



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN AİLE
HEKİMLİĞİ PRATİK UYGULAMALARI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYİ VE FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Berdan ŞAHİN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2021





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN AİLE
HEKİMLİĞİ PRATİK UYGULAMALARI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYİ VE FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Berdan şAHİN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Murat ALTUNTAş

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2021

TEŞEKKÜRLER

Asistanlığım boyunca desteğini esirgemeyen, varlığıyla güven veren, kıymetli bilgilerini ve deneyimlerini özveriyle bizimle paylaşan, saygıdeğer hocam *Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ'a*,

Bu süreçte birlikte çalışma fırsatı bulduğum *Bağcılar EAH hocaları başta olmak üzere doktor, hemşire, sekreter ve tüm sağlık emekçilerine*,

Tanışamla birlikte hayatımda bir dönüm noktası yaratan ve benim için bir tiyatro kulübünden öte bir hayat okulu olan *İTFTT ve tüm üyelerine*,

Emek ve fedakârlık ile tez sürecimde vermiş olduğu destek için varlığıyla hayatıma değer katan ağabeyim, kardeşim, arkadaşım ve değerli dostum *Mesut YAĞCI'ya*,

Hayatıma girdiği andan itibaren neşesi, sevgisi ve bilgisiyle bana yaşama sevinci veren, her düştüğümde elimden tutan ve şikâyet etmeden beni hep yazmam için motive eden biricik sevgilim *Nadire AKGÜNDOĞDU'ya*,

Büyük fedakârlıklarla ve sevgileriyle benim bugünlere gelmemi sağlayan sevgili annem *Sevim ŞAHİN'e* ve sevgili babam *Mehmet ŞAHİN'e*,

Doğduğu andan itibaren hayatın bir anlamının olduğunu fark ettiren sevgili oğlum *Rodin ŞAHİN PLATA'ya*,

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Berdan ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ	2
2.1.1.Tanımı	2
2.1.2.Temel Özellikleri.....	3
2.1.3.Temel Yeterlilikleri	3
2.2 TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ	6
2.3. AVRUPA'DA AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ.....	7
2.3.1 Fransa	7
2.3.2 Almanya.....	9
2.3.3. Birleşik Krallık.....	11
2.3.4 İspanya.....	12
3.GEREÇ VE YÖNTEM	14
4.BULGULAR	16
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ	52
KAYNAKÇA	54
EKLER.....	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

AHU: Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

GP: General Practitioner

KDV: Katma Değer Vergisi

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

MSM: Multidisipliner Sağlık Merkezi

NHS: National Health Service

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLO LİSTESİ

<i>Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı</i>	16
<i>Tablo 2: Meslekî Özelliklerin Dağılımı</i>	17
<i>Tablo 3: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Farkındalığına İlişkin Dağılımlar</i>	21
<i>Tablo 4: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine İlişkin Sorulara Verilen Doğru Cevapların Bölüm Başlıklarına Göre Dağılımı</i>	27
<i>Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Fiziki ve Teknik Şartlar Bilgi Düzeyi Puanının Değerlendirilmesi</i>	30
<i>Tablo 6: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Atama ve Nakillere İlişkin Esaslar Puanının Değerlendirilmesi</i>	32
<i>Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma, Usul ve Esaslar Esaslar Puanının Değerlendirilmesi</i>	34
<i>Tablo 8: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Tanım Sorularından Alınan Puanların Değerlendirilmesi</i>	36
<i>Tablo 9: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile İlgili Bilgi Puanının Değerlendirilmesi</i>	38
<i>Tablo 10: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ile İlgili Esaslara İlişkin Sorulara Verilen Cevapların Değerlendirilmesi</i>	40
<i>Tablo 11: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Performans Değerlendirmesine İlişkin Verilen Cevapların Değerlendirilmesi</i>	44

ŞEKİL LİSTESİ

<i>Şekil 1: Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (Wonca 2002/2011)(5)</i>	4
<i>Şekil 2: Daha önce aile hekimliği uygulaması alanında çalışma durumuna göre dağılım</i>	18
<i>Şekil 3: Uzmanlık eğitimi alınan hastanelerin dağılımı</i>	18
<i>Şekil 4: AHU, SAHU uzmanlık eğitimi sürelerinin dağılımı</i>	19
<i>Şekil 5: Aile hekimliği hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumunun dağılımı</i>	19
<i>Şekil 6: Aile hekimliği uygulamalarına ilişkin eğitim alma ve uygulamalara ilişkin güncellemeleri takip etme durumunun dağılımı</i>	20
<i>Şekil 7: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine İlişkin elde edilen Bilgi düzeyi puanlarının dağılımı</i>	29

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı SBÜ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi) Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim alan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak uygulama yönetmeliği (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği) hakkındaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel ve prospektif olarak tasarlanmış bir anket çalışmasıdır. Araştırmaya, çalışmaya katılmayı kabul eden 87'si Bağcılar EAH'den ve 58'i Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'den olmak üzere toplam 145 hekim katılmıştır. Katılımcılara 11 sorusu sosyodemografik, 29 sorusu aile hekimliği uygulama yönetmeliği temel alınarak oluşturulan sorgulama internet üzerinden uygulanan anket şekli temel alınarak uzaktan yapılmıştır. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda toplam aile hekimliği bilgi düzeyi %54,07 olarak bulunmuştur. Çalışma %52,4'ü (n=76) kadın, %47,6'sı (n=69) erkek toplam uzmanlık öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencisi yaşları 25 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama $30,23 \pm 5,06$ yaş olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %61,4'ü (n=89) evli, %38,6'sı (n=56) bekâr olarak tespit edilmiştir. Doktorların %60'ı (n=87) uzmanlık eğitimini Bağcılar

EAH'de, %40'ı (n=58) Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'de aldığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %69'u (n=100) aile hekimliği asistanlığını tam zamanlı (AHU), %31'i (n=45) yarı zamanlı (SAHU) yaptığını belirtmiştir. Uzmanlık öğrencilerinin %26,2'si (n=38) aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu belirtmiştir. Uzmanlık öğrencilerinin %24,1'i (n=35) daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir.

Sonuç: Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin pratik eksikliğini giderecek temel çözümün, akademik eğitim ile birinci basamak eğitiminin entegrasyonunu sağlayacak E-ASM'leri tüm Türkiye'deki kliniklerde yaygınlaştırmak, teşvik etmek ve gerekirse bunun için kaynak yaratmak olduğunu söyleyebiliriz. E-ASM'lerin sayısı Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin saha eğitimlerini karşılamakta yetersizdir. E-ASM'lerin sayısının eğitim ihtiyacını karşılayacak seviyelere gelebilmesi için işleyiş, mevzuat ve yönetmeliklerle ilgili düzenlemeler yapılması, mevcut E-ASM'lerin geliştirilmesi ve varsa altyapı problemlerinin giderilmesi gerekmektedir. Ayrıca verilere baktığımızda aile hekimliği asistanlık öğrencilerinin teorik olarak aldıkları eğitimin, pratik ve deneyim isteyen bilgiler karşısında yetersiz kaldığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Uygulama Yönetmeliği, Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the level of knowledge and awareness of family medicine residents working in SBÜ (Health Sciences University) Bağcılar Training and Research Hospital and SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital about the implementation regulation of primary care.

Materials and Methods: This study is a single center, descriptive, cross-sectional survey study. To the study 145 physicians attended which are 87 of them from Bağcılar Training and Research Hospital and 58 of them from Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital. A total of 40 questions were asked to the participants who were reached via the Internet, 11 questions based on sociodemographic and 29 questions based on family medicine practice regulation.

NCSS (Number Cruncher Statistical System) program was used for statistical analysis. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, percentage, minimum, maximum) were used while evaluating the study data. The suitability of quantitative data to normal distribution was tested by Shapiro-Wilk test and graphical analysis. Mann-Whitney U test was used for comparisons of quantitative variables that did not show normal distribution between two groups. Kruskal-Wallis test and Dunn-Bonferroni test were used to compare more than two groups of quantitative variables that did not show normal distribution. Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and Fisher-Freeman-Halton test were used to compare qualitative data. Spearman correlation analysis was used to evaluate the relationships between quantitative variables. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: We can say that the main solution to overcome the practical deficiency of family medicine specialty education is to disseminate, encourage and, if necessary, create resources for E-ASMs, which will provide the integration of academic education and primary care education. The number of E-ASMs is still far from meeting the field training of family medicine residents in Turkey. In order for this number to reach the level that will meet the training needs, it is necessary to make regulations regarding the regulation, legislation and operation, to develop the existing E-ASMs and to solve the infrastructure problems, if any. In addition, when

we look at the data, it can be said that the theoretical education received by the family medicine residents is insufficient in the face of the knowledge that requires practice and experience.

Conclusion: The knowledge of level of the family medicine residents who participated in our study about the primary care implementation regulation was found to be 54.07%. It was observed that the part-time resident physicians (SAHU) was significantly higher in questions about physical and technical conditions, assignment and transfer, questions about working procedures and principles, questions about personal registration, and questions about family medicine performance compared to full-time resident physicians (AHU). When we look at our study in general, we see that the level of knowledge is sufficient in the answers given to the questions "Regarding the Study, Procedures and Principles", "Registration of Person for Family Medicine Unit and Selection of Family Physician", "Regarding Appointment and Transfer". It was revealed that the level of knowledge was insufficient in the questions "Regarding Physical and Technical Conditions", "Regarding Performance Evaluation" and "Regarding Definitions". Based on these data, we can say that the theoretical education that family medicine residents receive is insufficient for practical and experience-seeking information.

Keywords: Implemetion Regulation, Health Care Centre, Family Medicine Residency

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye’de sağlık sistemi, 2003 senesinde gündeme getirilen ve hemen ardından ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ adı altında başlatılan bir yenilik hareketi ile yeniden yapılandırılmıştır. 2003 yılı ve sonrasında yapılan uygulamalar ile sağlık ocakları yerini Aile Sağlığı Merkezi’ne bırakmıştır. 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla Türkiye’de sağlık ocakları dönemi tamamen kapanmıştır (1). Bu hizmeti veren doktorlar, her ne kadar aile hekimliği disiplini ile yetişmiş olmasa da uzaktan eğitim ve üniversitelerdeki uzmanlık eğitimiyle bu ihtiyaç kapatılmaya çalışılmıştır (2).

Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı, 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne eklenmiştir. Uzmanlık eğitimine ise; önce 1985’te İstanbul, Ankara ve İzmir’de Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 1993 senesindeki Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) kararıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve uzmanlık öğrenciliği eğitimine başlanmıştır (3).

Birinci basamakta hizmet verirken temel kılavuz olan ve bakanlık tarafından çerçevesi oluşturulan birinci basamak uygulama yönetmeliğini bilmek büyük önem arz etmektedir. Bu çalışma da aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak pratik uygulamaları ve uygulama yönetmeliği hakkındaki bilgi düzeyini ve farkındalıklarını araştırmak için yapılmıştır. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği ile ilgili yapılan bu çalışmanın benzeri daha önce yapılmadığından özgün bir çalışma olduğuna inanılmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

2.1.1.Tanımı

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği). Avrupa Bölgesi'nin yaptığı tanımlamaya göre; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği kendine has eğitimi, çalışmaları, kanıta dayalı ve pratik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlıktır.

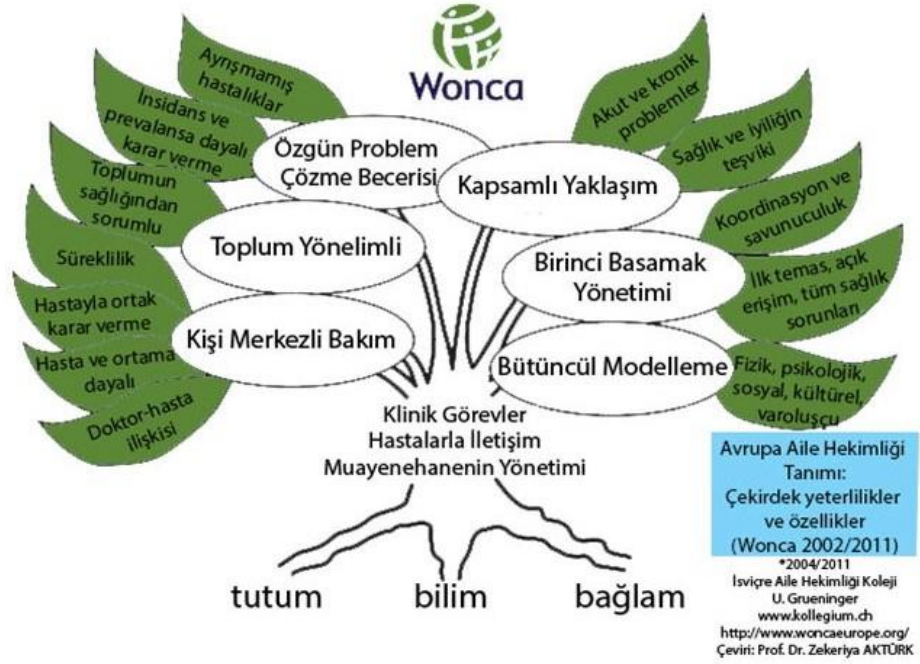
Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, aile hekimliği disiplininin kurallarına göre eğitilmiş uzman doktorlardır. Genel bir tanım olarak cinsiyet, yaş ve hastalık ayırmaksızın tıbbi bakım arayan herkese kapsayıcı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu, bireysel hekimlerdir. Kişilere kendi kültür, toplum ve aile bağlamında hizmet verirler. Bu hizmeti sunarken hastalarının bağımsız kişiliklerine her zaman saygı gösterirler. Bununla birlikte topluma karşı da meslekî sorumluluk taşırlar. Hastalarıyla, onların rahatsızlıklarının nasıl yönetileceğini görüşürken, tekrarlayan görüşmelerle oluşan bilgiyi ve güven duygusunu gözeterek fiziksel, ruhsal, kültürel, toplumsal ve varoluşsal bileşenleri beraber değerlendirirler. Hekimler meslekî görevlerini; kişilerin sağlığını geliştirerek, onların hastalıklarını önleyerek, bakım vererek, sağaltarak ya da rahatsızlıklarını azaltarak gerçekleştirirler. Bu görevler, sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdikleri toplumun hali hazırdaki kaynaklarına göre ve gerek duyulduğunda bu hizmetlere erişimde hastalara yardımcı olarak ya direkt bir şekilde kendileri tarafından ya da başka sağlık çalışanları aracılığıyla yerine getirilir. Aile hekimleri güvenli, etkili bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, bireysel yaşamlarındaki değerleri, dengeleri geliştirme ve devam ettirme yükümlülüğünü üstlenmek durumundadırlar (4).

