



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI VE
UZMANLARININ KENDİ BÖLÜMLERİNE BAKIŞLARI VE BU
BÖLÜMÜ SEÇERKEN DÜŞÜNDÜKLERİ KARIYER PLANLARI**

Dr. Seda Yilmazer

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2022



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI VE
UZMANLARININ KENDİ BÖLÜMLERİNE BAKIŞLARI VE BU
BÖLÜMÜ SEÇERKEN DÜŞÜNDÜKLERİ KARIYER PLANLARI

Dr. Seda Yılmaz

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İrfan Şencan
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca mütevaziliğinden, sabrından ve bilgi birikiminden çok şey öğrendiğim, tez yazım sürecinde her daim desteğini hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. İrfan ŞENCAN'a,

Asistanlık sürecimin her anında olduğu gibi, tez yazım aşamasında da desteklerini esirgemedikleri için sevgili arkadaşlarım Dr. Nurdan DURMUŞ ve Dr. Sultan İlay DEMİR'e,

Tez sürecimin zorlu kısımlarında engin tecrübesinden yararlandığım eniştem Prof. Dr. Hasan GÜLLÜPUNAR'a,

Hayatın her anını paylaştığımız gibi bu zorlu süreçte de sabrını, sevgisini ve özverisini esirgemeyen kıymetli eşim Onur YILMAZER'e

Sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TÜRKİYE'DE TIP TARİHİ	3
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI	4
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	7
2.3. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ.....	8
2.3.1. Almanya	9
2.3.2. Amerika.....	10
2.3.3. İngiltere	11
2.3.4. Fransa	11
2.3.5. Norveç.....	12
2.4. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ.....	13
2.5. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ.....	14
2.5.1. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi.....	17
2.5.2. Klinik Rotasyonlar	18
2.5.3. Eğitimler.....	19
2.5.4. Yarı Zamanlı Uzaktan Eğitim Modeli	19
2.6. TIPTA UZMANLIK SINAVI(TUS).....	20
2.7. TIPTA UZMANLIK TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	28

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	28
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	29
3.5. ARAŞTIRMA KRİTERLERİ	29
3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZLER.....	29
3.7. İZİN VE ETİK KURUL ONAYI	30
4. BULGULAR	31
4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	31
4.2. DEĞİŞKENLER ARASI KARŞILAŞTIRMALAR	34
4.2.1. Katılımcıların Yaşları İle Aile Hekimliği Tercih Amaçları	34
4.2.2. Katılımcıların Medeni Durumları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	35
4.2.3. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	36
4.2.4. Katılımcıların Hekimlik Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	37
4.2.5. Katılımcıların Akademik Unvanları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	39
4.2.6. Katılımcıların Aile Hekimliğinde Geçen Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	40
4.2.7. Katılımcıların Uzmanlık Tercih Sırası ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	42
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHUD	: Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
DHY	: Devlet Hizmet Yükümlülüğü
DR	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NHS	: National Health Service
ÖSYM	: Öğrenci Seçme Ve Yerleştirme Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
WHO	: World Health Organization
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Rotasyon Süreleri (36).....	19
Tablo 2. Tıpta Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Süreleri (46)	24
Tablo 3. Uzmanlık Alanlarına Göre 2021 TUS 1. Dönem Adaylarının Kontenjan, Tercih ve Yerleşme Sayıları ve Puanlarının Dağılımı (44).....	26
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Mesleki Demografik Özellikleri	33
Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Tercihleriyle İlgili Değişkenlerin Dağılımı	33
Tablo 7. Katılımcıların Yaşları İle Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	35
Tablo 8. Katılımcıların Medeni Durumları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	36
Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	37
Tablo 10. Katılımcıların Hekimlik Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	38
Tablo 11. Katılımcıların Akademik Unvanları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	40
Tablo 12. Katılımcıların Aile Hekimliğinde Geçen Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları	42
Tablo 13. Katılımcıların Uzmanlık Tercih Sırası ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları.....	44
Tablo 14. Uzmanlık Alan Memnuniyeti ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı.....	45
Tablo 15. Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı.....	47
Tablo 16. Beklentiler ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	49
Tablo 17. Kariyer ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılım.....	50

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler(7)5
- Şekil 2.** Tıpta Uzmanlık Alanları Seçim Algoritması (43)22



ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlık politikalarında yıllar içerisinde olan değişimle birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeri ve önemi giderek artmıştır. Bu yüzden birinci basamağın en temel kısmını oluşturan aile hekimlerinin duygu, düşünce, memnuniyet ve istekleri önem arz etmektedir. Çalışmamız birinci basamakta daha kaliteli hizmet sunmak için gerekli olan uzmanlık sürecinde yaşanan sıkıntılara, eğitim kalitesine, rotasyon hedeflerine ve hekimlerin kariyer planlarına ışık tutmayı amaçlamaktadır. Aile hekimliği asistanları, uzmanları ve akademisyenlerini içeren bu çalışmamız hekimlerin duygu, düşünce ve beklentilerini öğrenip yönlendirmede bize kılavuzluk edecektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız analitik-tanımlayıcı tipte bir araştırma olup örneklemimizi 10.03.2022-10.05.2022 tarihleri arasında elektronik ortamda(e-posta, sms, telefon, sosyal medya) ulaşılan Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar, aile hekimliği uzmanları ve eğitim/öğretim görevlileri oluşturmaktadır. Çalışmamızda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmış olup, anket 3 ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmaya katılanlara sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yarayan sorular yöneltilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde katılımcılara mesleki demografik özelliklerinin sınıflandırılması amacıyla sorular sorulmuştur. Anket formunun üçüncü ve son bölümü ise araştırmaya katılanların aile hekimliği ile ilgili algılarının tanımlanması amacıyla oluşturulmuştur. Verilerin analizi SPSS 20.0 programı ile gerçekleştirilmiştir, anlamlılık $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza 308 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların %64,3’ü kadın, %32,6’sı 28-29 yaş, yaş ortalaması $31,23\pm6,42$ yıl, %80,2’si aile hekimliği asistanı, %32,5’i Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Sağlık Bakanlığı kadrosundaki hekimler, %68,2’si TUS’ta ilk sırada aile hekimliği tercihi yapanlar, %79,2’si iş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için aile hekimliğini tercih edenlerdir. Aile hekimliği asistanı/uzmanı olanlar genel olarak sosyal faktörlerden dolayı, aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisi olanlar ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevdikleri için aile hekimliğini tercih etmişlerdir. Katılan hekimlerin büyük kısmı bölümlerinden memnunnardı. Katılanların çoğu aile

hekimliğinde uzmanlaşmayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırması açısından doğru bulduğunu belirtti. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu rotasyon sürelerinin yeterli olduğunu ifade etti. Hekimlerin yaklaşık yarısı uzmanlık eğitimini tamamladıklarında yeterli donanıma sahip olacaklarına inanmıyordu. Katılımcılar aile hekimliği uzmanlığının geleceğinden umutlu idi. Hekimlerin kariyer planları arasında yöneticilik yapmak yoktu.

Sonuç ve Öneriler: Aile hekimliği asistan/uzman ve akademisyenleri genel itibariyle kendi bölümlerinde olmaktan memnun olup severek ve isteyerek bölümlerini tercih ettiklerini, aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Bölümün geleceği hakkında endişe duymadıklarını dile getirmişlerdir. Diğer bölümlerle kıyaslandığında aile hekimliği uzmanlığını daha avantajlı bulanlar yarı yarıya bir orana sahiptir. Bu araştırma sonucuna göre elde edilen verilerin aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşanan aksaklıklar noktasında ipuçları vermesinin yanında sahadaki hekimlerin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesine, bu düşüncelerin geleceklerine yön verirken ne denli önemli olduğunu anlamamıza yardımcı olmasını beklemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, Mesleki Memnuniyet, Beklenti, Kariyer

ABSTRACT

Introduction And Aim: With the change in health policies over the years, the place and importance of primary health care services has gradually become stronger. The feelings, thoughts, satisfaction and wishes of family physicians, which constitute the most basic part of this primary care, are important. Therefore, our study aimed to shed light on the difficulties experienced by family physicians in their residency training and residency process, their educational qualifications, their rotation goals and their career plans. This study, which includes family medicine assistants, specialists and academicians, will guide us in learning and directing the feelings, thoughts and expectations of physicians.

