde de birinci basamakta en çok görülen hastalık gruplarına değinilmiş son TUK toplantısıyla ana rotasyonların süresinin kısaltılmasının çok doğru olmadığı belirtilmiştir. Diğer yandan asistan hekim ve uzmanların olması gereken rotasyonlar diye öneride bulunduğu

Dermatoloji ve Acil Tıp son değişiklik ile zorunlu rotasyonlar arasına girerken; FTR, Nöroloji ve KBB'de seçmeli rotasyonlar arasına girmiştir. Rotasyonların amacı, Aile Hekimliği uygulamaları sırasında kısa sürede eğitim sağlayacak kadar sık karşılaşılmayan ancak AH uzmanının çözmesi gereken problemleri tanımak ve çözüm yollarını öğrenmek amacı ile bu problemlerin çok sık karşılaşıldığı ortamlarda eğitim almak olarak tanımlanabilir (Bursa Sağlık Müdürlüğü, 2008). Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına göre rotasyonlar aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında seyrek görülen durumlar, hastane kliniklerinde daha kısa sürede öğrenilebilir. Bir bütün olarak kendisine kayıtlı bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlarla sağlanmaktadır. Çalışmamızda katılımcılar tarafından bir rotasyon ihtiyacından söz edilmektedir. Fakat bu ihtiyacın mezuniyet öncesi eğitimden eksik kalan ihtiyaç mı ya da gerçekten mezuniyet sonrası eğitimin bir ihtiyacı olup olmadığı bilinmemektedir. Bunu öğrenmek adına ek bir çalışmaya gerek vardır. Billings ve Block yaptıkları çalışmada mezuniyet öncesi eğitime gelecekte önemli bir konu olarak yer kaplayacak olan palyatif bakımın alınması ve planlamasının yapılması gerektiğini önermişlerdir (Billings ve Block, 1997). Barrows tıp eğitiminde öğrenme metodları hakkında yazdığı kitabında problem ve pratik tabanlı öğrenme yönteminin daha başarılı olacağını ifade etmiştir (Barrows, 1994). Ülkemizde tıp eğitimde her kurumda probleme dayalı öğrenme metodu uygulanmamaktadır. Bu durum ilerleyen yıllarda öğrencilerin bazı klinik alanlarda eksik kalmasına yol açabilmektedir. Spencer yaptığı çalışmada tıp eğitiminin başarılı olabilmesi için öğrenci merkezli yaklaşımın olması gerektiğini vurgulamıştır (Spencer, 1999). Birinci basamak eğitiminde katılımcıların eksik gördükleri ve olması gerektiğini düşündükleri rotasyonlar mezuniyet öncesi eğitimin eksik kalan yanlarının bir yansıması olabilir. Yine her kurumda standart bir uzmanlık eğitiminin verilmeyişi ve rotasyonların içeriklerinin ne derece verimli geçtiğinin bilinmemesi bu sorunun cevabını bulmayı güçleştirmektedir. Bu durumun netleştirilmesi adına ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda E-ASM'lerde ihtiyaç duyulan konsültasyonlar sorgulandığında Pediatri %33,6, Dahiliye %26,5 ve Dermatoloji %20,4 ile ilk 3 sırayı paylaşmıştır.

QUALICOPC 2012 çalışmasında ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin en çok Dahiliye, Pediatri ve Kadın Doğum Hastalıkları ile konsültasyona ihtiyaç duydukları ortaya çıkan sonuçlar arasındadır. Bu sonuçlarda bu rotasyonların önem ve önceliğini vurgulamaktadır. Katılımcıların %80,4'ü E-ASM'lerde başka klinik disiplinlere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu soruya yanıt verenlerin %89,53'ü Diyetisyen olmasının faydalı olacağını önerirken, %56,9'u Psikolog önerisinde bulunmuştur. Bu tip alanlara olan ihtiyacın vurgulanması getireceği faydaların göstergesidir. Eğitici görüşleri arasında yer alan E-ASM uygulamasının rol model olması gerektiği ve burada yapılan uygulamaların sonrasında diğer merkezlere örnek olabileceği bu konuyu vurgulamaktadır. Şensoy ve ark. belirttiği üzere rotasyonların yeri ve süresi aile hekimliği uzmanının kazanması hedeflenen yeterlikler, bilgi, beceri ve tutum hedefleri dikkate alınarak belirlenmeli ve eğitimin yapılacağı akademik merkezler için esneklik sağlanmalıdır. Eğitimdeki klinik konular birinci basamağa yönelik olarak ve aile hekimliği klinik yaklaşımı çerçevesinde ele alınmalıdır (Şensoy ve ark., 2009).

Katılımcıların %62,9'u uzman oldukları zaman yapacakları işi gördüklerini belirtmiş; %27,4'ü uzman oldukları zaman daha yeterli hissedeceklerini söylemişlerdir. Soruyu cevaplayanların %22,5'i birinci basamağın önemini ve uzmanlık gerektirdiğini anladığını belirtmiştir. E-ASM'ler eğitici görüşmelerinde de belirtildiği üzere teorik eğitimin analiz ve sentez edildiği yerler; uygulamaya döküldüğü yerlerdir. Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu problemlerdir (De Maesneer, 2012). Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir Araştırmaya katılan her katılımcının belirttiği üzere ASM ve birinci basamak sistemi gerçekten çok farklıdır. Mezun olan uzman hekimlerin bu sistemi öğrenmeden sahaya gitmeleri hem uzmanlığa olan saygıyı etkilemekte hem de hekimin kendine güveninin sarsmaktadır. Bir katılımcımızın bu kadar çok bebek ve gebe takibi gibi ciddi işler nasıl pratisyen hekime emanet ediliyor vurgusu da uzmanlık gerektiren bir alan olduğunun göstergesidir. Diğer yandan katılımcıların . %46,7'si motivasyonlarının azaldığını belirtmiş ve nedenler arasında yetersiz koşullarda çalışmak, gereksiz iş yükü, usulsüz istekler ve negatif performans gibi konuları belirtmişlerdir. E-ASM sistemi ve birinci