2.1.2. Temel Özellikleri

Aile hekimi, bireylerin sağlık sistemi ile tıbbî olarak ilk temasını temsil eder. Sağlık bütçesinin etkin kullanımını hedefler. Kişiyeye, topluma ve ailesine yönelik birey-odaklı bir tutum geliştirir. Hastanın daha iyi olma halini ve güçlenmesini teşvik eder. Hekimin hastayla görüşmesi kendine özgüdür. Sağlık hizmetlerinin, hastanın ihtiyaçlarıyla belirlenen devamlılığını sağlamaktan sorumludur. Hastalıkların toplumdaki insidans ve prevalansının belirleyici olduğu, kendine has bir karar alma süreci vardır. Genel Pratisyen /Aile Hekimi, acil müdahale gerektirebilen ve gelişiminin henüz ayrılaşmamış erken evresinde bir şekilde ortaya çıkan hastalıkları yönetir. Bireylerin kronik ve akut sağlık problemlerini birlikte yönetir. Etkin ve yerinde müdahalelerle sağlıklı ve iyi olma halini teşvik eder. Toplumun genel sağlığı için farklı ve özel bir sorumluluğu vardır. Sağlık problemlerini toplumsal, kültürel, fiziksel, ruhsal ve varoluşsal olarak birlikte değerlendirir (Bütüncül Yaklaşım) (4).

2.1.3. Temel Yeterlilikleri

Aile Hekimliği /Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması direkt olarak, Genel Pratisyen /Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliliklere imkân tanır. Çekirdek kelimesi, uygulandıkları sağlık sistemine bakılmaksızın disiplin için ‘zorunluluk’ anlamındadır.



Şekil 1: Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (Wonca 2002/2011)(5)

Disiplini tanımlayan 12 temel özellik, her uzman aile hekiminin uzmanlaşması gereken 12 temel yeteneği belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlilikte toplanabilir:

- I. Birinci basamak yönetimi
- II. Kişi merkezli bakım
- III. Özgün problem çözme becerileri
- IV. Kapsamlı yaklaşım
- V. Toplum yönelimli olma
- VI. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Aile hekimliği uzmanlarının bu yeterlilikleri 3 alan üzerinde gerçekleştirmesi gerekmektedir:

- Klinik yönetim
- Hastalarla iletişim
- Uygulama merkezinin yönetimi

Birey odaklı bir disiplin olarak 3 özellik, çekirdek yeterliliklerin pratiğe dökülmesinde temel kabul edilmelidir:

- Bağlamsallık: Kültür, toplum, aile ve bireyler arasındaki bağlamsal örüntüleri kullanma
- Tutum: Hekimin mesleki etiğine, değerlerine ve yeteneklerine dayalı olma
- Bilimsellik: Meslekî uygulamalara; araştırmaya dayalı ve eleştirel bir yaklaşım geliştirme, kaliteyi geliştirme yoluyla bu yaklaşımı sürdürme ve sürekli öğrenme

I. Birinci basamak yönetimi temelde iki yeterliliği tanımlar:

- a) İlk temas, kolay erişim, sağlık problemlerinin tamamı
- b) Koordinasyon ve savunuculuk

II. Kişi merkezli bakım, temelde dört yeterliliği tanımlar:

- c) Hasta-doktor ilişkisi
- d) Hasta- ortam merkezli olma
- e) Hastayla birlikte karar alma

f) Devamlılık

III. Özgün problem çözme becerisi iki yeterliliği tanımlar:

g) Hastalıkların toplumdaki insidans ve prevalansı ile belirlenmiş özgün karar alma sürecini yönetebilme

h) Henüz ayrılaşmamış ve erken dönemde olan durumları yönetmek ve gerekirse acil müdahalelerde bulunabilmek

IV. Kapsamlı yaklaşım iki temel yeterliliği tanımlar:

- i) Hastaların kronik ve akut sağlık problemlerini bir arada yönetir.
- j) Etkin ve doğru girişimlerle iyi olma ve sağlıklı olma hallerini geliştirir.

V. Toplum yönelimli olma yeterliliği, toplumun tamamının sağlığı için özel bir yükümlülük üstlenmek demektir. Disiplin, sağlık konularında hem tek tek kişilere karşı hem de topluma karşı bir sorumluluğu olduğunu kabul eder. Hekimler genel

olarak tek bir hastaya sağlık hizmeti verirken, aile hekimleri hem hasta ile hem de toplumla -koruyucu hekimlik hizmeti nedeniyle- ilgilenir. Bu, doktora giden (ör. aşılama sağlam çocuk muayenesi, kronik ve akut her türlü hastalıklar...) hastalar kadar gitmeyen hastaların da (ör. kan değerlerine daha önce bakılmamış kronik diyabet hastası, aşılanmamış, tansiyonu hiç ölçülmemiş...) ele alınması demektir.

VI. Bütüncül yaklaşım-modelleme yeterliliği sağlık problemlerini toplumsal, kültürel fiziksel, ruhsal ve varoluşsal yönleriyle irdeler. Disiplin, bütün bu yönleri aynı anda değerlendirmek ve her bir boyutu gerektiği kadar önemsemek zorundadır (4).

2.2 TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer bulmuştur (6). İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde hizmete başlamıştır (7). Aile hekimliği uzmanlık eğitimiye; ilk kez 1985 senesinde toplamda dokuz adet olmak üzere Ankara, İstanbul ve İzmir’de (Türkiye’nin 3 büyük ilinde) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır (8). 1990 senesinde Ankara’da uzmanlık eğitimi yapmakta olan hekimler tarafından Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur. Bu gelişme disipline örgütlenmenin ilk resmi adımıdır. 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu 10740 numaralı kararıyla AHUD adının başında “Türkiye” sözcüğünü kullanma izni verilmiştir ve böylece ismi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olmuştur (9). Böylece amacı uzmanlık öğrencileri ve aile hekimliği uzmanları arasında dayanışma sağlamak ve geliştirmek olan; hekimlerin meslekî, ekonomik ve sosyal problemlerinin çözümüne dair çalışmalar yaparak günümüzde de varlığını sürdüren, Türkiye’deki en büyük aile hekimleri derneği TAHUD son haline kavuşmuştur.

26-30 Nisan 1993 tarihinde Türkiye’de ilk kez “Aile Hekimi Eğitici Kursu” Sağlık Bakanlığı tarafından Ankara’da düzenlenmiştir ve 88 aile hekimliği uzmanı, eğitici sertifikası almıştır (9). Fakültelerde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması 16 Temmuz 1993’te Yüksek Öğretim Kurumu’nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile yürürlüğe girmiştir. İlk defa 17 Eylül 1993 tarihinde Trakya

Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı oluşturularak fakültelerde asistan hekim eğitime başlanılmıştır (6).

2003 senesinde Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) yürürlüğe sokmuştur (10). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti, 2005 senesine kadar sağlık ocağı sistemiyle verilirken 2005 yılından itibaren pilot uygulama olarak başlayan ve 2010 yılında tam anlamıyla tüm Türkiye'de uygulamaya konulan aile hekimliği uygulaması çatısı altında faaliyette bulunmaktadır (11). Yine 2010'da Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği Resmi Gazete'de yayımlandı (12). 2003 senesinin ilk aylarında Sağlık Bakanlığınca 'Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)' oluşturuldu. 9/12/2004 yılında 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığınca 5258 sayılı yasa kamuoyuna duyuruldu (13). Bu kanunla birlikte Sağlık Bakanlığının yaptığı 'aile hekimi' tanımı da değişmiştir. SDP'de aile hekimi, aile doktoru ve genel pratisyen aynı manada kullanılmaktadır. 5258 Sayılı yasada bu tanım değişmiştir ve aile hekimi; "Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırmaksızın, tüm topluma kapsamlı ve sürekli olarak belirli bir mekânda hizmet vermekle sorumlu, gerektiğinde gezici bir sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına dayalı hizmet veren aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının belirlediği eğitimleri alan uzman hekim ya da hekimleridir." olarak tanımlanmaktadır (13). 2003'ten bu yana SDP değişip güncellenmeye devam etmektedir.

2.3. AVRUPA'DA AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

2.3.1 Fransa

Fransa'da, "genel hekimler" ve "uzman hekimler" ayrımı yapılır. Bu ayrım aslında yalnızca terminoloji problemidir. 6 yıllık eğitim sürecinden sonra her disiplinin ortak aldığı özel bir uzmanlık eğitimi, farklı deneyim alanı ve sorumlulukları vardır. "Pratisyen hekim" –Fransa'da uzmanlık eğitimi olmayan bir hekim demektir- Fransa'da aile hekimi olarak çalışmamaktadır ve halen öğrenci statüsünde bulunmaktadır (14).

Fransa'da, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl olarak belirlenmiştir. Teorik dersler ile birlikte 6 farklı serviste 6 ay süreyle rotasyon (pediatri, genel cerrahi, acil

servis, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye) ile birlikte 2 ayrı aile hekimi uzmanının muayenehanesinde staj bulunmaktadır (14).

Ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimi bitince, uzmanlık için diplomaya hak kazanılır ve tez sunumu ile “doktor” unvanı alınır. Devlet sosyal sigortasına ve tabipler odasına kayıt işlemlerini yapan yeni mezun olmuş uzman doktor, özel muayenehane açmaya hak kazanarak çalışabilir hale gelir (14).

16 Temmuz 2019 tarihinde Parlamento tarafından kabul edilen Sağlık Yasası, daha iyi organize edilmiş bir bölgesel sağlık sistemi kurmayı ve özellikle yeni yerel sağlık yapıları oluşturmayı amaçlamaktadır.

Fransa’da aile hekimliği uzmanlarının farklı şekillerde çalışma olanakları vardır:

- 1.Çoğunlukla “serbest aile doktoru” olarak özel muayenehane açıp (ister yalnız isterse grup olarak) hizmet sunabilmektedir.
2. Sağlık merkezlerinde, sabit bir ücretle çalışabilmektedirler.
- 3.Hekimler arasında yan dal uzmanlığı isteyen doktorlar, bunun eğitimini alıp “serbest yan dal uzmanı” olarak çalışabilmektedirler. (Homeopati, spor doktorluğu, yaşlı bakım evlerinde doktorluk, akupunktur doktorluğu, beslenme doktoru, vs)
- 4.Yukarıdakilerin haricinde devlet sağlık kuruluşlarında yan dal uzmanlığı (Geriatric, sigara bıraktırma vs) yapabilmektedirler.
- 5.Özel ya da ulusal sağlık güvence sigortalarının danışman doktoru olarak da görev yapabilmektedir (14).

Hasta kayıtlarını tutmak ve bilgilerin güncellenmesini sağlamak yine aile hekiminin sorumluluğudur. Toplum sağlığı ve toplumun korunmasında görev alır: Aşı takibi, her sene riskli görülen hastalara grip aşısının uygulanması, risk gruplarında bulunduğu tespit edilen kişilerin her iki senede bir kolon ve meme kanseri taramaları vs. (14).

Aile hekimliği uzmanı, becerisi ve tecrübesi olan tüm branşlarla ilgili tahlil ve tetkikleri isteyebilmektedir. Hastasıyla ilgili tüm tahlil ve patoloji sonuçları, muayene

ve her türlü tıbbi müdahalelerin raporları kendisine (hekimin kendisi yönlendirmemiş bile olsa) mutlaka iletilir. Tüm ilaçlara başlatma ve reçete sonlandırma yetkisine sahiptir (6 aya kadar geçerli raporlu ilaçların reçetelerini yazabilmektedir) (14).

Aile hekimliği reformuyla birlikte Fransa'da sevk zincirinin oluşturulması amaçlanmıştır. Uygulamada 16 yaşın üstündeki bireyler, istediği doktoru, kendi aile hekimi olarak özgürce seçebilmektedir. Bireyler, hekimini değiştirme hakkına sahiptir. Hekimin de o bireyi hastası olarak kabul etme ya da etmeme özgürlüğü vardır. Bu seçme, bölgesel değil serbesttir. Aile hekimi seçimini yapmamış kişiler ya da seçtiği halde başka bir doktora başvuru yapanlar daha az geri ödeme elde etmektedir. Aile hekimi, hastasını yalnızca gerek gördüğü anlarda, uygun diğer bir uzman hekime ya da hastaneye sevk edebilmektedir. Bunu da sevk için mektup yazarak, telefon açarak veya e-mail yazışması ile hastasını sevk ederek daha çabuk ve uygun şartlarda hastasının başka uzmanlar tarafından muayene edilmesini sağlar. Hasta, aile hekimine haber vermeden başka bir uzman doktorla görüşmek istediğinde çoğunlukla randevusu daha geç bir tarihe verilir ve geri ödeme miktarı azalır (14).

Fransa ayrıca 2019'daki yeni yasa ile birçok bölgede, multidisipliner sağlık merkezlerinin (MSM) açılmasını onaylayan maddeyi de içerir. Bunlar, ortak bir sağlık projesiyle bir araya gelen pratisyen hekimler, hemşireler, eczacılar, fizyoterapistler, diş hekimleri, konuşma terapistleri, diyetisyenler, uğraşı terapistleri, psikomotor terapistleri vb'den oluşan sağlık birimleridir. Fransa'da şu anda 910 MSM vardır ve 300'den fazlası da oluşturulma sürecindedir (15).