Materials and Methods: Our research is an analytical-identifier type of research and our population consists of resident physicians, family medicine specialists and training staff who continue their family medicine residency training in Turkey, which were accessed electronically between 10.03.2022 and 10.05.2022. In our study, a questionnaire form prepared by the researchers was used, and the questionnaire consists of 3 main parts. In the first part, questions were asked to determine the socio-demographic characteristics of the participants. In the second part of the study, questions were asked to the participants in order to classify their occupational demographic characteristics. The third and last part of the questionnaire was created to define the perceptions of the participants about family medicine. 308 people participated in the study. The analysis of the data was performed with the SPSS 20.0 program, the significance was taken as $p < 0.05$.

Results: 308 people participated in our research. 64.3% of the participants were female, 32.6% were 28-29 years old, mean age was 31.23 ± 6.42 . 80.2% were family medicine residents, 32.5% were Ministry of Health Training and Research Hospital-Physicians in the Ministry of Health, 68.2% of them prefer family medicine in the first place in TUS, 79.2% are those who prefer family medicine because they have a good work-social life balance. Those who were family medicine assistants/specialists preferred family medicine because of social factors in general, and those who were family medicine educators/lecturers because they liked to work in primary health care services. Most of the attending physicians were satisfied with

their departments. Most of the participants stated that specialization in family medicine is correct in terms of increasing the quality of primary health care services. The majority of the participants in the study stated that the rotation periods were sufficient. About half of the physicians did not believe that they would be adequately equipped when they completed their residency training. Participants were hopeful about the future of family medicine specialization. Being a manager was not among the career plans of physicians.

Conclusion and Suggestions: Family medicine assistants/specialists and academicians were generally pleased to be in family medicine department. They stated that they preferred their departments willingly and found the education they received sufficient. They expressed that they were not worried about the future of the department. The ratio of those who find family medicine specialty more advantageous compared to other departments is half. The data obtained according to the results of this research will help us to determine the feelings and thoughts of the physicians in the field, as well as giving clues about the problems experienced in family medicine specialty training.

Keywords: Family Medicine Training, Job Satisfaction, Expectation, Career

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği uzmanlığının ortaya çıkışı da bir gereksinim sonucu olmuştur (1).

Leeuwenhorst'un 1974'te yaptığı tanıma göre "Genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder" (1).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansı'nda ilan edilen "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir oturum düzenlemişlerdir. Her iki birliğin ortak kararı ile yayınlanan konferans raporunun özet bölümünde şöyle denmektedir: Bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık alanında, tıp eğitiminde ve diğer eğitim veren tüm kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sunumunda nitelikli hizmete, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır (1).

Yıllar içerisinde aile hekimliği uzmanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artması açısından giderek önem kazanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede olması için yeterli sayıda ve donanımda aile hekimliği uzmanı yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu süreç uzmanlık

eğitim s¼recinin standardize edilmesi, asistan ve uzmanların mesleklerine bakış açılarının değeriendirilmesiyle daha etkili bir hale gelebilir (2).

2010 yılı TUK kararıyla birlikte 18 aya d¼ř¼r¼len rotasyon s¼relerinin ve i¼eriklerinin yeterliliği, asistanlık s¼resince alınan eğitimin asistanlık sonrası sahaya ¼ıkacak uzman hekimlerde yeterli mesleki donanıma sahip olunması noktasında bazı soru işaretleri oluşturmaktadır. Uzmanlık eğitimindeki en önemli ama¼lardan biri mesleki yeterliliğin arttırılmasıdır. Eğitim m¼fredatları uzmanlık b¼l¼m¼yle alakalı bilgi ve becerileri arttıracak, klinik ve sahayı b¼t¼nleřtirebilecek şekilde planlanmalıdır. Aynı zamanda hekimlere kariyer planlama noktasında da yol g¼sterici olmalıdır.