basamaktaki yeri henüz yeni ve gelişmeye devam etmektedir. Birçok asistan, uzman ve eğiticinin motivasyonun azalmasıyla ilgili vurguladığı konu mevzuattır. Genellikle belirtilenler arasında mevzuatla, idari ve mali işlerle ilgili, konum ve nüfus sayılarıyla ilgili çok sayıda olumsuzluk bildirilmiştir.

Çalışmamızda asistan hekimler ile uzman hekimler arasında E-ASM'den memnuniyet puanlaması açısından karşılaştırma yapıldığında herhangi bir anlamlı fark görülmemiştir. Uzman hekimler mecburi hizmete gittiklerinde E-ASM yaptıkları ve sistemi bildikleri için memnun olmalarını bekliyorken; asistan hekimlerinde benzer derecede memnun olmaları bu merkezlerin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Başka ilginç bir nokta ise katılımcılar arasında uzmanlık eğitimi öncesinde ASM'de çalışmış olanlarda mecburi hizmetlerini ASM'de yapmak isteme düzeyleri daha önce ASM'de çalışmamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu konu hekimlerin zaten çalışmakta olduğu birinci basamakta uzmanlık alarak geri dönme arzusunu göstermekte ve yine uzmanlığın önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda E-ASM'lerin fiziki şartları ve işleyişi ile ilgili değerlendirmeler yapılmış olup katılımcılardan E-ASM nüfusu 2000 ve üzerinde olanlar daha az nüfusla çalışanlara göre E-ASM'de iyi bir eğitim aldıklarını ve fiziki şartların elverişli olduğuna anlamlı olarak daha fazla katılmaktadırlar. Ayrıca E-ASM'de çalışırken merkezde ASE bulunanlar mecburi hizmetini ASM'de yapmayı tercih etme fikrine ASE olmayanlara göre daha fazla katılmışlardır. Nüfusun optimum seviyede olması ve ASE bulunması merkezin tamamlanmış duygusunu oluşturmakta ve memnuniyeti etkilemektedir. Bir açıdan her şeyin tam olması hastanın da merkeze güvenmesini ve kendini emanet etmesini sağladığı düşünülebilir.

Çalışmamızın asistan ve uzman hekimlere anket uygulamasında yönelttiğimiz E-ASM'lerin daha etkili olabilmesi için öneriler sorusuna verilen yanıtlar; yönetmelik ve görev tanımı, eğitici ve eğitim ile ilgili öneriler, donanım ve personel durumu ile ilgili öneriler ve işleyiş ile ilgili öneriler adlı tema başlıklarında toplanmıştır. Çoğu katılımcı E-ASM programının ve müfredatının belirli olmasını, eğitime yer verilmesi gerektiğini, bir eğitici ya da uzmanın sürekli orada bulunması gerektiğini, fiziki şartlar ve personel gereksinimi tamamlandıktan sonra faaliyet geçmesi gerektiğini, hastane rotasyonlarının daha verimli olması gerektiğini ve ödemelerin zamanında kesintisiz yapılmasını önermişlerdir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriği hastaların artan

gereksinimlerinden dolayı bütün Avrupa ülkelerinde gittikçe önem kazanmaktadır (UEMO, 2004). Bu öneriler eğiticilerle yapılan görüşmelerde alınan sorunlar ve yanıtlarla örtüşmektedir. Bunların düzeltilmesi adına eğiticiler yönetmelik değişikliği ve bunun içinde çalıştaylar önerip yardıma hazır olduklarını belirtmektedirler.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde ülkemizde bir alternatif yol olan sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı programı ile ilgili katılımcıların görüşleri alındığında bu durumu eğitimde eşitsizlik, pozitif ayrımcılık ve haksızlık olarak nitelendirmişlerdir. Mecburi hizmetlerinin olmayışı, tez yapmamaları ve daha yüksek ücretler almaları vurguladıkları başlıklar arasındadır. Bu tip sistemle uzmanlık alanlar ile normal uzmanları karşılaştırdıklarında aynı nitelikte yetişmeyeceklerini düşünmektedirler. Aksi yönde pratisyen hekimlerin aile hekimi olacağına en azından bu tip sistemle uzmanlık alınmasının ya da rotasyonlarını hakkıyla yapmaları ve eşitsizliğin giderilmesi halinde bunun da bir yol olabileceğini belirtenler olmuştur. TAHUD'un 2017'de hazırladığı kısa raporda bu sonuçlara benzer şekilde bu tip alternatif uzmanlığın sadece aile hekimliği alanında yapılıyor olmasının verdiği rahatsızlıktan ve eğitim alana ceza şeklinde asistanlıktan caydırıcı bir faktör oluşmasına yol açtığını belirtmektedir.