2.3.2 Almanya

Almanya, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi erkekler için 78,6 yıl ve kadınlar için 83,2 yıl olup, en yüksek yaş ortalamasına sahip ülkelerden biridir. (AB: erkekler için 77,6 ve kadınlar için 83,1) Bununla birlikte, sağlıklı yaşama yılları AB ortalamasının altındadır. (57.0'a karşı 61.8 yıl ve 58'e karşı 61.6 yıl) Ancak sağlıklı yaşam yılı göstergesinin ülkelerarası karşılaştırılabilirliğinin sınırlı olması nedeniyle, bu sonuçların güvenilirliğine şüphe ile yaklaşılmalıdır. Uygun ölüm oranları, yani zamanında ve etkili bakımla meydana gelmemesi gereken ölümler, AB ortalamasının çok altındadır. Bebek ölüm oranı %3,3 düzeyindedir (AB: %3,9) (16).

Sağlık sisteminin sorumluluğu ulusal ve bölgesel (eyalet) olarak paylaşılır. Ulusal düzeyde, sigorta sistemi için yasal çerçeve belirlenir. Eyaletler ise, tıp eğitimini organize etmekten, yatan hasta kapasitelerini planlamaktan ve hastanelerdeki sermaye yatırımlarını finanse etmekten sorumludur. Alman sağlık sisteminin büyük bölümü, Ulusal Sağlık Sigortası fonları ile çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki sözleşmelerle şekillenmektedir (16).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmeti, muayenehane temelli, (hastane dışı ortam, ayaktan tedavi merkezi) çoğunlukla tek başına, finansal kar amaçlı özel pratisyen hekimler /aile hekimleri, iç hastalıkları uzmanı veya çocuk hastalıkları uzmanı tarafından sağlanan tüm ayakta tedavi hizmetlerini içerir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, Almanya'da muayenehanede çalışan doktorların %49'unu oluşturmaktadır. Diğer yarısı ise uzmanlardan oluşmakta ve hastanede çalışmaktadır (17).

Almanya'da hastaneler, yasal olarak yatan hasta bakımına odaklanmak ve ayaktan acil hasta bakımı sağlamakla sınırlandırılmıştır. Sadece üniversite hastaneleri resmî olarak, ayaktan tedavi olanaklarına sahiptir (18). 2004 ve 2007'de yapılan sağlık reformları, hastalara ayakta tedavi hizmetleri sağlamak için hastanelere ek yeterlilikler sağlamıştır. Günümüzde, hastaneler tarafından sağlanan temel ayakta tedavi biçimleri şunlardır: hastalık yönetimi programları ve küçük cerrahi müdahaleler. Bunlar uzmanlıkla yapılan ayakta tedavi ve ayakta hasta bakımı hizmetleridir (19).

Genel olarak bireyler/hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısını özgürce seçebilir ve uzman, psikoterapist , diş hekimi, eczacı ve acil bakım yerini de seçme özgürlüğüne sahiptir (18). Doktor atlama-birinci basamağın sevk etmeden hastanın direkt ikinci basamağa başvurabilme kolaylığı- sık rastlanılan bir alışkanlıktır ve sistemin yapısal bir sonucudur (20).

Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi 5 yıldır (60 ay). Bunun 36 ayı, iç hastalıklar kliniğinde, hem serviste yatan hasta hem de poliklinik hizmetleri dahilinde eğitim alınarak geçirilir. Geri kalan 24 ayda ise asistan hekim, sahada uzman bir aile hekiminin yanında eğitimini tamamlayarak uzmanlık eğitimini bitirmiş olur ve kendi özel kliniğini açmaya hak kazanır (21).

2.3.3. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti'nin (NHS) 1948'de kurulmasından bu yana değişmemiştir. Tek bir uygulama ile evrensel kayıt sistemi vardır ve tüm birinci basamak sağlık hizmetleri, pratisyen hekimler (GP) tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve uzman hekim hizmetleri, neredeyse tamamen ücretsizdir ve ulusal olarak genel vergilendirmeden finanse edilir. Ancak İngiltere'de her ilaç için 7,20 £ tutarında ayakta tedavi için reçete ücreti kapsamında bir ücret belirlenmiştir. Reçeteden muaf olan kişilere bu tutarın yaklaşık % 90'ı geri ödenmektedir. Diş hekimi, gözlük ve gözlük bakımı için ayrıca ek ödemeler bulunur. Birinci basamak ve uzman hekim hizmeti arasında kesin bir ayırım vardır. Uzmanlar büyük ölçüde hastanelerde çalışırlar. Genel olarak yatan hasta takibinden sorumludurlar. Küçük bir grup olarak hastanede çalışan pratisyen hekimler poliklinikten ve uzman hekime sevk edilecek hastaları belirlemeden sorumludur. Bunun dışında acil servislerde de görev almaktadırlar. Genel pratisyenler birinci basamakta en az 4-6 hekimin ortaklığıyla kurulmuş sağlık merkezlerinde çalışırlar ve gelirlerinin büyük bir bölümünü, -yaptıkları anlaşma çerçevesinde- NHS'den elde ederler. Birçok farklı gelir kalemi olan birinci basamakta çalışan genel pratisyenlerin geliri, ortalama bir uzmanın gelirinden fazladır (22).

Birleşik Krallık'ta 2000'den 2010'a kadar birinci basamakta her hekime düşen ortalama hasta sayısı 1795'ten 1567'ye düşmüştür (23). Son yıllarda birinci basamakta hemşire istihdamında gözle görülür bir artış olmuştur. Genel pratisyenler çalıştıkları yerlerde kendilerine yardımcı olacak hekim çalıştırabilmekte ya da sağlık merkezlerine ortaklık yapabilecek hekimlerle anlaşma yapabilmektedir. Ancak Birleşik Krallık'ta hemşireler birçok alanda hekimlere yardımcı olabilmekte ve böylece genel pratisyenler hem daha düşük maliyet ile hizmet verebilmekte hem de kaliteden ödün vermeden sağlık hizmetlerine devam edebilmektedir (24).

Birinci basamak sağlık hizmeti veren tipik bir sağlık merkezi: 5-6 genel pratisyen hekim, 1 stajyer hemşire, 2-3 hemşire, 6-10 arasında da danışma/yardımcı çalışanından oluşur. Bütün bu çalışanlar sağlık merkezindeki hekimler tarafından finanse edilir. Buna ek olarak bölgesel olarak çalışan ve sağlık merkezleri ile işbirliği içinde çalışan sağlık ekipleri de vardır ve direkt olarak NHS'ye bağlıdırlar. Bu ekibin

içinde bölgesel hemşireler, ebeler, toplum psikiyatri hemşireleri, yardımcı sağlık personelleri bulunur (22).

Birleşik Krallık'ta birinci basamak, yüz yüze poliklinik hizmeti üzerine kurulu olmakla birlikte hekimler, sağlık durumu evden çıkmaya elverişli olmayan hastalar için evde sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Son 15 yılda ortalama günlük hekim ve hemşire poliklinik sayısında, telefon ile sağlık danışmanlığı başvurusu artmakla birlikte evde sağlık hizmeti sayısında azalma olduğu görülmüştür. Buna bağlı olarak hasta başına düşen poliklinik süresinde artış olduğu tespit edilmiştir (25). Genel pratisyenlerin uzmana sevk etme yetkileri vardır. Bir hastanın uzman hekime muayene olabilme hızı son yıllarda artmıştır, başvuran hastaların %80'i 4 hafta içinde uzman hekime muayene olabilmektedir ve bu oran ABD'de %88'dir (26).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ilerleme ve değişim, tarihsel olarak birinci basamak sağlık standartlarının belirlenmesine ve kalite akreditasyon planlarına öncülük etmiş olan 'Royal College of GPs' gibi profesyonel kuruluşların desteği ve liderliğine rağmen daha çok pratisyen hekimlerin girişimciliğine ve profesyonelliğine önemli ölçüde dayanmaya devam etmektedir. Bununla birlikte tüm sistemi, ulusal sağlık politikaları belirlemektedir (22).

2.3.4 İspanya

İspanya sağlık sisteminin temel iki bileşeni vardır: İlki, birinci basamak olan ve aile hekimlerinin görev aldığı 'Centro de Salud' (Sağlık Merkezi) olarak adlandırılan -bizdeki karşılığı Aile Sağlığı Merkezi- yapılarıdır, ikincisi de uzman hekimlerin görev aldığı hastanelerdir (27). Sağlık merkezleri hastanın sağlık sistemine giriş kapısıdır ve uzman doktor muayenesi (hastane) için aile hekimi sevki zorunludur. (ağır acil durumlar hariç) Her vatandaşın kendi aile hekimini seçme özgürlüğü vardır. Centro de Salud birimlerinde hekim olarak aile hekimleri ve çocuk hastalıkları uzmanları, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları görev yapmaktadır. İspanya'da aile hekimleri Türkiye'deki gibi çocuk yaş grubu hastaların tedavisinden, kontrollerinden ya da aşı takiplerinden sorumlu değildir. Bu görevi sağlık merkezlerinde çalışan çocuk uzmanları yerine getirmektedir (28).

1978 yılında Alma Ata Deklarasyonu sonrasında çıkarılan bir yasa ile İspanya’da ‘aile hekimliği’ bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve tıp fakültelerinde anabilim dalı olarak uzmanlık eğitimi vermeye başlanmıştır. 1995 yılına kadar Centro de Salud birimlerinde çalışabilmek için aile hekimi uzmanı olma şartı aranmazken, yine bu tarihte yapılan bir değişiklikle aile hekimliği uzmanı olma zorunluluğu getirilmiştir (28).

Aile hekimlerinin sabit maaşları vardır (buldukları coğrafyaya, hasta popülasyonunun yaşına ve hekimin deneyim yılına göre değişiklik gösterebilir) ve mesai dışı çalışma (nöbet) ile ek gelir elde edebilirler (28).

İspanya’da ‘acil tıp anabilim dalı’ yoktur ve yine eyalete göre değişmekle birlikte aile hekimliği uzmanları ya da aile hekimliği uzmanlık öğrencileri acil nöbeti tutmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 2005 yılına kadar üç yılken 2005’ten sonra dört yıla çıkarılmıştır. Uzmanlık öğrencileri her yıl en az üç ay (dördüncü yıl on bir ay) sağlık merkezlerinde görev alır. Eğitim pratiğinin diğer büyük bölümünü ise iç hastalıkları almaktadır. Bunu kadın hastalıkları ve doğum ve diğer cerrahi bölümler takip eder. Uzmanlık öğrencisinin dört yıl boyunca acil birimlerinde nöbet tutma sorumluluğu da vardır. Her yıl bir ay tatil hakları mevcuttur (29).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tek merkezli tanımlayıcı-kesitsel ve prospektif olarak tasarlanmış bir anket çalışmasıdır. Çalışmanın yürütülebilmesi için T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.03.2021 tarihinde 2021-332 karar numarası ile onay alınmıştır. (Ek-2). Çalışma, araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 1 ay boyunca Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği (SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerine internet üzerinden (çevrimiçi) anket şeklinde uygulanmıştır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için ayrıca hem Bağcılar EAH Aile Hekimliği, hem de Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Aile Hekimliği Program yöneticilerinden izin alınmıştır (Ek-3). Anket çalışmamız T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği dikkate alınarak hazırlanmıştır (30). Ankette sosyodemografik bilgileri içeren 11 soru ve Aile Hekimliği Uygulama yönetmeliği bilgi düzeyini ölçen 29 soru olmak üzere toplam 40 soru bulunmaktadır. Mart 2021'de SBÜ Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi 156 iken amaçsal olarak tamamına uygulanması planlanmıştır. 9 hekime ulaşılamamıştır ya da anket çalışmasına katılmak istememişlerdir. 87'si Bağcılar EAH'den ve 58'i Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'den olmak üzere çalışmaya 145 hekim çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışmaya Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olanlar dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmada gönüllülük esas alınmıştır. Her hekime 'gönüllü bilgilendirme ve onam formu' verilmiştir. Katılımcıların, anketi cevaplandırmaya başladıktan sonra yarıda bırakma veya çalışmaya katılmayı reddetme hakkı mevcut tutulmuştur. Bu çalışma sosyal güvenlik kurumuna veya çalışmayı yapana herhangi bir maliyet getirmemiştir. Çalışma için hazırlanan anket formu hedef kitleye internet üzerinden ulaşılarak yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlere; yaş, cinsiyet, medeni hal, çalıştığı hastane, tam zamanlı ya da yarı zamanlı uzmanlık öğrencisi olup olmadığı gibi sosyodemografik ve mesleki özellikler, Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne ilişkin tanım,

çalışma usul ve esaslarına dayalı, aile hekimliği birimine kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin esaslar ile ilgili, atama ve nakillere ilişkin, fiziki ve teknik şartlarla ilgili, performans değerlendirmesine ilişkin, eğitim aile sağlığı merkezine ilişkin sorular sorulmuştur.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile sınınmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi (31).