Araştırmanın birinci basamak sağlık hizmetlerinin ¼onemini anlamaya ¼alıřıp, bu alanda uzmanlaşma noktasında yaşanan zorluklara dikkat ¼ekmeyi hedeflemektedir. Literat¼rde aile hekimliği asistanı, aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği eğitim/¼ğretim g¼revlisi olarak ¼¼ akademik unvanı birden kapsayan ¼alıřmaların yeterli olmadığı g¼r¼lm¼ř olup, bu eksikliği gidermek i¼in yapılan ¼alıřmada, aile hekimliği uygulamasının sahaya yansıyan halinden, hekimlerin b¼l¼mleriyle ilgili kariyer beklentilerine kadar geniş bir perspektifle değeriendirme yapmak ama¼lanmıřtır. B¼ylelikle ¼alıřmamız şu anki aile hekimliği uzmanlığı ve uzmanlık eğitim s¼recine ışık tutacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜRKİYE'DE TIP TARİHİ

Osmanlı Devleti zamanında hekimliğin bir bilim dalı ya da meslek olmasının yanında hekimler aynı zamanda sanat icra eden kişiler olarak görülmekteydi. Toplumdaki diğer insanlara göre bilgiyi doğru ve etkin kullanabilmesi, hikmetli olması sebebiyle işinin ehli anlamına gelen “hekim” tabiri bu yüzden daha sık kullanılmıştır (3).

Dünyada tıp tarihine büyük ilgi 19. yüzyılın ortalarına doğru başlamış ve günümüze doğru ivmesi artmıştır. Hekimlik o süreçte pozitif bilimlere dayalı köklere kavuşmuş olup olağanüstü bir güçle ilerlemeye başlamıştır (4).

Cumhuriyetin ilanından sonra girilen toplumsal dönüşüm, etkisini hemen her alanda göstermiştir. Bu dönüşüm içerisinde sağlık alanında olup bitenler de çağı yakalamak isteyen bir ülke için şüphesiz emsal niteliğinde olmuştur. Birkaç batı ülkesi dışında yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık alanında gösterdiği hamle, dünya genelinde yankı uyandırmıştır. Sağlık alanındaki bu vizyon Türkiye'nin o dönemde birçok dünya ülkesi arasında kendine önemli bir yer edinmesine vesile olmuştur. Çağı yakalamanın gereklerinden birinin sağlık alanındaki atılımlarla gerçekleşeceği daha o zamanlarda farkında olunan bir durumdur. Bu kapsamda gelişen sağlık hizmet anlayışının en temel unsurlarından biri; bu alana özel bir bakanlık teşkilatının kurulmasıdır. Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşundan bir gün önce 3 sayılı yasanın yürürlüğe girdiği 2 Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Buradan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin temeli Cumhuriyet'in ilanından önce atılmıştır. Böylelikle Türkiye, bakanlık düzeyinde sağlık hizmetlerinin temsil edildiği lider ülkelerden biri haline gelmiştir (5).

Cumhuriyet'in kurulduğu ilk yıllarda sağlık elemanı ve teşkilatlanması son derece yetersiz olup 1925 yılında ülkedeki tüm resmi kurumlardaki (Sağlık Bakanlığı, Askeri Kurumlar, İl Özel İdareleri gibi) hekim sayısı 1631'dir. Bunun yanında 600 kadar serbest çalışan hekimin bulunduğu varsayılmaktadır. O tarihte 74 il ve 326 ilçe bulunmakta, il merkezlerinden 61'inde sağlık müdürü görev yapmaktadır. İlçe merkezlerinden 96'sında hükümet tabibi bulunmamaktadır (5).

Sağlık yapılanmasında Cumhuriyet'in devam ettirdiği sistem sağlık müdürlüğü hükümet tabipliği sistemidir.

Bu ortamda Cumhuriyet yönetimi önemli bir hizmet atağını başlatarak bütüncül bir sağlık hizmeti planlamıştır. Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren yaklaşık 16 yıl Sağlık Bakanlığı görevini dönemin önemli isimlerinden Dr. Refik Saydam yürütmüştür. Ülkemizdeki bugünkü sağlık yapılanmasının da temellerini atmıştır. Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünüyle ele alınmış ve değerlendirilmiştir. Bu anlayışın bir sonucu olarak, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında yürürlüğe girmiştir (5).