Çalışmamızın eğiticiler ile yapılan görüşmeler sonrasında E-ASM'nin uzmanlık eğitiminde yeri, müfredatta aile hekimliği alanına yönelik eğitim ve alan dışı eğitim, E-ASM'lerin kuruluşu ve işleyişi sırasında yaşananlar, eğiticilerin kişisel değerlendirmeleri ve aile hekimliği disiplini başlıklı temalar ortaya çıkmıştır. Asistan ve uzmanların sorunları ve önerileriyle örtüşen eğitici görüşleri E-ASM'lerin önemini, gerekliliğini, sayısının ve süresinin arttırılmasını, eğitici yanını ve birinci basamağın önemini vurgulamaktadır.

Kaya ve ark. E-ASM kuruluşu sonrasında paylaştıkları deneyimlerinde belirttiği üzere eğitici eşliğinde iş başında, yapılandırılmış, değerlendirme ve geri bildirimlerle desteklenmiş klinik eğitimlerin yapılabileceği; eğiticinin rol model olabileceği, refleksiyon ve olgu tartışmalarının yapılabileceği, halk eğitimlerinin, yöneticiliğin ve kurumlar arası işbirliğinin öğrenilebileceği en uygun eğitim ortamı EASM'lerdir. Bu nedenle birinci basamakta daha nitelikli ve yetkin hekimlerin yetişebilmesi için alt yapısı eğitim odaklı kurgulanan, donanımlı, personel açısından desteklenen, yönetimsel olarak eğitim kurumuna bağlı, eğiticinin rol model olarak

uygulama yapabilmesine olanak tanıyan, hasta sayısından çok, eğitim çıktıları ön plana çıkan yeni bir EASM yapılanması gerekmektedir. Bu şekilde kurgulanacak EASM'lerin sayısının artırılması ve tüm tarafların konuya sahip çıkıp başta personel desteği olmak üzere kolaylaştırıcı rol üstlenmesi, yaşanan deneyimlerden yola çıkılarak eğitim odaklı yeni bir yönetmelikle gerekli düzenlemelerin yapılması Aile Hekimliğinin geleceği açısından oldukça yararlı olacaktır (Kaya ve ark., 2017).

Çalışmanın Güçlü Yanları

Araştırmamız ülke genelinde bu konuda yapılan ve geniş kapsamlı ilk çalışmadır. Bu sebeple bu alanda yapılacak sonraki çalışmalara katkı sağlayacaktır. Tüm evrene ulaşılmıştır. Çalışmamız karma metodolojinin kullanıldığı hem niteliksel hem de niceliksel verilerin bir araya getirildiği bir çalışma olup bu da sonuçları güçlü kılmaktadır. Çalışmada yer alan katılımcılar ayrı ayrı zaman, mekan, kurum açısından oldukça farklılık gösterseler de, bir araya gelemeyecek 122 kişiden oluşan aile hekimliği asistanları, uzmanları ve öğretim üyelerinden oluşan ülke genelindeki bir gruptan görüşler elde edilebilmiştir. Farklı bilgi, beceri ve deneyimler paylaşılmıştır. Ayrıca çalışmamız ülke genelinde olması sebebiyle; sorunlar ve düzeltmek adına önerilerin de konuşulması nedeniyle üst makamlara mevcut uygulamanın bir geri bildirimi olan rapor niteliği taşımaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda asistan hekimlik dönemlerini bitiren katılımcıların uzman olup mecburi hizmete gitmeleri nedeniyle kendilerine anketleri elektronik posta yoluyla uygulamış olmamız nedeniyle anketlerin hepsini toplayamadık. Bu yanıt oranımızın tam olmamasına neden oldu. Ayrıca kişiler kurumlarıyla ilgili memnuniyet sorularına hem halen çalıştıkları için hem de memur olmaları nedeniyle cevap verirken bu durumlardan etkilenmiş olabilir. Çalışmamız şu an ki koşullarda açılmış tüm E-ASM'leri dahil ederek gerçekleştirilmiştir. Halen hızla ve farklı kurumlarca açılmakta olan E-ASM'ler var. Gelecekte bu birimlerin sayıları daha fazla olacak; evreni ve örneklemi daha büyük çalışmalara fırsat doğuracaktır.

SONUÇ

Aile Hekimliği uzmanlık gerektiren bir disiplindir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi her yerde aynı standartlarda olmalıdır. Fakat ülkemizde asistan karneleri dışında aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı ve müfredatı henüz her kurumda aynı standartlarda uygulanmamaktadır. Eğitim sürecinde hastane rotasyonlarından vazgeçilemez, ama sahadan hiç vazgeçilemez. Saha, biyopsikososyal yaklaşımın öğrenildiği yerdir. Birinci basamaktaki daha gerçekçi öğrenmeyi uzmanlık öğrencilerine sağlayan E-ASM'ler daha yolun başındadır ve geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Özellikle uzmanlık öğrencilerinin en çok vurguladığı eğiticiyle birlikte eğitim ihtiyaçları, tamamlanmış bir fiziki yapı, sevk zinciri olduğu zaman fark oluşturmayacak bir öğrenim ve uygulama modeli şimdiden tasarlanmalı ve uyguanmalıdır. Yaşanan tüm problemlere rağmen Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin açılmış olması Aile Hekimliği uzmanlık eğitimleri açısından çok önemli bir başlangıçtır. Aile Hekimliğinin geleceği için kaçırılmaması gereken bir fırsattır. E-ASM'lerde planlanacak, geliştirilecek yenilikler diğer merkezler için mutlaka rol model olacaktır. Bu merkezlerin kurumlar, müdürlükler ve bakanlık tarafından desteklenmeli; ilgili çalıştaylar ile yönetmelikler sık sık güncellenmelidir. E-ASM'ler Aile Hekimliği'ne yıllardır beklenen sahayı sunmuştur ve sağlık sisteminin daha da iyileştirilmesi adına ülke olarak destek olunması gerekir.