4.BULGULAR

Çalışmamız 01.04.2021-30.04.2021 tarihleri arasında Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği kapsamında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Merkezi ile T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Sağlık Uygulama Merkezi'nde, %52,4'ü (n=76) kadın, %47,6'sı (n=69) erkek toplam 145 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan doktorların yaşları 25- 48 arasında değişmektedir. Ortalama $30,23\pm 5,06$ yaş olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan doktorların %61'i (n=100) AHU (Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi) olup bunun da %60'ı (n=60) Bağcılar EAH'de %40'ı (n=40) Bakırköy EAH'de görev yapmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinden %39'u (n=45) SAHU (Yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi) olarak görev yapmakta olup bu sayının %60'ı (n=27) Bağcılar EAH'de %40'ı (n=18) Bakırköy EAH'de görev yapmaktadır.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Yaş	Min-Maks (Medyan)	25-48 (29)
	Ort±Ss	30,23±5,06
Cinsiyet	Kadın	76 (52,4)
	Erkek	69 (47,6)
Medeni durum	Evli	89 (61,4)
	Bekar	56 (38,6)

Çalışmaya katılan doktorların %61,4'ünün (n=89) evli, %38,6'sının (n=56) bekar olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2: Meslekî Özelliklerin Dağılımı

Daha önce aile hekimliği alanında çalışma	Evet	115 (79,3)
	Hayır	30 (20,7)
Uzmanlık eğitimi alınan hastane	Bağcılar EAH	87 (60,0)
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	58 (40,0)
Aile hekimliği uzmanlık öğrenciliği	Tam zamanlı (AHU)	100 (69,0)
	Yarı zamanlı (SAHU)	45 (31,0)
Asistanlıktaki yılı (AHU)	1. yıla kadar	30 (30,0)
	1-2 yıl arası	39 (39,0)
	2-3 yıl arası	31 (31,0)
Asistanlıktaki yıl (SAHU)	2. yıla kadar	27 (60,0)
	2-4 yıl arası	12 (26,7)
	4-6 yıl arası	6 (13,3)
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet	38 (26,2)
	Hayır	18 (12,4)
	Kısmen	89 (61,4)
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet	35 (24,1)
	Hayır	46 (31,7)
	Kısmen	64 (44,1)
Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli	30 (20,7)
	Ara sıra	71 (49,0)
	Çok nadir	41 (28,3)
	Hiçbir zaman	3 (2,1)

Doktorların %79,3'ü (n=115) daha önce aile hekimliği uygulaması alanında çalıştığını belirtmiştir.



Şekil 2: Daha önce aile hekimliği uygulaması alanında çalışma durumuna göre dağılım

Doktorların %60'ı (n=87) uzmanlık eğitimini Bağcılar EAH'de, %40'ı (n=58) Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'de aldığını belirtmiştir.

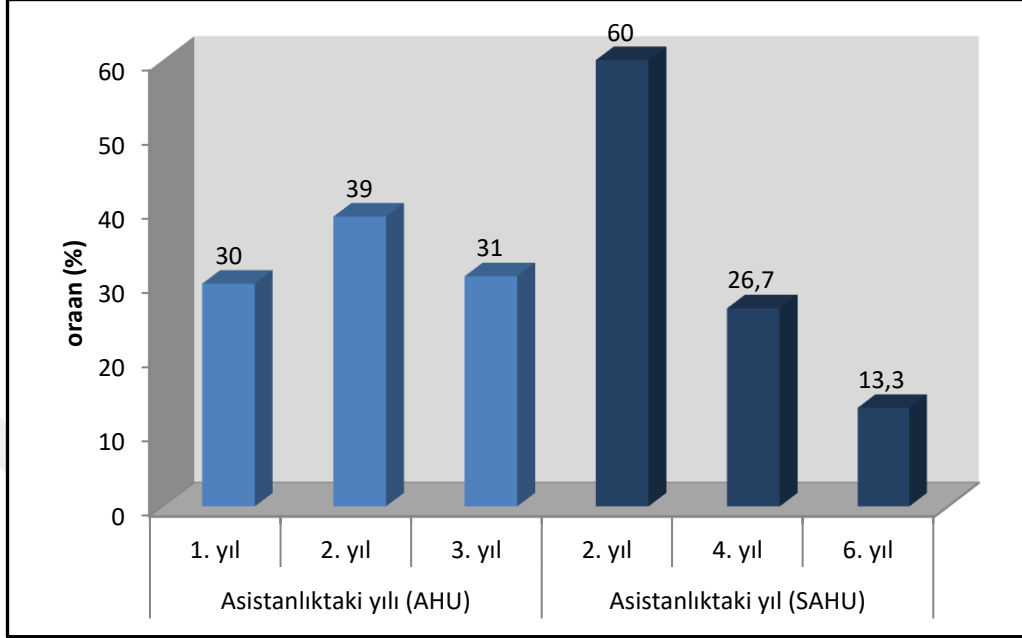


Şekil 3: Uzmanlık eğitimi alınan hastanelerin dağılımı

Çalışmaya katılan doktorların %69'u (n=100) aile hekimliği uzmanlık eğitimini tam zamanlı (AHU), %31'i (n=45) yarı zamanlı (SAHU) yaptığını belirtmiştir.

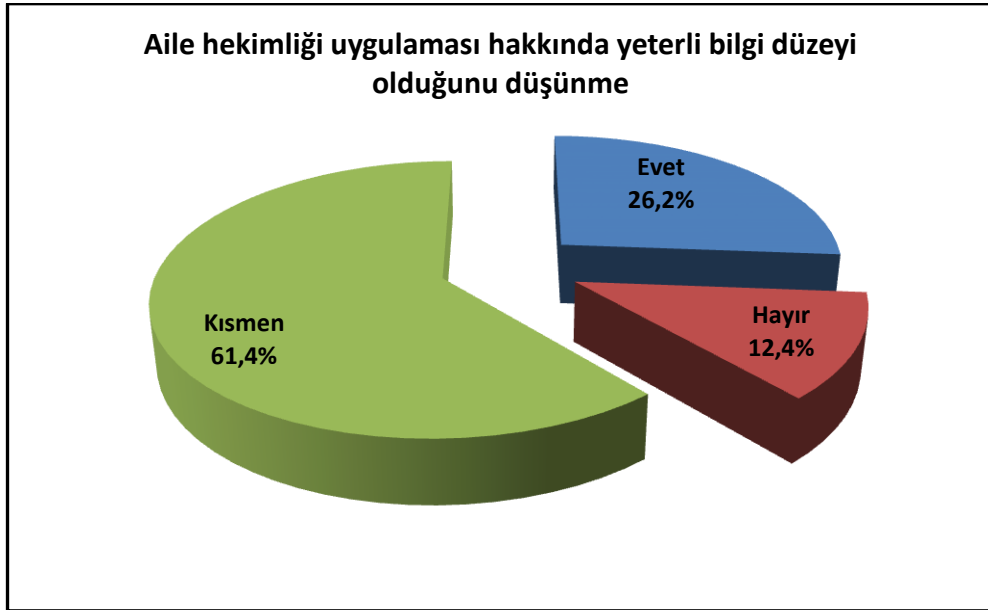
Doktorların %30'u (n=30) AHU asistanlığındaki 0-1 yıl arasında olduğunu, %39'u (n=39) 1-2 yıl arası ve %31'i (n=31) 2-3 yıl arasında olduğunu belirtmiştir.

Doktorların %60'ı (n=60) SAHU asistanlığındaki 0-2 yıl arasında olduğunu, %26,7'si (n=12) 2-4 yıl arası ve %13,3'ü (n=6) 3-6 yılı arasında olduğunu belirtmiştir.



Şekil 4: AHU, SAHU uzmanlık eğitimi sürelerinin dağılımı

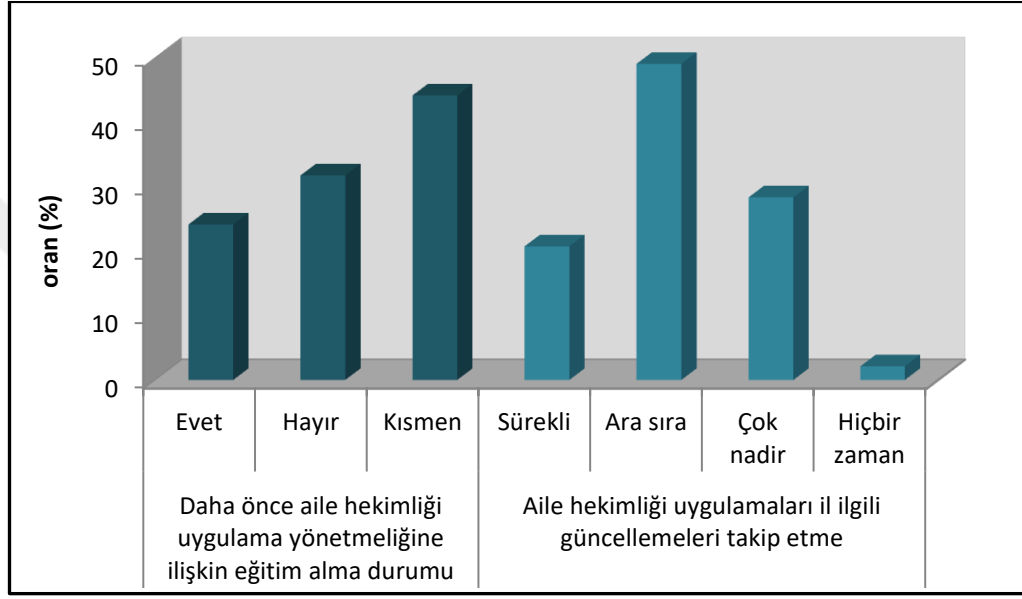
Doktorların %26,2'si (n=38) aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu belirtmiştir.



Şekil 5: Aile hekimliği hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumunun dağılımı

Doktorların %24,1'i (n=35) daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir.

Doktorların %20,7'si (n=30) aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri sürekli takip ettiğini, %49'u (n=71) ara sıra, %28,3'ü (n=41) çok nadir takip ettiğini belirtirken, %2,1'i (n=3) hiçbir zaman takip etmediğini belirtmiştir.



Şekil 6: Aile hekimliği uygulamalarına ilişkin eğitim alma ve uygulamalara ilişkin güncellemeleri takip etme durumunun dağılımı

Tablo 3: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Farkındalığına İlişkin Dağılımlar

		n (%)
Aile Sağlığı Merkezi: Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı çalışanından oluşan yapıyı tanımlar	Doğru	117 (80,7)
	Yanlış	28 (19,3)
Asistan: Tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ve eğitim sorumlusunun gözetim ve koordinasyonunda, eğitim aile sağlığı merkezlerinde veya biriminde aile hekimliği hizmeti veren asistan/araştırma görevlisini tanımlar	Doğru	127 (87,6)
	Yanlış	18 (12,4)
Aile hekimi, birime atandıktan sonra kendisine kayıtlı hastaların tamamını ilk kaç ay içinde görmüş olması gerekir?	3 ay	8 (5,5)
	6 ay	51 (35,2)
	9 ay	6 (4,1)
	12 ay	80 (55,2)
Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri yılda en az kaç defa görmekle yükümlüdür?	1 kez	112 (77,2)
	2 kez	29 (20,0)
	3 kez	3 (2,1)
	4 kez	1 (0,7)
Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenine aile sağlığı elemanı denir	Doğru	120 (82,8)
	Yanlış	25 (17,2)
Aile sağlığı çalışanın görev ve sorumluluğu değildir		
Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek		9 (6,2)
Çocukluk çağı aşılarını uygulamak, takiplerini yapmak ve aşıya bağlı periyodik muayenelerini yapmak		49 (33,8)
Yara bakım hizmetlerini yürütmek		53 (36,6)
Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak		34 (23,4)

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %80,7'si (n=117) “*Aile Sağlığı Merkezi: Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı çalışanından oluşan yapıyı tanımlar*” ifadesine doğru cevabını verirken, %19,3'ü (n=28) yanlış cevabını vermiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %87,6'sı (n=127) “*Asistan: Tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ve eğitim sorumlusunun gözetim ve koordinasyonunda, eğitim aile sağlığı merkezlerinde veya biriminde aile hekimliği hizmeti veren asistan/araştırma görevlisini tanımlar*” ifadesine doğru cevabını verirken, %12,4'ü (n=18) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %5,5'i (n=8) “Aile hekimi, birime atandıktan sonra kendisine kayıtlı hastaların **tamamını** ilk kaç ay içinde görmüş olması gerekir?” ifadesine 3 ay, %35,2'si (n=51) 6 ay, %4,1'i (n=6) 9 ay ve %55,2'si (n=80) 12 ay cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %77,2'si (n=112) “Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri yılda **en az kaç defa** görmekle yükümlüdür?” 1 kez cevabını verirken, %20'si (n=29) 2 kez, %2,1'i (n=3) 3 kez ve %0,7'si (n=1) 4 kez cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %82,8'si (n=120) “Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenine aile sağlığı elemanı denir” doğru cevabını verirken, %17,2'si (n=25) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %6,2'si (n=9) “Aile sağlığı çalışanının görev ve sorumluluğu” ifadesine kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek cevabını verirken, %33,8'i (n=49) çocukluk çağı aşılarını uygulamak, takiplerini yapmak ve aşuya bağlı periyodik muayenelerini yapmak, %36,6'sı (n=53) yara bakım hizmetlerini yürütmek ve %23,4'ü (n=34) tıbbi malzeme, alet ve cihazların hizmete hazır bulundurulması sağlamak cevabını vermiştir.