Bu kapsamda Dr. Refik Saydam en ücra köylere kadar, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri götürebilmek için büyük uğraş vermiştir ve bu konuda iki hizmet sunum yöntemi ortaya çıkmıştır. Birincisi, bazı salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı “dikey örgütlenme” modelidir. Buna karşılık Cumhuriyet yönetimi bugünkü “yatay örgütlenme” modelinin de temellerini sağlam bir şekilde atmıştır.. O dönemki hükümet tabipliği sadece tabip ihtiyacını karşılamaya yönelikti ve bütüncül sağlık hizmet anlayışı yoktu. Bu ihtiyacı karşılamak için taşrada küçük çaplı sağlık birimleri kurulması planlanmıştır. Bu birimlerde öncelikle tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmuştur. Bu bağlamda 1924 yılında, diğer ismi dispanser olan “Muayene ve Tedavi Evi” ismiyle, taşrada ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti veren hizmet birimlerinin açılmasına karar verilmiştir (5).

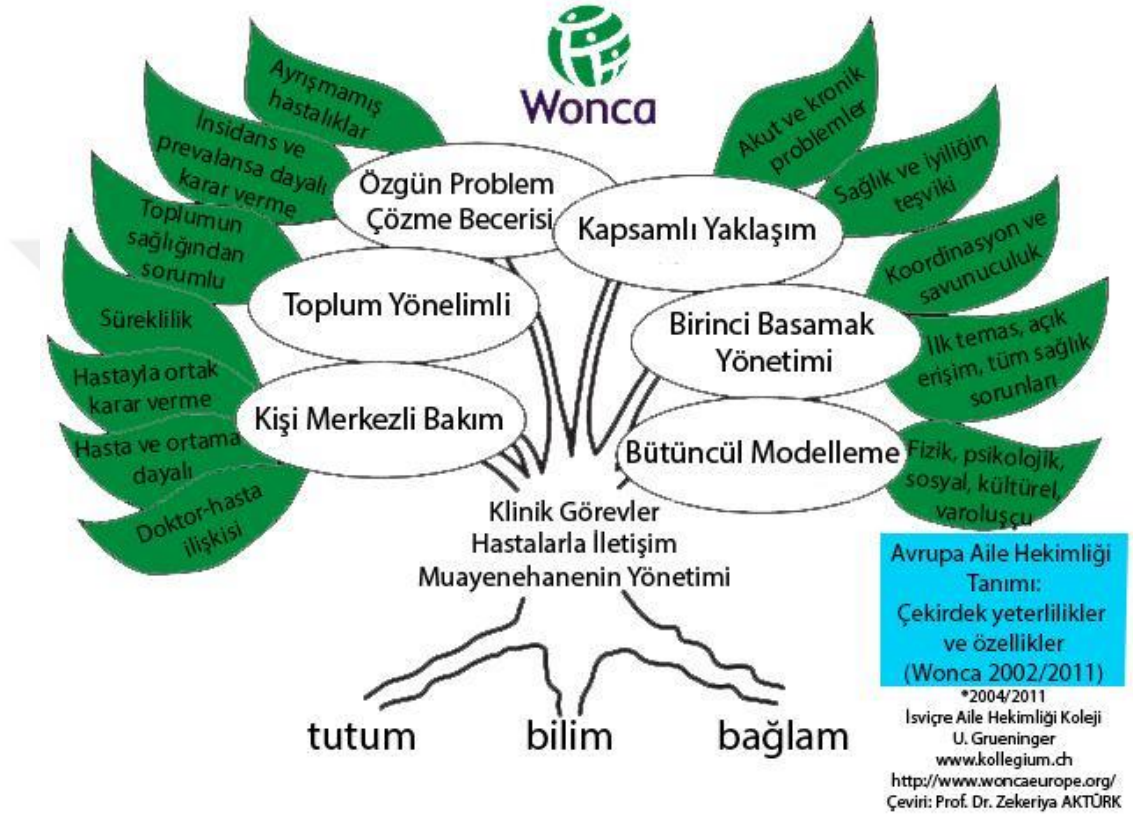
Gün geçtikçe sayıları arttırılmaya çalışılan muayene ve tedavi evleriyle birlikte 1930 yılında sonra yeni bir dönem başlamıştır. Ülkemizde “Sağlık Merkezleri” dönemi başlarken, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile birlikte 1961'den sonra sağlık merkezleri “Sağlık Ocakları” adını almıştır. Hastane hizmetleri ise Cumhuriyet'ten önce daha çok Özel İdare ve Belediye hizmetleri şeklindedir. Sağlık Bakanlığı tedavi edici hastane hizmetlerinde de Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren önemli görevler üstlenmiştir (5).