8. REFERANSLAR

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı. UzmEP, Mart 2002 tarihli programı.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı İlerleme Raporu, 2017. Ocak 2018 http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf2.1/aile_hekimligi/aile_hekimligi_ilerleme_raporu_v.2.1.pdf linkinden erişilmiştir.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, Türkiye Aile Hekimliği Yüksek Kurulu, 2013

Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı WONCA Europe2002. Başak O.

Aile Hekimliğinin Tarihçesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; [27.05.2010]; erişim: http://ailehekimligi.trakya.edu.tr.

Akman M ve Sakarya S. QUALICOPC Projesi Türkiye Sonuçları, 2012

Aktaş E.Ö. ve Çakır G,Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması, Türkiye Ege Tıp Dergisi,Cilt: 51, Sayı: 1, İzmir, 2012,s. 22.

Algın K, Şahin İ, Top M, "Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 2004, s. 257.

Alkan, C., 1984. Eğitim Teknolojisi, Ankara: Asama Matbaacılık.

Anell A, and Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles, http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf (erişim tarihi: eylül 2015).

Apel H. [The WHO/UNICEF Conference on primaryhealthcare, Alma-Ata, September 6-12, 1978]. 1979;25(6):498-504. Epub 1979/06/01. WHO/UNICEF Konferenz primare Gesund heitl iche Betreuung, almaata 6. Bis 12. September 1978.

Ateş E, Set T. One of the Family Medicine Core Competencies: Community-Oriented Care. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9(3):121-4 (doi:10.5455/tjfmpc.187047).

Bankur Mutlu. AİLE HEKİMLİĞİNDE ZORUNLU SEVK ZİNCİRİNİN UYGULANMAMASININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ: ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA. Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi / Yıl: 6 / Sayı: 12 / 2017.

Başol Emel. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE STRATEJİ: SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ. BJSS Balkan Journal of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi Vol/Cilt: 4, No/Sayı:8, 2015

Billings J.A., Block S. Palliative Care in Undergraduate Medical EducationStatus Report and Future Directions. September 3, 1997, Vol 278, No. 9, Pages 696-794

Boelen C, Haq Cynthia, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. Singapore: WHO-WONCA publication; 2002. P. 1-3.

Borrows Howard. Practice-Based Learning: Problem-Based Learning Applied to Medical Education, 1994

Bursa Sağlık Müdürlüğü. http://www.bsm.gov.tr/aile hekimligi/geçiş.htm. Erişim tarihi: 01.12.2008

Charlin B, Jacques T, Boshuizen HPA. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge Theory and Applications for Clinical Reason instruction and Research. Academic Medicine 2000:75:182-90.

Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İstanbul: iletişim Yayınları; 1995. P. 17-20.

Coşkun Özlem. Mentorluk. Turkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics 2016;1(2):8-15

Custers EJFM, Stuyt PMJ, De Vries Robbé PF. Clinical Problem Analysis. A Systematic Approach to Teaching Complex Medical Problem Solving. Academic Medicine 2000:75:291-7.

Delnoij D, Van MG, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping cut health care expenditure? J Health Serv Res Policy 2000;5(1):22-6.

De Maesneer J, Roberts RG, Demarzo M et al. Tackling NCDs: a different approach needed. The Lancet 2012;379:1860-1.

De Maesneer JM, Van Driel ML, Green L.A., Van Weel C. Translating research into practice 2: the need for resarch in primary care. The Lancet 2003;362:1314-9.

Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Turkiye Klinikleri J MedSci. 2007;27(3):412-8.

Dünyada Aile Hekimliği, Ed. Elçin M Ankara Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Haziran 1998 .

Dünya'da Aile hekimliği, (Erişim)http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html, 15.02.2014.

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler, Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları, sayı:3, (Erişim) http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398,01.12.2009, s. 16-17.

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği. 26.09.2014; [internet]: http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.20072&MevzuatIliski=0&sourcXmlSearch=aile%20sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1 (Erişim tarihi: 04.12.2017).

Ertürk, S., 1994. Eğitimde Program Geliştirme. Ankara: Meteksan Yayınları

Farnan, Jeanne M; Petty, Lindsey A; Georgitis, Emily; Martin, Shannon; Chiu, Emily; Prochaska, Meryl; Arora, Vineet M. Sistematik Bir İnceleme: Klinik Denetimin Hasta ve İkamet Eğitim Sonuçlarına Etkisi. Akademik Tıp: Nisan 2012 - Cilt 87 - Sayı 4 - ss 428-442 doi: 10.1097 / ACM.0b013e31824822cc

Freeman T. 2012. Family Medicine's academic contributions. Turk Aile Hek Derg 16 (4):181-198.

General Practice Education Programme. The Royal New Zealand College of General Practitioners.2017

Gervits M, Anderson M. Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban COPC experience. Int J Health Serv 2014;44(2):383-98 (doi:10.2190/HS.44.2.m).

Guidance on the content of speciality training programmes in general practice intended to lead to the award of a CCT. Royal College of General Practitioners. October 2015.

Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Cilt III. Ankara Hacettepe Yayınları; 2012

Günay Ö. Tıp Fakültesi Uzmanlık Eğitimi için Karne: Adnan Menderes Üniversitesi Asistan Bilgi Sistemi.Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Aydın, 2016

Gürel FS. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 2025 Projeksiyonu. Sağlıkta Nabız Dergisi. 2010;7(26):54-5.

Haliloğlu S. "LOVAH-WES Hollanda Değişim Programı Deneyimlerim", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 18, Say:1, 2014, s. 3-6.