Tablo 3'ün devamı: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Farkındalığına İlişkin Dağılımlar

		n (%)
Hangisi aile hekiminin görev ve sorumluluklarından biri değildir?	Yivsiz av tüfeği ruhsatı almak için sağlık raporu düzenlemek	4 (2,8)
	Engelli bireylerin engellilik derecesini bildirir sağlık raporu düzenlemek	136 (93,8)
	Akli meleke raporu düzenlemek	5 (3,4)
Gezici ve yerinde sağlık hizmeti için gidilecek kurum ya da bölgeye ulaşım için ilçe sağlık müdürlüğü araç tesis etmek zorundadır	Doğru	91 (62,8)
	Yanlış	54 (37,2)
Yenidoğanlar, annelerinin kayıtlı olduğu birime kaydedilir	Doğru	140 (96,6)
	Yanlış	5 (3,4)
Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmadan serbestçe seçebilir	Doğru	130 (89,7)
	Yanlış	15 (10,3)
Zorunlu haller dışında aile hekimi 3 aydan önce değiştirilemez	Doğru	131 (90,3)
	Yanlış	14 (9,7)

Tablo 3'ün devamı: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Farkındalığına İlişkin Dağılımlar

Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayı durumunda aile hekiminin, şiddet uygulayan kişinin kaydını, adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesine gerek kalmaksızın silme yetkisi vardır	Doğru	36 (24,8)
	Yanlış	109 (75,2)
Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tam gün esasına göre çalışır	Doğru	137 (94,5)
	Yanlış	8 (5,5)
Aile hekimler ve aile sağlığı çalışanları deprem, sel ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalmaksızın çalıştırılabilirler	Doğru	128 (88,3)
	Yanlış	17 (11,7)
İhtiyaç olması halinde entegre sağlık kuruluşlarında tutulan nöbetler için aile hekimlerine nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez	Doğru	48 (33,1)
	Yanlış	97 (66,9)
Aile hekimliği yerleştirmeleri ilçe bazında ve ilçe sağlık müdürlüklerince yapılır	Doğru	70 (49,6)
	Yanlış	71 (50,4)
400 kişilik bir nüfusu olan bir yerleşim birimine gezici sağlık hizmeti sunan bir aile hekiminin ayda en az kaç defa gezici sağlık hizmeti vermesi gerekmektedir	1 kez	42 (29,4)
	2 kez	63 (44,1)
	3 kez	8 (5,6)
	4 kez	30 (21,0)
Bir ildeki boş aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça 1(bir) ayı geçemez	Doğru	103 (72,5)
	Yanlış	39 (27,5)
Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir	Doğru	126 (89,4)
	Yanlış	15 (10,6)
Aile sağlığı merkezinin binasının toplam alanının tek aile hekimi için en az kaç metrekare olması gerekir	10 m ²	13 (9,2)
	30 m ²	41 (29,1)
	40 m ²	47 (33,3)
	60 m²	40 (28,4)
Aşağıdakilerden hangisi aile sağlığı merkezinde faal olarak bulundurulması zorunlu değildir?	Aspiratör	21 (14,7)
	Refleks çekici	4 (2,8)
	Peakflowmeter	50 (35,0)
	Üriner sistem sonda, torba ve kateter seti	68 (47,6)
Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır.	Doğru	95 (66,4)
	Yanlış	48 (33,6)
	18 ay	9 (6,3)
	24 ay	9 (6,3)
Dört aile hekimliği birimi olan bir aile sağlığı merkezinde en fazla kaç aile hekimi uzmanı görev yapabilir	1	78 (54,5)
	2	44 (30,8)
	3	4 (2,8)
	4	17 (11,9)
Aile hekimleri sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilir	Doğru	139 (97,2)
	Yanlış	4 (2,8)

Tablo 3'ün devamı: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Farkındalığına İlişkin Dağılımlar

Aile sağlığı merkezinde her aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli(ebe, hemşire, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir	Doğru	105 (73,9)
	Yanlış	37 (26,1)
Aile sağlığı merkezinde bulunan aşı dolabının sıcaklık ölçümü ve takibi için kullanılan ve ısı verisi gönderebilen termometreler en fazla ne kadar süreli aralıklarla ölçüm yapmalıdır	30 dk	60 (42,6)
	60 dk	38 (27,0)
	90 dk	21 (14,9)
	120 dk	22 (15,6)
Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir	Doğru	132 (93,0)
	Yanlış	10 (7,0)
Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır	Doğru	137 (95,8)
	Yanlış	6 (4,2)

Doğru cevaplar bold şeklinde işaretlenmiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %2,8'i (n=4) “*Hangisi aile hekiminin görev ve sorumluluklarından biri değildir?*” ifadesine yivsiz av tüfeği ruhsatı almak için sağlık raporu düzenlemek, %93,8'i (n=136) engelli bireylerin engellilik derecesini bildirir sağlık raporu düzenlemek ve %3,4'ü (n=5) akli meleke raporu düzenlemek cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %62,8'i (n=91) “*Gezici ve yerinde sağlık hizmeti için gidilecek kurum ya da bölgeye ulaşım için ilçe sağlık müdürlüğü araç tesis etmek zorundadır*” ifadesine doğru, %37,2'si (n=54) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %96,6'sı (n=140) “*Yenidoğanlar, annelerinin kayıtlı olduğu birime kaydedilir*” ifadesine doğru, %3,4'ü (n=5) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %89,7'si (n=130) “*Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmadan serbestçe seçebilir*” ifadesine doğru, %10,3'ü (n=15) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %90,3'ü (n=131) “*Zorunlu haller dışında aile hekimi 3 aydan önce değiştirilemez*” ifadesine doğru, %9,7'si (n=14) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %24,8'i (n=36) “Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayı durumunda aile hekiminin, şiddet uygulayan kişinin kaydını, mülki idare veya adli makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesine gerek kalmaksızın silme yetkisi vardır” ifadesine doğru, %75,2'si (n=109) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %94,5'i (n=137) “Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tam gün esasına göre çalışır” ifadesine doğru, %5,5'i (n=8) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %88,3'ü (n=128) “Aile hekimler ve aile sağlığı çalışanları deprem, sel ve salgın gibi olağaniüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalmaksızın çalıştırılabilirler” ifadesine doğru, %11,7'si (n=17) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %33,1'i (n=48) “İhtiyaç olması halinde entegre sağlık kuruluşlarında tutulan nöbetler için aile hekimlerine nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez” ifadesine doğru, %66,9'u (n=97) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %49,6'sı (n=70) “Aile hekimliği yerleştirmeleri ilçe bazında ve ilçe sağlık müdürlüklerince yapılır” ifadesine doğru, %50,4'ü (n=71) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %29,4'ü (n=42) “400 kişilik bir nüfusu olan bir yerleşim birimine gezici sağlık hizmeti sunan bir aile hekiminin ayda en az kaç defa gezici sağlık hizmeti vermesi gerekmektedir” ifadesine 1 defa, %44,1'i (n=63) 2 defa, %5,6'sı (n=8) 3 defa ve %21'i (n=30) 4 defa cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %72,5'i (n=103) “Bir ildeki boş aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça 1(bir) ayı geçemez” ifadesine doğru, %27,5'i (n=39) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %89,4'ü (n=126) “Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir” ifadesine doğru, %10,6'sı (n=15) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %9,2'si (n=13) “*Aile sağlığı merkezinin binasının toplam alanının tek aile hekimi için en az kaç metrekare olması gerekir (madde 23)*” ifadesine 10 m², %29,1'i (n=41) 30 m², %33,3'ü (n=47) 40 m² ve %28,4'ü (n=40) 60 m² cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %14,7'si (n=21) “*Aşağıdakilerden hangisi aile sağlığı merkezinde faal olarak bulundurulması zorunlu değildir?(madde 24)*” ifadesine aspiratör, %2,8'i (n=4) refleks çekici, %35'i (n=50) peakflowmeter ve %47,6'sı (n=68) üriner sistem sonda, torba ve kateter seti cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %66,4'ü (n=95) “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır. (madde 13)*” ifadesine doğru, %33,6'sı (n=48) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %18,3'ü (n=26) “*Aile hekimliği pozisyonunda göreve başlayan aile hekimi bu pozisyonda fiilen ne kadar süre çalışmadan başka bir aile hekimliği pozisyonuna nakil talep edemez*” ifadesine 6 ay, %69'u (n=98) 12 ay, %6,3'ü (n=9) 18 ay ve %6,3'ü (n=9) 24 ay cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %54,5'i (n=78) “*Dört aile hekimliği birimi olan bir aile sağlığı merkezinde en fazla kaç **aile hekimi uzmanı** görev yapabilir*” ifadesine 1 uzman, %30,8'i (n=44) 2 uzman, %2,8'i (n=4) 3 uzman ve %11,9'u (n=17) 4 uzman cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %97,2'si (n=139) “*Aile hekimleri sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilir*” ifadesine doğru, %2,8'i (n=4) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %73,9'u (n=105) “*Aile sağlığı merkezinde her aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli(ebe, hemşire, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir*” ifadesine doğru, %26,1'i (n=37) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %42,6'sı (n=60) “Aile sağlığı merkezinde bulunan aşı dolabının sıcaklık ölçümü ve takibi için kullanılan ve ısı verisi gönderebilen termometreler en fazla ne kadar sürelik aralıklarla ölçüm yapılmalıdır” ifadesine 30 dk, %27'si (n=38) 60 dk, %14,9'u (n=21) 90 dk ve %15,6'sı (n=22) 120 dk cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %93'ü (n=132) “Eğitim aile sağlığı merkezi/ eğitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine doğru, %7'si (n=10) yanlış cevabını vermiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %95,8'i (n=137) “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” doğru, %4,2'si (n=6) yanlış cevabını vermiştir.

Tablo 4: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine İlişkin Sorulara Verilen Doğru Cevapların Bölüm Başlıklarına Göre Dağılımı

		Yanlış n (%)	Doğru n (%)
Tanım Soruları	Soru 12	117 (80,7)	28 (19,3)
	Soru 13	127 (87,6)	18 (12,4)
	Soru 16	120 (82,8)	25 (17,2)
	Min-Maks (Medyan)	0-100 (0)	
	Ort±Ss	16,32±27,53	
Çalışma, Usul ve Esaslara İlişkin Sorular	Soru 14	94 (64,8)	51 (35,2)
	Soru 15	33 (22,8)	112 (77,2)
	Soru 17	49 (33,8)	96 (66,2)
	Soru 18	9 (6,2)	136 (93,8)
	Soru 24	8 (5,5)	137 (94,5)
	Soru 25	17 (11,7)	128 (88,3)
	Soru 26	97 (66,9)	48 (33,1)
	Soru 28	82 (56,6)	63 (43,4)
	Min-Maks (Medyan)	33,33-100 (66,67)	
	Ort±Ss	63,22±14,67	

Tablo 4'ün devamı: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine İlişkin Sorulara Verilen Doğru Cevapların Bölüm Başlıklarına Göre Dağılımı

Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile İlgili Sorular	Soru 20	5 (3,4)	140 (96,6)
	Soru 21	15 (10,3)	130 (89,7)
	Soru 22	14 (9,7)	131 (90,3)
	Soru 23	36 (24,8)	109 (75,2)
	Min-Maks (Medyan)	50-100 (100)	
	Ort±Ss	87,93±17,21	
Atama ve Nakillere İlişkin Esaslar ile İlgili Sorular	Soru 27	74 (51,0)	71 (49,0)
	Soru 29	106 (73,1)	39 (26,9)
	Soru 30	19 (13,1)	126 (86,9)
	Soru 34	47 (32,4)	98 (67,6)
	Soru 35	101 (69,7)	44 (30,3)
	Min-Maks (Medyan)	0-100 (60)	
	Ort±Ss	52,14±23,13	
Fiziki ve Teknik Şartlar ile İlgili Sorular	Soru 31	105 (72,4)	40 (27,6)
	Soru 32	77 (53,1)	68 (46,9)
	Soru 36	6 (4,1)	139 (95,9)
	Soru 37	108 (74,5)	37 (25,5)
	Soru 38	123 (84,8)	22 (15,2)
	Min-Maks (Medyan)	0-100 (40)	
	Ort±Ss	42,21±19,60	
Performans Değerlendirmesine İlişkin Sorular	Soru 33	97 (66,9)	48 (33,1)
Eğitim Aile Sağlığı ile İlgili Esaslara İlişkin Sorular	Soru 39	135 (93,1)	10 (6,9)
	Soru 40	8 (5,5)	137 (94,5)

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine ilişkin sorulara verilen doğru cevapların dağılımları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Soruların iç tutarlılıkları incelendiğinde Cronbach α **0,677** olarak saptanmıştır.

Sorulara doğru verilen cevaplar için 1, yanlış verilen cevaplar için 0 puan verilmiştir. Puan ağırlıkları aşağıda gösterilmiştir.

Verilen Ağırlık**Seçenek**

0

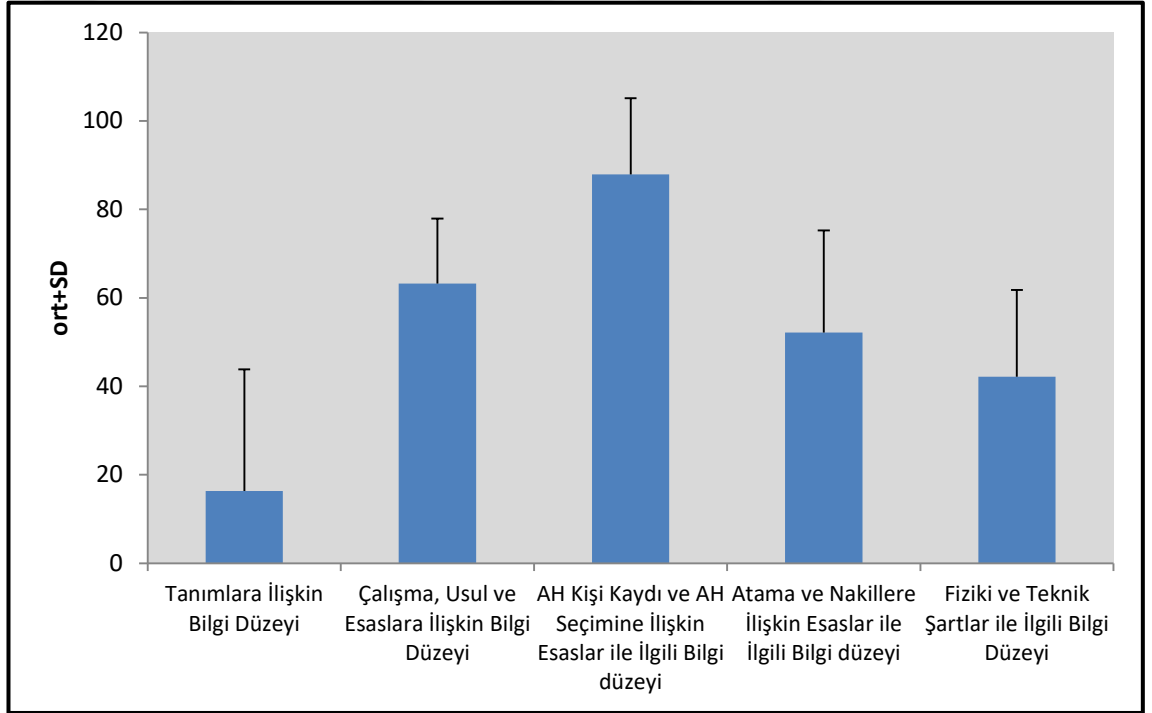
Yanlış

1

Doğru

Anketimizde yer alan sorulardan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Toplam Bilgi düzeyi puanı elde ettik. Elde edilen bu puanı yüzlük skalaya dönüştürüp değerlendirmelerimizi 100 puanlık sistem üzerinden yapmayı daha anlaşılır bulduğumuz için; her olgunun toplam puanını yüzlük skalaya dönüştürerek değerlendirdik. Bu şekilde elde ettiğimiz puanlar Tablo 4’te görülmektedir.