Haute Autorité de santé (HAS) - French National Authority for Health - www.anaes.fr (Erişim tarihi: eylül 2015)

Herbert E., Vanderwoort M.D., Donald C Ransom. Undergraduate edutaion in family medicine. Journal of medical education. Vol 48, 1973.

Herbert M. Swick, MD; Philip Szenas, MA; Deborah Danoff, MD. Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education. Jama, September 1, 1999, Vol 282, No. 9, Pages 811-914

Heyrman J, Spreeuwenbergh C, editors. Vocational training in general practice. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 1987.

Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the liteature. Acad Med 1995;70:898-931.

Karaoğlu Nazan. Professionalism Education in Postgraduate Period. Turkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics 2016;1(2):16-23

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan “Her Branşta İlk 100 Hastane – 2017 Yılı Ocak- Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri

Kaya Çiğdem Apaydın, Uzuner Arzu, Ünalan Pemra C. , Çifçili Serap, Akman Mehmet. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi. The Journal of Turkish Family Physician 2017;8(1):15-22

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası: 2008;14:15-43

Olejaz, M., Juul, N, A., & Rudkjøbing, A. (2012). Health System In Transition (HIT) Denmark.

Öcek Z. Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara.2013. http:// www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf /erişim tarihi: 6/01/2014

McWhinney'in Aile Hekimliği kitabı. 2017 Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. Editör: Prof. Dr. A. Dilek Güldal

Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. P. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.

Saatçi Esra ve Sezer Hakan, Dünyada aile hekimliği uygulamaları, Aile Hekimliği-2, Cep Üniversitesi, Yayın sorumlusu Çağlayaner H., iletişim yayınları, Ġstanbul,1996.

Securite Sociale l'Assurance Maladie, www.ameli.fr (Erişim tarihi: Mayıs2012).

Skeff KM. Enhancing teaching effectiveness and vitality in the ambulatory setting. J Gen Intern Med 1988; 3:S26-S33.

Söyleyici T, Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010, s. 38.

Sprake C, Cantillon P, Metcalf J, Spencer J. Teaching in an ambulatory care setting. BMJ 2008; 337:a1156 doi: 10.1136/bmj.a1156. 3- Steineert Y. Staff development for clinical Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344(8930):1129-33.

Şensoy N, Basak O, Gemalmaz A. Afyon Kocatepe Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe 10: 49-56 / Ocak-Mayıs-Eylül 2009

The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. P. 4-6, 7-43.

Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. 28983 2014; [internet]: http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourcXmlSearch=t%C4%B1pta%20ve%20di%C5%9F%20hekimli%C4%9Findetuey-2014.pdf (Erişim tarihi: 04.12.2017).

TUKMOS Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı, 2013

Türkiye'de Aile Hekimliği. http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html. adresinden 14.01.2016 tarihinde erişilmiştir.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. 27.02.2017 tarihinde aşağıdaki adresten erişilmiştir. http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092754.pdf

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na (THSK) verilmek üzere hazırlanan kısa rapor. 06.03.2017 tarihinde aşağıdaki adresten erişilmiştir http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf

"Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, s. 20.

Tüzün S ve Kaya Ç, "Uzmanlık dalı olarak aile hekimliğinin tarihi", (Erişim) http://www.tahud.org.tr/guncel/asistan-dagarcigi/uzmanlik-dali-olarak-aile-hekimliginin-tarihi/11, 10.12.2009

UEMO 2004, Polıcy Document on Specıalıst Traınıng. UEMO 2004/034

Ünal Çiğdem. TÜRKİYE NÜFUSUNUN YAŞLANMA ENDEKSİ VE POTANSİYEL DESTEK ORANLARININ DAĞILIMI. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: 12-1, Sayı: 23, 2015-1, s.235-249.

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

Ünalan P, Çifçili S, Akman M, Kaya Ç, Uzuner A. Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Aile Hekimliği uzman sayısının arttırılması konusundaki görüşü. Editöre Mektup | Letter to Editor Yıl: 2017 Cilt: 8 Sayı: 1 / e-ISSN: 2148-550X doi: 10.15511/tjtfp.17.00123 23

Ünlüoğlu İ ve Çağlayaner H: Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek, Aile Hekimliği Dergisi, 1997; 1(1): 46-49.

Ünlüoğlu İ ve Paycı S, Dünyada Ve Türkiye'de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 23.

Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005 (World Organization Of National Colleges, Academies) World Family Doctors Caring For People Europe, Çev. Okay Başak, Esra Saatçi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011, s. 13

Wonca Europe 2011. The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2011 edition. 03.03.3017 tarihinde aşağıdaki adresten erişilmiştir. http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd% 20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

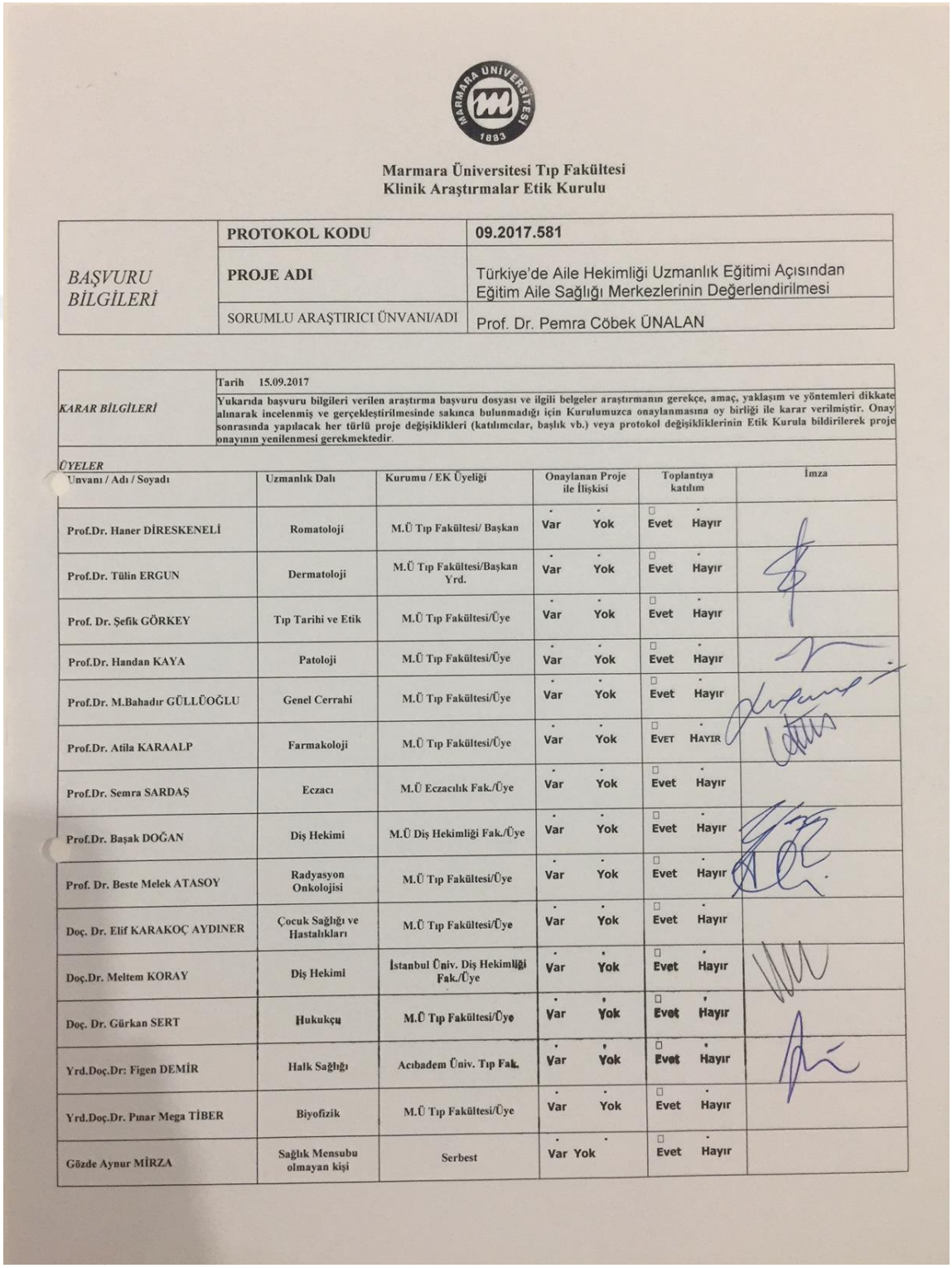
Yaman ve Sanholzer, "Almanya 'da Aile Hekimliği Uygulaması", Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı, (Erişim) http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42&t= Almanya_ daki_Aile_Hekimligi_Uygulamalari,04.04.2007.

Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioğlu S. Evaluation of training needs of family medicine residents educated in Ankara. Cumhuriyet Medical Journal, 2013

Yılmaz D. N. Learning Enviroment and Learning Climate in Postgraduate Medical Education. Turkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics 2016;1(2):1-7

9. EKLER

9.1 EK-1 ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2017.581**
	PROJE ADI	Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Açısından Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Pemra Cöbek ÜNALAN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 15.09.2017 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

9.2 EK-2 AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN HEKİM GÖRÜŞME FORMU

Aşağıdaki sorular Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen "Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nin Yeri" başlıklı tez çalışmasına ait olup; Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapmış asistan hekim ve öğretim üyelerine uygulanmaktadır. Katılımınız için teşekkür ediyoruz.

Cinsiyet :
Doğum Yılı :
Medeni Durum :
Bulunduğunuz İl :
Çalıştığınız Kurum :
Tıp Fakültesi Mezuniyet Tarihi :

Pratisyen Hekim Olarak Çalıştınız mı? Evet □ Hayır □
Kaç ay çalıştınız? _____ ay

Asistan Hekim olarak çalışmaya başlama yılınız? _____
Halen asistan mısınız? Evet □ Hayır □

E-asm'de ne kadar süre çalıştınız? _____ ay

Uzmanlık eğitimi öncesinde ASM'de çalıştınız mı? Evet □ Hayır □
Evet ise ne kadar süre çalıştınız? _____ ay

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitiminde halen yürütülmekte olanlar dışında sizce olması gereken rotasyonlar hangileridir? (en az 2)

E-ASM'de çalıştıktan sonra önem ya da öncelik verilmesi gereken rotasyonlarla ilgili düşüncenizde bir değişiklik oldu mu? Evet □ Hayır □
Nasıl?
_____
_____
_____

E-ASM programının süresi sizce yeterli midir? Evet □ Hayır □
Hayır ise sizce süresi ne kadar olmalıdır? _____ ay

E-ASM yönetmeliğini incelediniz mi? Evet □ Hayır □

E-ASM'de çalıştığınız dönemde biriminize bağlı nüfus sayısı kaçtı?
0-999 □ 1000-1999 □ 2000-2999 □ 3000 ve üzeri □

E-ASM'de günlük gördüğünüz hasta sayınız kaçtı?
0-9 □ 10-19 □ 20-29 □ 30-39 □ 40-49 □ 50 ve üzeri □

E-ASM'de çalıştığınız süre içerisinde günlük aktif iş yükünüzü oluşturan hasta grubu hangisidir?
0-11 ay □ 1-5 yaş □ 6-11 yaş □
12- 17 yaş □ 18-64 yaş □ 65 yaş ve üzeri □

E-ASM'de çalışırken eş zamanlı olarak başka klinik disiplinlere ihtiyaç duydunuz mu?
Evet □ Hayır □

Evet ise hangi branşların E-ASM içinde/yakınında faydalı olabileceğini düşünüyorsunuz? (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, pediatrist, radyolog vb.)