$((\text{Toplam madde}) * (\text{En büyük değer} - \text{En küçük değer}) / \text{Madde Sayısı}) * 100$



Şekil 7: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine İlişkin elde edilen Bilgi düzeyi puanlarının dağılımı

Çalışmaya katılan hekimlerin toplam 7 alt başlık üzerinden aile hekimliği uygulama yönetmeliği bilgi düzeyi Ort. Değer %54.07 olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Fiziki ve Teknik Şartlar Bilgi Düzeyi Puanının Değerlendirilmesi

		Fiziki ve Teknik Şartlara İlişkin Bilgi Puanı		
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	p
Yaş	R P	0,342 0,001**		
Cinsiyet	Kadın (n=76)	0-80 (40)	38,95±17,56	^a 0,042*
	Erkek (n=69)	0-100 (40)	45,8±21,17	
Medeni Durum	Evli (n=89)	0-100 (40)	43,6±20,13	^a 0,309
	Bekar (n=56)	0-80 (40)	40±18,68	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet (n=115)	0-100 (40)	44,52±19,48	^a 0,006**
	Hayır (n=30)	0-60 (20)	33,33±17,68	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH (n=87)	0-100 (40)	43,45±20,05	^a 0,436
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH (n=58)	0-80 (40)	40,34±18,91	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı (n=100)	0-100 (40)	37,4±19,21	^a 0,001**
	Yarı zamanlı (n=45)	20-80 (60)	52,89±16,04	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet (n=38)	0-80 (60)	49,47±22,65	^e 0,003**
	Hayır (n=18)	0-60 (20)	30±15,72	
	Kısmen (n=89)	20-100 (40)	41,57±17,64	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet (n=35)	20-80 (40)	48±20,12	^e 0,051
	Hayır (n=46)	0-80 (40)	37,39±19,14	
	Kısmen (n=64)	0-100 (40)	42,5±19,02	
Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli (n=30)	20-80 (60)	52,67±19,99	^e 0,003**
	Ara sıra (n=71)	0-100 (40)	41,41±19,52	
	Çok nadir (n=41)	20-80 (40)	36,1±16,86	
	•Hiçbir zaman (n=3)	20-60 (40)	40±20	

^aMann Whitney U Test

^eKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları ile Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça Fiziki ve Teknik Şartlar bilgi puanı da artan) 0,342 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,342; p=0,001; p<0,01).

Erkek uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları, kadın doktorlara göre istatistikî bir şekilde anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,042$; $p<0,05$).

Medeni duruma göre uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alan uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları, görev almayan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$). Eğitim alınan hastaneye göre doktorların Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları, tam zamanlı eğitim alan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Aile hekimliği uygulaması hakkındaki yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları istatistikî olarak anlamlılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacı ile ikili karşılaştırma yapılan sonuçlara göre; Yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünenlerin sorulardan aldıkları puanlar, yeterli bilgi düzeyi olmadığını düşünenlere göre anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$).

Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların Fiziki ve Teknik Şartlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî olarak anlamlılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığı tespit etmek gayesiyle yapılan ikili çaprazlama sonuçlarına göre; güncellemeleri sürekli takip eden doktorların sorulardan aldıkları puanlar, ara sıra ve çok nadir takip eden doktorlara göre anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,05$).

Tablo 6: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Atama ve Nakillere İlişkin Esaslar Puanının Değerlendirilmesi

		Atama ve Nakillere İlişkin Bilgi Düzeyi Puanı		p
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	
Yaş	r p	0,162 0,052		
Cinsiyet	Kadın (n=76)	0-100 (40)	47,37±22,83	^a 0,014*
	Erkek (n=69)	0-100 (60)	57,39±22,47	
Medeni Durum	Evli (n=89)	0-100 (60)	55,51±21,9	^a 0,045*
	Bekar (n=56)	0-100 (40)	46,79±24,2	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet (n=115)	0-100 (60)	53,22±22,92	^a 0,294
	Hayır (n=30)	0-100 (40)	48±23,84	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH (n=87)	0-100 (40)	48,51±22,13	^a 0,009**
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH (n=58)	0-100 (60)	57,59±23,72	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı (n=100)	0-100 (40)	46,8±21,5	^a 0,001**
	Yarı zamanlı (n=45)	0-100 (60)	64±22,4	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet (n=38)	20-100 (60)	62,11±20,69	^e 0,011*
	Hayır (n=18)	0-100 (40)	45,56±24,55	
	Kısmen (n=89)	0-100 (60)	49,21±22,77	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet (n=35)	20-100 (60)	61,71±22,94	^e 0,010*
	Hayır (n=46)	0-100 (40)	45,22±20,41	
	Kısmen (n=64)	0-100 (60)	51,88±23,56	
Aile hekimliği uygulamaları il ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli (n=30)	20-100 (60)	65,33±21,61	^e 0,001**
	Ara sıra (n=71)	0-100 (60)	52,96±21,67	
	Çok nadir (n=41)	0-100 (40)	42,44±21,54	
	•Hiçbir zaman (n=3)	0-60 (40)	33,33±30,55	

^aMann Whitney U Test

^eKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları ile Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Erkek uzmanlık öğrencilerinin Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları, kadın uzmanlık öğrencilerinin göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır (p=0,014; p<0,05).

Evli doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları, bekar doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,045$; $p<0,05$).

Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma durumuna göre doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'da eğitim alan doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları, Bağcılar EAH'da eğitim alan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$). Yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları, tam zamanlı eğitim alan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumuna göre doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî olarak bir anlamlılık saptanmıştır ($p=0,011$; $p<0,05$). Farklılığı ortaya koymak maksadıyla yapılan ikili çaprazlama sonuçlarına göre; Yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünen doktorların sorulardan aldıkları puanlar, yeterli bilgi düzeyi olmadığını düşünen ve kısmen bilgi sahibi olduğunu düşünen doktorlara göre anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,044$; $p=0,020$; $p<0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî bir şekilde anlamlılık saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığı ortaya koymak maksadıyla yapılan ikili çaprazlama sonuçlarına göre; daha önce eğitim alan doktorların sorulardan aldıkları puanlar, daha önce eğitim almayan doktorlara göre anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,007$; $p<0,01$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların Atama ve Nakillere ilişkin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı ortaya koymak maksadıyla yapılan ikili çaprazlama sonuçlarına göre; Güncellemeleri sürekli takip eden doktorların sorulardan aldıkları puanlar, çok nadir takip eden doktorlara göre anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma, Usul ve Esaslar Esaslar Puanının Değerlendirilmesi

		Çalışma Usul ve Esaslar Bilgi Düzeyi		
		Puanı		
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	p
Yaş	r	0,132		
	p	0,113		
Cinsiyet	Kadın (n=76)	33,3-88,9 (66,7)	63,01±14,1	^a0,994
	Erkek (n=69)	33,3-100 (66,7)	63,45±15,37	
Medeni Durum	Evli (n=89)	33,3-100 (66,7)	62,92±15,71	^a0,726
	Bekar (n=56)	33,3-88,9 (66,7)	63,69±12,97	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet (n=115)	33,3-100 (66,7)	64,25±14,92	^a0,140
	Hayır (n=30)	33,3-77,8 (61,1)	59,26±13,16	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH (n=87)	33,3-100 (66,7)	65,9±14,46	^a0,015*
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH (n=58)	33,3-88,9 (55,6)	59,2±14,18	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı (n=100)	33,3-100 (55,6)	61,44±14,43	^a0,029*
	Yarı zamanlı (n=45)	33,3-88,9 (66,7)	67,16±14,59	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet (n=38)	33,3-88,9 (66,7)	67,84±15,88	^e0,030*
	Hayır (n=18)	33,3-77,8 (55,6)	57,41±12,2	
	Kısmen (n=89)	33,3-100 (66,7)	62,42±14,16	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet (n=35)	33,3-100 (66,7)	62,54±15,73	^e0,481
	Hayır (n=46)	33,3-88,9 (66,7)	65,22±15,47	
	Kısmen (n=64)	33,3-88,9 (55,6)	62,15±13,53	
Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli (n=30)	33,3-88,9 (66,7)	66,3±16,88	^e0,296
	Ara sıra (n=71)	33,3-100 (66,7)	63,69±14,78	
	Çok nadir (n=41)	33,3-88,9 (55,6)	60,7±12,69	
	•Hiçbir zaman (n=3)	44,4-66,7 (55,6)	55,56±11,11	

^aMann Whitney U Test

^eKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları ile Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanlamaları arasında herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). Cinsiyetlere göre doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). Medeni duruma göre doktorların

Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanlar arasında istatistikî bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma durumuna göre doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'da eğitim alan doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları, Bağcılar EAH'da eğitim alan doktora kıyasla istatistikî olarak anlamlı bir şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları, tam zamanlı eğitim alan doktora göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumuna göre doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî bir anlamlılık saptanmıştır ($p=0,030$; $p<0,05$). Farklılığı ortaya koymak amacıyla yapılan ikili çaprazlama sonuçlarına göre; Yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünen doktorların sorulardan aldıkları puanlar, yeterli bilgi düzeyi olmadığını düşünen doktora kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların Çalışma, Usul ve Esaslara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Tanım Sorularından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

		Tanımlara İlişkin Bilgi Düzeyi		
		Puanı		
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	p
Yaş	r	0,019		
	p	0,821		
Cinsiyet	Kadın (n=76)	0-100 (0)	12,72±26,65	^a0,040*
	Erkek (n=69)	0-100 (0)	20,29±28,13	
Medeni Durum	Evli (n=89)	0-100 (0)	12,36±24,3	^a0,026*
	Bekar (n=56)	0-100 (0)	22,62±31,21	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet (n=115)	0-100 (0)	15,94±28,04	^a0,437
	Hayır (n=30)	0-100 (0)	17,78±25,87	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH (n=87)	0-100 (0)	12,26±23,9	^a0,037*
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH (n=58)	0-100 (0)	22,41±31,46	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı (n=100)	0-100 (0)	17±28,62	^a0,784
	Yarı zamanlı (n=45)	0-100 (0)	14,81±25,18	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet (n=38)	0-100 (0)	25,44±35,88	^e0,054
	Hayır (n=18)	0-100 (0)	22,22±30,25	
	Kısmen (n=89)	0-100 (0)	11,24±21,29	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet (n=35)	0-100 (0)	23,81±31,9	^e0,143
	Hayır (n=46)	0-66,7 (0)	10,87±18,66	
	Kısmen (n=64)	0-100 (0)	16,15±29,69	
Aile hekimliği uygulamaları il ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli (n=30)	0-100 (0)	20±29,81	^e0,206
	Ara sıra (n=71)	0-100 (0)	17,84±29,19	
	Çok nadir (n=41)	0-100 (0)	9,76±21,4	
	•Hiçbir zaman (n=3)	0-66,7 (33,3)	33,33±33,33	

^aMann Whitney U Test

^eKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları ile Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasındaki ilişki nezdinde anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). Erkek uzmanlık öğrencilerinin Tanımlara ilişkin bilgi puanları, kadın doktorlara göre istatistikî olarak

anlamli bir Şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,040$; $p<0,05$). Evli uzmanlık ğrencilerinin Tanımlara ilişkin bilgi puanları, bekar doktorlara göre istatistikî olarak anlamli bir Şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$).

Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma durumuna göre doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH'da eğitim alan doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları, Bağcılar EAH'da eğitim alan doktorlara göre istatistikî olarak anlamli bir Şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,037$; $p<0,05$). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alma Şekline göre doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumuna göre doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların Tanımlara ilişkin bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,01$).