_____

_____

_____

E-ASM'de en çok hangi uzmanlık alanından konsültasyona ihtiyaç duydunuz?
_____
_____
_____

Çalıştığınız E-ASM'de aile sağlığı elemanı var mıydı? Evet □ Hayır □

Çalıştığınız E-ASM'de kendi biriminize bağlı aile sağlığı elemanı var mıydı? Evet □ Hayır □

Eğitiminizin bir kısmının E-ASM'de geçiyor olması Aile Hekimliği Uzmanlığı ile iligili beklentinizi etkiledi mi? Evet □ Hayır □
Nasıl?_____
_____
_____
_____
_____

E-ASM programının daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

Genel olarak düşündüğünüzde sizin E-ASM'de geçirmiş olduğunuz çalışmanın uzmanlık eğitiminize katkısı oldu mu?

0 (hiç katkısı yok)□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9(Çok katkısı var) □

E-ASM rotasyonunun geliştirilmesi gereken yanları olsa da uzmanlık eğitim müfredatı içine eklenmiş olmasını değerlendirdiğinizde kaç puan verirsiniz?

0 (hiç gereği yok)□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9(Çok gerekli) □

E-ASM rotasyonu yapmış bir asistan olarak Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) eğitimi sizin Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili düşüncelerinizi nasıl etkiliyor?

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sizin için uygun olanı işaretleyin.

	Şiddetle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
E-ASM saha eğitimi için önemlidir					
E-ASM'de çalışmış olmaktan memnunum					
E-ASM'de iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum					
E-ASM'de çalıştığım dönemde maddi problemler yaşadım					
E-ASM yerine uzmanlık öncesi ASM'de geçirilecek bir eğitim süresini tercih ederim					
E-ASM yerine uzmanlık sonrası ASM'de geçirilecek bir eğitim süresini tercih ederim					
E-ASM fiziki şartları çalışmak için elverişliydi					
E-ASM ile hastanede yaptığım poliklinik arasında bir fark görmedim					
E-ASM, Aile Hekimliği muayene tekniklerimin gelişmesinde katkıda bulundu					
E-ASM, Aile Hekimliği iletişim becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu					
E-ASM problem çözme becerimin gelişmesine katkıda bulundu					
E-ASM yönetimsel becerilerimin gelişmesinde katkıda bulundu					
Mecburi hizmetimi ASM'de yapmayı tercih ederim					
E-ASM 'de gerçirdiğim süre Aile Hekimliği hakkındaki düşüncemi olumsuz etkiledi					
E-ASM'de eğitici gereklidir					
E-ASM'de olduğum süre boyunca eğiticiler gerekli ilgiyi gösterdi					
E-ASM'de eğiticiler ile yeterli oranda beraber çalışma fırsatım oldu					
E-ASM'de çalışmayı diğer asistan hekimlere tavsiye ederim					

9.3 EK-3 EĞİTİCİLER İLE DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

Anket no :
Ad-Soyad :
Cinsiyet :
Yaş :
Medeni Durum :
Bulunduğunuz İl :
Çalıştığınız Kurum :
Akademisyen olarak çalıştıysanız toplam süre :
Hekimlik Süresi :

1-İdeal Aile Hekimliği Eğitimi sizce nasıl olmalıdır?

a) Bu ideal eğitim sahada alınabilir mi? Ya da hangi kısımları saha eğitimi ile karşılanabilir? Saha eğitiminin bu süreçte yeri sizce nedir?
b) E-ASM birimlerinin ideal Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim sürecine etkisi ne olmuştur?

2-Kendi kurumunuzda ideal eğitimi gerçekleştirebildiğinizi düşünüyor musunuz?

a) E-ASM öncesi ve sonrasını düşünürsek kurumunuzda neler değişti?

3-E-ASM birimi açmış olmakla ilgili kişisel duygu ve düşünceleriniz nelerdir?

c) E-ASM'lerin siz eğiticilere etkisi nasıl olmuştur?
d) Memnun olmadığınız durumlar var mı?

4-E-ASM'lerin daha da iyileştirilmesi adına görüş ve önerileriniz nelerdir?

9.4 EK-4 BİLGİLENDİRME FORMU

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi "Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yeri" araştırması

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Türkiye'de E-ASM yapılanması bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dalları bünyesinde görev yapmış asistan hekim ve eğitmenlerle görüşerek E-ASM'lerin uzmanlık eğitimi için önemini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırladığımız formlar ve ses kayıtları, ülke genelinde E-ASM'lerde 3 aydan uzun süre görev yapmış asistan hekim ve eğiticilere uygulanacak olup, soruları cevaplamanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacak olup; eğiticilerle olan bölümde öğretim görevlilerinin ses kayıtları alınacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında her hangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara her hangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de her hangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Hasan Hüseyin Şahin'e 0216 625 4545-9099 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

9.5 EK-5 GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Araştırmacılar tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı araştırıcılar tarafından bir çalışma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma hakkında soruların olması durumunda ulaşabileceğim bir iletişim telefonu ve imzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün ;
Adı-soyadı :
Adresi/Telefon no :
İmza :

Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı :
İmza :

9.6 EK-6 ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hasan Hüseyin	**Soyadı**	Şahin
Doğum Yeri	Gülnar	**Doğum Tarihi**	16.10.1985
Uyruğu	T.C	**Tel**	05327933686
E-mail	hassah54@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Lisans	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009
Lise	Sakarya Atatürk Süper Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Doktor	Kaynarca İlçe Hastanesi	2009-2010
Doktor	Sakarya Eğt ve Arş Hastanesi	2010-2011
Doktor	İstanbul Gürsel ASM	2011-2012
Doktor	İstanbul Mevlana ASM	2012-2014
Doktor	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2014-halen

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	YÖKDİL	CAE	CPE
73,75	72,5					83,75		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	79,1	79,6	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office, Excel, Word, PowerPoint	Çok iyi

BİLDIRILER/YAYINLAR:

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

1) Deniz M, **Sahin HH,** Tekin S, Yeşiller M, Ağaoğlu B, Cetinel S, Yeğen BÇ. Nicotine withdrawal alleviates acetic acid-induced gastric injury in rats. Environ Toxicol Pharmacol. 2009 Mar;27(2):200-5. doi: 10.1016/j.etap.2008.10.006. Epub 2008 Oct 28.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (p*roceedings*) basılan bildiriler

1) M.Deniz, S.Tekin, G.Cakirsoy, M.Pehlivancik, T.Ocek, H.Caglioz, N.Orak, N.Poci, **H.H.Sahin**, S.Arbak, B.C.Yegen. Central administration of Glucagon like peptid-2 (GLP-2) alleviates Ethanol-induced oxidative gastric damage in rats. Digestive Disease Week 2007, May 19-24, Washington /USA, 2007.

2) Nuray Alaca , Dilek Özbeyli, Serap Uslu, **Hasan H. Şahin**, Hızır Kurtel, Berrak C. Yeğen. Treatment with Milk Thistle, Ursodeoxycholic Acid or Their Combination Attenuates Liver Injury in Bile Duct-Ligated Rats. Digestive Disease Week 2015, May 16-19, Washington, USA, 2015.
3) **Hasan Huseyin Şahin**, Ozge Borklu, Pemra Unalan. How can we establish positive communication with the caregivers in home care visits? 20th Wonca Europe Conference, October 22-25, Istanbul, Turkey, 2015.
4) Mustafa Deniz, Serap Arbak, **Hasan H. Sahin**, Nertila Poci, Nilay Orak, Bahar Uslu, Berrak C. Yegen. Centrally administered oxytocin alleviates oxidative gastric damage in rats: Light, Transmission and Scanning Electron Microscopical study. The 16th International Microscopy Congress-September 3-8, Sapporo, Japan, 2006

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

1. **Hasan Hüseyin Şahin** ve A. Altuğ Çinçin. Gingival Hyperplasia and Aggressive Periodontitis Induced by Long Term Nifedipine Use. Turkish Family Physician, Issue 2, 2015.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1) Nurav Alaca, Dilek Ozbeyli, Serap Uslu, **Hasan Huseyin Sahin**, Gurkan Yigitturk, Hizir Kurtel, Gılperi Oktem, Berrak C. Yegen. Safra yolu ligasyonu ile kolestaz oluşturulmuş sıçanlarda Silybum marianum ekstraktının, ursodeoksikolik asitin ve kombine tedavinin hepatik kök hücrelere ve karaciğer hasarına etkisi. 41. Ulusal Fizyoloji Kongresi, 9-13 Eylül, Çanakkale, Türkiye, 2015.
2) **Hasan Hüseyin Şahin**, Saliha Serap Cifcili, Omer Karahan, Burcu Basaran, Senem Bugdayci. Olgu Sunumu: Ev temizliği sonrası Refleks Sempatetik Distrofi Sendromu, 9. Aile Hekimliği Güz Okulu, 1-5 Mayıs, Antalya, Türkiye, 2015.
3) Senem Bugdayci, Mehmet Akman, **Hasan Hüseyin Şahin**, Burcu Basaran, Emre Yilmaz. Birinci Basamakta Obstrüktif Uyku Apne Tanısı: Metodolojik bir çalışma. 7. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, 2-5 Nisan, Antakya, Türkiye, 2015.
4) Emre Yilmaz, Pemra Unalan, **Hasan Huseyin Sahin**, Senem Bugdayci, Arzu Uzuner. Aile Hekimliği Obezite Polikliniği Başvurularının 1 Yıllık Değerlendirilmesi. 9. Aile Hekimliği Güz Okulu, 1-5 Mayıs, Antalya, Türkiye, 2015.
5) M.Deniz, S.Tekin, G.Cakirsoy, M.Pehlivancik, T.Ocek, H.Caglioz, N.Orak, N.Poci, **H.H.Sahin**, S.Arbak, B.C.Yegen. The effects of Oxytocin on oxidative gastric damage and anxiety in rats. 32. Ulusal Fizyoloji Kongresi, 18-22 Eylül, Denizli, Türkiye, 2006.
6) M.Deniz, **H.H.Sahin**, S.Tekin, M.Yesiller, N.B.Agaoglu, S.Cetinel, B.C.Yegen. The effects of nicotine on pathogenesis of gastric ulcer in rats. 31. Ulusal Fizyoloji Kongresi, 27-30 Eylül, Gaziantep, Türkiye, 2005.