Tablo 9: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile İlgili Bilgi Puanının Değerlendirilmesi

		Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile İlgili Bilgi Puanı		
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	p
Yaş	r	0,111		
	p	0,184		
Cinsiyet	Kadın (n=76)	50-100 (100)	85,2±18,79	^a 0,064
	Erkek (n=69)	50-100 (100)	90,94±14,83	
Medeni Durum	Evli (n=89)	50-100 (100)	89,89±16,74	^a 0,047*
	Bekar (n=56)	50-100 (100)	84,82±17,63	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet (n=115)	50-100 (100)	89,57±15,87	^a 0,048*
	Hayır (n=30)	50-100 (87,5)	81,67±20,69	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH (n=87)	50-100 (100)	87,36±17,42	^a 0,591
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH (n=58)	50-100 (100)	88,79±17	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı (n=100)	50-100 (100)	84,75±18,77	^a 0,002**
	Yarı zamanlı (n=45)	75-100 (100)	95±10,11	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet (n=38)	75-100 (100)	94,74±10,33	^e 0,009**
	Hayır (n=18)	50-100 (75)	79,17±21,44	
	Kısmen (n=89)	50-100 (100)	86,8±17,71	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet (n=35)	50-100 (100)	88,57±16,43	^e 0,120
	Hayır (n=46)	50-100 (100)	83,7±19,16	
	Kısmen (n=64)	50-100 (100)	90,63±15,75	
Aile hekimliği uygulamaları il ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli (n=30)	50-100 (100)	95±12,11	^e 0,016*
	Ara sıra (n=71)	50-100 (100)	88,73±15,69	
	Çok nadir (n=41)	50-100 (100)	82,32±20,34	
	•Hiçbir zaman (n=3)	50-100 (75)	75±25	

^aMann Whitney U Test

^eKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları ile Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05). Cinsiyetlere göre doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistikî

herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Evli doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları, bekar doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,047$; $p<0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alan doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları, görev almayan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,048$; $p<0,05$). Eğitim alınan hastaneye göre doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistikî herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları, tam zamanlı eğitim alan doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumuna göre doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistikî bir şekilde anlamlılık saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünen doktorların sorulardan aldıkları puanlar, yeterli bilgi düzeyi olmadığını düşünen doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar ile ilgili bilgi puanları arasında istatistikî bir şekilde anlamlılık saptanmıştır ($p=0,016$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Güncellemeleri sürekli takip eden doktorların sorulardan aldıkları puanlar, ara sıra ve çok nadir takip eden doktorlara göre istatistikî olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,017$; $p<0,05$).

Tablo 10: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ile İlgili Esaslara İlişkin Sorulara Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

		Eğitim ASM'de verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir		Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde Eğitim ASM'de verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır	
		Yanlış (n=135)	Doğru (n=10)	Yanlış (n=8)	Doğru (n=137)
Yaş	Min-Maks (Medyan)	25-48 (29)	25-45 (29)	26-38 (30,5)	25-48 (29)
	Ort±Ss	30,24±5,01	30,20±5,98	31,00±4,11	30,19±5,12
	p	^a 0,857		^a 0,292	
Cinsiyet	Kadın	71 (93,4)	5 (6,6)	2 (2,6)	74 (97,4)
	Erkek	64 (92,8)	5 (7,2)	6 (8,7)	63 (91,3)
	p	^b 1,000		^b 0,151	
Medeni Durum	Evli	84 (94,4)	5 (5,6)	7 (7,9)	82 (92,1)
	Bekar	51 (91,1)	5 (8,9)	1 (1,8)	55 (98,2)
	p	^b 0,509		^b 0,152	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet	107 (93,0)	8 (7,0)	7 (6,1)	108 (93,9)
	Hayır	28 (93,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	29 (96,7)
	p	^b 1,000		^b 1,000	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH	83 (95,4)	4 (4,6)	3 (3,4)	84 (96,6)
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	52 (89,7)	6 (10,3)	5 (8,6)	53 (91,4)
	p	^b 0,199		^b 0,267	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı	94 (94,0)	6 (6,0)	5 (5,0)	95 (95,0)
	Yarı zamanlı	41 (91,1)	4 (8,9)	3 (6,7)	42 (93,3)
	p	^b 0,501		^b 0,704	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet	35 (92,1)	3 (7,9)	1 (2,6)	37 (97,4)
	Hayır	18 (100,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	17 (94,4)
	Kısmen	82 (92,1)	7 (7,9)	6 (6,7)	83 (93,3)
p	^c 0,714		^c 0,771		
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet	31 (88,6)	4 (11,4)	3 (8,6)	32 (91,4)
	Hayır	42 (91,3)	4 (8,7)	2 (4,3)	44 (95,7)
	Kısmen	62 (96,9)	2 (3,1)	3 (4,7)	61 (95,3)
p	^c 0,227		^c 0,722		
Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli	26 (86,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	28 (93,3)
	Ara sıra	69 (97,2)	2 (2,8)	3 (4,2)	68 (95,8)
	Çok nadir	37 (90,2)	4 (9,8)	2 (4,9)	39 (95,1)
	Hiçbir zaman	3 (100,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
p	^c 0,160		^c 0,264		

^aMann Whitney U Test

^bFisher's Exact Test

^cFisher Freeman Halton Test

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin yaşları, “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri cevaplara göre istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$). Cinsiyetlere göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Medeni duruma göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim alınan hastaneye göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uzmanlık eğitimini alma şekline göre doktorların “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma düşüncesine göre doktorların “Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin

eğitim alma durumuna göre doktorların “Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek Şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre doktorların “Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen hizmetin eğitimde aksamaya meydan vermeyecek Şekilde planlanması ve uygulanması gerekir” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan uzmanlık ğrencilerinin yaşları, “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri cevaplara göre istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$). Cinsiyetlere göre uzmanlık ğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Medeni duruma göre uzmanlık ğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma durumuna göre uzmanlık ğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî Şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır

($p>0,05$). Eğitim alınan hastaneye göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uzmanlık eğitimini alma şekline göre doktorların “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olma düşüncesine göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin “Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır” ifadesine verdikleri doğru cevapların dağılımları arasında istatistikî şekilde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Performans Değerlendirmesine İlişkin Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

		Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır		
		Yanlış (n=97)	Doğru (n=48)	p
Yaş	Min-Maks (Medyan)	25-48 (28)	25-48 (29)	^a 0,025*
	Ort±Ss	29,49±4,40	31,75±5,95	
Cinsiyet	Kadın	60 (78,9)	16 (21,1)	^d 0,001**
	Erkek	37 (53,6)	32 (46,4)	
Medeni Durum	Evli	58 (65,2)	31 (34,8)	^d 0,577
	Bekar	39 (69,6)	17 (30,4)	
Aile hekimliği uygulamasında görev alma	Evet	74 (64,3)	41 (35,7)	^d 0,202
	Hayır	23 (76,7)	7 (23,3)	
Eğitim alınan hastane	Bağcılar EAH	61 (70,1)	26 (29,9)	^d 0,313
	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	36 (62,1)	22 (37,9)	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi	Tam zamanlı	73 (73,0)	27 (27,0)	^d 0,020*
	Yarı zamanlı	24 (53,3)	21 (46,7)	
Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme	Evet	20 (52,6)	18 (47,4)	^d 0,080
	Hayır	14 (77,8)	4 (22,2)	
	Kısmen	63 (70,8)	26 (29,2)	
Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumu	Evet	24 (68,6)	11 (31,4)	^d 0,567
	Hayır	28 (60,9)	18 (39,1)	
	Kısmen	45 (70,3)	19 (29,7)	
Aile hekimliği uygulamaları il ilgili güncellemeleri takip etme	Sürekli	18 (60,0)	12 (40,0)	^c 0,854
	Ara sıra	49 (69,0)	22 (31,0)	
	Çok nadir	28 (68,3)	13 (31,7)	
	Hiçbir zaman	2 (66,7)	1 (33,3)	

^aMann Whitney U Test

^cFisher Freeman Halton Test

^dPearson Chi-Square test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

“Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır” ifadesine doğru cevap veren uzmanlık öğrencilerinin yaşları, yanlış cevap veren doktorlara göre istatistikî bakımdan anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,025$; $p < 0,05$). Erkek

uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranı, kadın doktorlara göre istatistikî bakımdan anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Medeni duruma göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce aile hekimliği uygulamasında görev alma duruma göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim alınan hastaneye göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yarı zamanlı eğitim alan uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranı, tam zamanlı eğitim alan doktorlara göre istatistikî bakımdan anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,020$; $p<0,05$). Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Daha önce aile hekimliği uygulama yönetmeliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır*” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili güncellemeleri takip etme durumuna göre uzmanlık öğrencilerinin “*Aile hekimlerinin*

performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları tedavi hizmetleri dikkate alınarak yapılır” ifadesine doğru cevap verme oranları arasında istatistikî bakımdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Cronbach’s Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0,0 ≤ α < 0,40 ise ölçek güvenilir değildir.

0,40 ≤ α < 0,60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir

0,60 ≤ α < 0,80 ise oldukça güveniliridir.

0,80 ≤ α < 1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.(32)



5. TARTIŞMA

Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir yapıtaşıdır. Uygulama dahilinde yapılması gereken işlemler bütünü ise aile hekimliği uygulama yönetmeliği ile düzenlenmektedir. Dolayısıyla tüm aile hekimliği uzmanlarının ilgili yönetmeliğe hakimiyeti ayrıca önemlidir.

Bu çalışmayla temelde amaçlanan, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak uygulama yönetmeliği üzerindeki hâkimiyetini ve farklı değişkenlerle (demografik, çalıştığı hastane, AHU ya da SAHU olması vb...) bu hâkimiyet üzerindeki etkilerini ölçmeye çalışmaktır.

Literatürü taradığımızda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak uygulama yönetmeliği hakkındaki bilgi düzeyini araştıran herhangi bir örnek çalışma ile karşılaşılmamıştır. Mevcut birçok çalışma ya hekimlerin aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmadıklarını araştırmış ya da uzmanlık eğitimi aldıkları süreç dahilinde memnuniyet araştırması olarak karşımıza çıkmıştır.

2014 yılında Shukrya ve Ark. tarafından yayımlanan bir araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarına, hasta hakları ve ilişkili yasal düzenlemeler için farkındalık sorgusunda %85,6'sının yeterli farkındalığa sahip olduğunu düşündüğü ortaya konulmuştur. Ancak yine aynı çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarına bu yasal düzenlemeler ile ilgili sorular yöneltildiğinde ise; bilgi düzeyinin %36 gibi bir oranda kaldığı görülmüştür (33). Bizim çalışmamızda ise bu araştırmanın aksine aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine birinci basamak uygulama yönetmeliği için farkındalık sorgusunda 'Evet' diyenlerin oranı %26,2 (n=38) iken; bu farkındalığı anlayabilmek için yöneltilen sorulara verilen yanıtlar için ortaya konulan oran %54,07 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamıza baktığımızda ise beklediğimiz şekilde medeni durumun; fiziki ve teknik şartlara, çalışma usul ve esaslara, E-ASM'ye ve AH performansına ilişkin sorularda anlamlılık bakımından bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Fakat atama ve nakillere ilişkin, tanımlara ilişkin, kişi kaydı ve AH seçimine ilişkin sorulara verilen yanıtlarda anlamlılık bakımından bir fark göze çarpmaktadır ($p<0,05$). Bunlardan evli olan uzmanlık öğrencilerinin 'Atama ve Nakillere' ilişkin bilgi düzeyleri, bekâr

doktorlara göre istatistikî bakımdan anlamlı bir şekilde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,045$; $p<0,05$). Bu sonuç evli olan hekimlerin atama ve nakillerle ilgili güncel mevzuatı yakından takip ettiğini gösterir ki bu da hekimlerin eş durumu nedeniyle şehir değiştirme gibi hayatlarında büyük değişikliklere sebep olacak durumlar göz önüne alındığında doğal görünmektedir ve bu çalışma da bu durumu desteklemektedir.

Daha önce AH uygulamasında görev alanlarla, görev almayanlar arasında alt başlıklarda anlamlı bir istatistiksel fark beklerken çoğunlukla saptanamamıştır. Sadece ‘fiziki ve teknik şartlara ilişkin sorularla ($p=0,006$; $p<0,01$)’ ve ‘kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin sorular ($p=0,048$; $p<0,05$)’ ve alt başlıklarında daha önce aile hekimliği uygulamasında bulunanların bilgi düzeyi anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Bu durum da uzmanlık öğrencilerinin verdiği cevaplarda teorik olarak yeterli olduklarını ancak pratik ve fiziksel donanım ile ilgili sorularda daha önce AH uygulamasında görev yapanlar kadar yeterli olmadıklarını gösterir. Bu sonuç da bize pratik eğitimlerin hem hekimlik mesleği hem de birinci basamak için ne kadar elzem olduğunu bir defa daha kanıtlamaktadır.

Çalışmamızda Bağcılar EAH aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ‘çalışma usul ve esaslara ilişkin bilgi düzeyi’ Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine göre yüksek ($p=0,015$; $p<0,05$) bulunmuştur. Bu durum iki hastanenin aile hekimliği klinikleri arasındaki temel farklardan biri olarak Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH’de E-ASM bulunmaması olarak gösterilebilir. E-ASM ile ilgili literatürü taradığımızda birçok çalışma, aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında birinci basamakta eğitim görmek amacıyla E-ASM rotasyonunun öneminden ve gerekliliğinden bahsetmektedir (34-36). Bir başka çalışmada, katılımcılardan E-ASM’lerin saha eğitimi için gerekli olduğunu düşünenlerin oranının %74 olduğu görülmektedir (37). Yine 2017 yılında aile hekimliği uzmanlık öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %92,7’si aile hekimliği uzmanlık eğitimi için E-ASM’yi gerekli bulmakta ve bu rotasyonun da ortalama 8,22 ay olarak verilmesi gerektiğini belirtmektedir (36). Bu durum, bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup E-ASM rotasyonu bulunan Bağcılar EAH aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ‘çalışma usul ve esaslara ilişkin’ bilgi düzeyinin daha yüksek olmasını açıklar.

2018’de yapılan başka bir çalışmada asistan hekimlerin %75’i verilecek saha eğitiminin E-ASM’lerde yapılması gerektiğini dile getirmiştir ve yine aynı çalışmada saha eğitimi yapılmamalıdır diyen hiçbir katılımcı olmamıştır (38). Bu da bizim çalışmamızdaki yorumu doğrular niteliktedir.

Her bir alt başlığa göre iki EAH’yi incelediğimizde; Bakırköy EAH aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin atama ve nakillere ilişkin bilgi düzeyi ($p=0,009$; $p<0,01$) ve tanımlara ilişkin bilgi düzeyleri ($p=0,037$; $p<0,05$) Bağcılar EAH ‘ye göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Ek olarak diğer alt başlıklarda her iki EAH’de çalışan uzmanlık öğrencilerinin verdiği yanıtlara baktığımızda ise ‘fiziki ve teknik şartlara ilişkin’, ‘kişi kaydı ve AH seçimine ilişkin’, ‘E-ASM’ye ilişkin’ ve ‘AH performans değerlendirmesine ilişkin’ başlıklarda Bakırköy EAH’de çalışan uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeylerinin, Bağcılar EAH’de çalışan hekimlerin bilgi düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklı olmadığı görülmüştür.

Tüm bu verilerden yola çıkılarak, Bakırköy EAH aile hekimliği asistan hekimlerinin aldıkları teorik eğitimlerin Bağcılar EAH aile hekimliği kliniğinden farklı düzeyde olmadığı söylenebilir.

Çalışmada yarı zamanlı uzmanlık öğrencisi (SAHU) hekimlerin anket sorularına verdikleri yanıtlardan yola çıkarak bilgi düzeylerine baktığımızda; fiziki ve teknik şartlara ilişkin ($p=0,001$; $p<0,05$), atama ve nakillere ilişkin ($p=0,001$; $p<0,05$), çalışma usul ve esaslarına ilişkin ($p=0,029$; $p<0,05$), kişi kaydına ilişkin ($p=0,002$; $p<0,05$) ve AH performansına ilişkin sorularda ($p=0,020$; $p<0,05$) tam zamanlı uzmanlık öğrencisi (AHU) hekimlerine kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu tespit ettik. Yarı zamanlı hekimlerin pratik bilgisi ve edindiği deneyim neticesinde tam zamanlı hekimlere kıyasla birinci basamak uygulama yönetmeliğine hâkim olması bizim de beklediğimiz bir sonuçtur. Nitekim; Yakup ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Ankara’da yapılan bir çalışmada,(38) E-ASM’nin aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeyine pozitif olarak etki ettiği gösterilmiştir. Bu da saha eğitimi almanın ve deneyimlemenin önemini vurgulamakta ve bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Sonuçlara başka bir açıdan baktığımızda da E-ASM ile ilgili esaslara dayanan sorularda SAHU hekimlerinin bilgi düzeyinin yüksekliğine dair anlamlı bir sonuç

görülmemiştir. Bu da yine beklediğimiz bir sonuçtur çünkü sözleşmeli aile hekimlerine verilen eğitimin usul ve esaslarına baktığımızda SAHU'lar birinci basamak pratik eğitimini E-ASM'de değil kendi birimlerinde alırlar (39).

Aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgi düzeyi olduğunu düşünme durumunu sorgulayan sorulara verilen cevaplara baktığımızda; fiziki ve teknik şartlara ilişkin ($p=0,002$; $p<0,01$), atama ve nakillere ilişkin ($p=0,044$; $p=0,020$; $p<0,05$), çalışma usul ve esaslarına ilişkin ($p=0,036$; $p<0,05$), kişi kaydına ilişkin sorularda ($p=0,012$; $p<0,05$) yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen doktorların, yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını düşünen doktorlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek puan aldıklarını görürüz.

Buradaki sonuç bizim de beklediğimiz şekilde hekimlerin bilgi düzeyinin yeterliliği ile ilgili farkındalıkları olduğunu bize göstermektedir.

Çalışmada 'fizik ve teknik şartlara ilişkin ($p=0,002$; $p<0,05$)', 'atama ve nakillere ilişkin ($p=0,001$; $p<0,01$)' ve 'kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin sorularda ($p=0,017$; $p<0,05$)' aile hekimliği uygulamaları hakkındaki güncellemeleri sürekli takip edenlerin bilgi düzeyinin, ara sıra ve nadiren takip eden hekimlerin bilgi düzeyinden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu beklediğimiz bir sonuçken diğer alt başlıklarda aynı anlamlılığı görememekteyiz. Bu sonuca bakarak sadece aile hekimliği uygulamaları hakkındaki güncellemeleri takip etmenin hekimlerin bilgi birikimini yeterli düzeyde yükseltmediğini söyleyebiliriz. Bu da tıpkı SAHU'ların bilgi düzeyinin neden yüksek olduğunu açıklamamız gibi sadece teorik bilginin ve güncellemeleri takip etmenin, pratik eğitimler kadar bilgi düzeyini yükseltmediğini göstermektedir.

2018 yılında Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yapılan ve Resmi Gazete'de de yayımlanan değişiklik ile 'eleman' ifadesi değiştirilerek 'aile sağlığı çalışanı' yapılmıştır (40). 2017 yılında İzmir'de Filiz ve arkadaşlarının birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarına yaptıkları bir anket çalışmasında katılımcıların yüksek çoğunluğu Aile Hekimliği Uygulamasında "Aile Sağlığı Elemanı" ifadesinin kullanılmasını doğru bulmadığını ifade etmiştir (41). Nihayet 2018'de bu değişiklik olması gerektiği gibi yapılmıştır.

Çalışmamızda, ‘Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumu tarafından görev verilen ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenine aile sağlığı elemanı denir’ tanım sorusuna katılımcıların %82,8’i doğru cevap verememiştir. Bu sonuç, bariz bir şekilde geçmişte hatalı kurgulanan bir tanım değiştirildiği halde, katılımcıların bunu fark etmediğini gösterir. Buradan da katılımcıların güncellemeleri iyi takip edemediği sonucu çıkmaktadır.



6. SONUÇ

2016 yılında aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada uzman olduktan sonra birinci basamakta çalışmak isteyen hekimlerin oranı %68.8 olarak tespit edilmiştir (42). Yine aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada uzman olduktan sonra birinci basamakta verilecek eğitimin bir parçası olmak isteyip istemediklerinin sorgulandığı bir soruya katılımcıların %76,5'i evet yanıtını vermiştir (37). Yani aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin büyük bir çoğunluğu gelecekte kendilerini birinci basamakta hizmet verirken görmektedir. Bu nedenle birinci basamak uygulama yönetmeliği ve bunun farkındalığı çok önemlidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin pratik eksikliğini giderecek temel çözümün, akademik eğitim ile birinci basamak eğitiminin entegrasyonunu sağlayacak E-ASM'leri tüm Türkiye'deki kliniklerde yaygınlaştırmak, teşvik etmek ve gerekirse bunun için kaynak yaratmak olduğunu söyleyebiliriz. Türkiye'de 2014 yılında yayımlanan yönetmelik ile birlikte üçüncü basamakta verilen uzmanlık eğitimine birinci basamakta alınacak pratik ve kuramsal eğitimler de eklenerek E-ASM'lerin temeli atılmıştır. Bu çok önemli ve değerli bir adımdır. Ancak 2019 yılında yapılan bir araştırmada tüm Türkiye'deki E-ASM sayısı 25'tir (43). E-ASM'lerin sayısı Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin saha eğitim faaliyetlerini karşılamaktan halen çok uzaktadır. Günümüzde birçok aile hekimliği kliniğinde hala E-ASM bulunmamaktadır. Bu sayının ülke çapında eğitim ihtiyaçlarını karşılayabilecek seviyeye gelmesi için yönetmelik, mevzuat ve işleyişle ilgili düzenlemeler yapılması, mevcut E-ASM'lerin geliştirilmesi ve varsa altyapı problemlerinin giderilmesi gerekmektedir. Ayrıca bakanlığın da E-ASM'lerin açılması için aile hekimliği kliniklerini teşvik edici adımlar atmaya başlaması gerekmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin toplam 7 alt başlık üzerinden aile hekimliği uygulama yönetmeliği bilgi düzeyi Ort. Değer %54.07 olarak bulunmuştur. "Aile hekimliği uygulama yönetmeliği hâkimiyeti bu noktada belli seviyelerde gibi gözükse de eksik olarak yorumlanabilir. 'Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği' hizmetin ifasında standartları belirlediği için oldukça değerlidir. Mevcut bilgi düzeyleri düşünüldüğünde yönetmeliğin eğitimciler tarafından bilimsel veriler ile

sentez edilerek ortaya konulması ve çeşitli yöntemlerle öğretilmesinin önemli olduğu aşikârdır. Böylece yönetmeliğe dair hâkimiyetin arttırılabileceği, olabilecek yeni düzenlemelerin de daha verimli olabileceğini söyleyebiliriz. Ancak bu şekilde yönetmeliklerde ve mevzuatlarda bulunan standartları pratik hayata geçirebilir ve daha güçlü bir birinci basamak hizmeti verebiliriz.



KAYNAKÇA

1. YARDIMCI Y, AKBIYIK D, Aypak C, YIKILKAN H, Görpelioglu SJTJOFM, Care P. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. 2016; 10:81-90
2. Oecd O. Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. OECD-World Bank; 2008.
3. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004; 188
4. WONCA. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Barcelona, Spain2002/2011.
5. Grüninger U. Wonca Ağacı -Wonca Tree. Swiss College of Primary Care Medicine 2004/2011;
6. Yaman H. Türkiye'de aile hekimliği alanında yapılan tezlerin kalitatif değerlendirmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2011; 3:1-6
7. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.
8. Görpelioglu S, Korkut F, Aytekin F. Family practice in Turkey. 1995; 12:339-340
9. ÜNLÜOĞLU İ. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar.
10. ALOĞLU N, TAŞLIYAN M. Aile Sağliğı Merkezlerinde Çalışan Sağliğ Personelinin Geçmiş Sistem (Sağliğ Ocakları) İle Bugünkü Sistemi (Aile Hekimliği) Değerlendirmeleri: Kahramanmaraş İl Merkezinde Bir Alan Çalışması. 2:1-14
11. İLGÜN G, ŞAHİN BJHSİD. Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. 2016; 19
12. Ödeme AH, Yönetmeliği S. 30.12. 2010 tarih 27801 sayılı Resmî Gazete <http://www.mevzuat.gov.tr>.
13. Gazete RJRG. Aile Hekimliği Pilot UygulamasıHakkında Kanun. 2004;
14. Çeçem KB, Yusuf Ü, Uğurlu MJAMJ. Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. 2015; 15
15. <https://www.gouvernement.fr/en/health-system-transformation-strategy>. <https://www.gouvernement.fr/en/health-system-transformation-strategy> Erişim Tarihi: 2021 Nisan. 2021. Accessed Nisan, 2021.
16. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_de_en_2.pdf. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_de_en_2.pdf Erişim Tarihi: 2021 Nisan. 2021. Accessed Nisan, 2021.
17. Bundesvereinigung KJBI. Statistische informationen aus dem bundesarztregister. 2019; 31:1-34
18. Busse R, Riesberg AJCWoEOoHS, Policies. Health care systems in transition: summary Germany. 2004;
19. Schlette S, Lisac MB, Kerstin International Journal of Integrated Care. Special series: integrated primary health care: Integrated primary care in Germany: the road ahead. 2009; 9
20. Schulte H, Schulz C. Medizinische Versorgungszentren: Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung versus Selektion und Exklusion von Patientengruppen. Nomos.

21. Association GM.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/ 2021 Nisan Accessed Nisan, 2021.
22. Roland M, Guthrie B, Thomé DCJTJotABoFM. Primary medical care in the United Kingdom. 2012; 25:S6-S11
23. Leeds NIC. General and Personal Medical Services England 2000–2010. 2010;
24. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald BJCdosr. Substitution of doctors by nurses in primary care. 2005;
25. Hippisley-Cox J, Fenty J, Heaps MJQrhLTIC. Trends in consultation rates in general practice 1995 to 2006: analysis of the QRESEARCH database. 2007; 29
26. Schoen C, Doty MMJHP. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. 2004; 67:309-322
27. Freire JM, Navarro-Lopez VJEedbeEMT. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. 2004:239-291
28. Gervás JJS-MdF. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. 2004; 30:245-257
29. Casado Vicente V, Luque Hernández M, Martínez Pérez JA, Medina Ferrer E, Monreal Hajar A, Pita Fernández S, Ramos Natal A, Toquero de la Torre F. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005;
30. Gazete R. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. 2013; 28539
31. Evans JD. Straightforward statistics for the behavioral sciences. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
32. Karagöz Y. SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic Ltd Şti 2014:50-160
33. Khalaf SK, Al-Asadi JN, Abed AH, Shami SA, Al-Shamry H. Knowledge and attitudes towards patient's rights among health care providers in primary care health centers in Basrah. Int J Med Pharm Sci 2014; 4:7-14
34. Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özünal M, Sayalı E, Uzuner A. .Aile hekimliği asistanlarının Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimleri ile ilgili düşünceleri [Çalışma Raporu]2007.
35. Uzuner A, Topsever P, Unluoglu I, Caylan A, Dagdeviren N, Uncu Y, Mazıcıoğlu M, Ozçakır A, Ozdemir H, Ersoy F. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. BMC medical education 2010; 10:1-10
36. Geroğlu B, Alanyalı FM, Can H, Öngel K, Kurnaz MA. İzmir ilinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği disiplini konusunda bilgileri ve uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician 2014; 5:1-7
37. YILDIRIM B. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Asistanlık Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleriyle İlgili Bilgi, Düşünce ve Beklentileri. 2017 Uzmanlık Tezi;
38. YETİŞİR Y. Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde Çalışmanın Aile Hekimliği Asistanlarının Periyodik İzlemler Konusundaki Bilgi Düzeyine Katkısı Ankara-/2018.

39. Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 Tarih ve 406 Sayılı Kararı ile Belirlenen Usul ve Esaslar.
https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_usul_e_saslar.pdf, Nisan 2021.
40. Resmi Gazete S. Sağlıkla İlgili Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 2018.
41. Uysal F, Devebakan N. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRMESİ: İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA.
42. Adıyaman C. Aile Hekimlerinin Uzmanlık Eğitimine Bakışı. 2016 Uzmanlık Tezi;
43. Egici MT, Gökseven Y, Öztürk GZ, Esen ES, Toprak D. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi 2019; 23