2.2. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI

Aile Hekimliği, kişi ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, bebeklikten yaşlılığa kadar hayatın bütün dönemlerinde ve süreklilik içinde, ırk, din, dil, cinsiyet, hastalık gibi bir ayırım yapmadan, tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta bütüncül

şekilde ele alınıp biyopsikososyal bir yaklaşımla, nitelikli ve kanıta dayalı bir tıp hizmeti sunabilmek için gerekli donanımı edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (6).

Tanım ve sorumluluklar kapsamında aile hekiminin 6 temel çekirdek yeterliliği tanımlanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler(7)

Aile hekiminin çekirdek yeterlikleri (8)

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

Aile hekimi hastayla ilk temas noktasıdır; sağlıktan yararlanmak isteyen herkese açık bir şekilde ve ayırım gözetmeden hizmet sunar.

Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlayarak bireylere sunulan bakımı planlar, yardımcı sağlık personeli ve diğer uzmanlarla birlikte koordineli çalışarak hastanın tanı ve tedavisine sağlıklı bir şekilde ulaşmasında önemli rol üstlenir.

Kişi merkezli yaklaşımdan dolayı kişi, aile ve topluma yönelik hizmet geliştirir.

Hastalarla görüşme süreci daha samimi bir ortamda gelişir. Bu süreç, doğru ve etkili bir dil kullanıldığında hasta ve doktor arasında güçlü ve güvenilir bir bağ kurulmasını sağlar.

Hastalıkların toplum içindeki *prevalans ve insidansına* dikkat ederek doğru tanı koyma ve gerekli durumlarda sevk etme becerisine sahiptir.

Hastaların akut ve kronik hastalıklarını birlikte değerlendirir.

Ayrışmamış hastalıkları ve akut müdahale gerektiren hastalıkları yönetir.

Doğru yaklaşımla sağlık ve iyilik halini geliştirir.

Toplum sağlığı için spesifik sorumluluklar üstlenir.

Sağlık sorunlarına bütüncül olarak yaklaşır ve bu sorunları fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel boyutlarıyla ele alır (9).

Aile hekimi, kendisine kayıtlı nüfusu bir bütün olarak ele alır ve kişiye özgü bir şekilde sağlık hizmetini planlar, bunu da ekip anlayışı içinde sunar. Aynı zamanda verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını düzenli bir şekilde tutar ve gerekli birimlere bildirimlerini yapar (10).

Sağlık hizmetleri çok yönlü bir sektördür, ancak birinci ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdümlü çalışmasıyla başarıya ulaşabilir, aile hekimliği de bu sistemin vazgeçilmez bir parçası olmuştur (11).

Aile hekimi hastalık öncesi, hastalık anı ve hastalık sonrasını bir bütün olarak değerlendirir, bu safhalarda kişilerin ihtiyaçlarını belirleyip ona göre gerekli tedavi, planlama ve yönlendirmeleri yapar. Bu aşamalar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayrılır:

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık öncesi sıhhatli insanlara verilirken önemi giderek artmaktadır. Hastalık sebepleri sadece kişiye bağlı faktörlerden oluşmaz, çevresel kaynaklar, temiz içme suyuna ulaşmada yaşanan zorluklar, kimyasal faktörler, toplumun kültürel yapısı gibi birçok değiştirilebilir değişkene bağlı ortaya çıkabilir. Bu da koruyucu sağlık hizmetlerini gün geçtikçe önemli hale getirmiştir (12).

Hastalıklardan korunma, sağlığın iyileştirilmesi için verilen hizmetler bu başlık içerisinde yer almaktadır. Bunlar da üç şekilde ele alınır:

Primer Koruma: Yeterli ve dengeli beslenme, çevresel zararlı etkenlerden korunma, aşılama programı, biyolojik ve psikolojik olarak iyi durumda olmak için alınan önlemler primer koruma kapsamındadır.

Sekonder Koruma: Hastalıkların ilerlemesini önlemek için erken tanı ve tedavi önlemlerinin hem bireysel hem de toplumsal bazda alınmasına sekonder koruma denir.

Tersiyer Koruma: Hastalıklara bağlı uzun vadede gelişmesi beklenen sekellerin minimuma indirgenmesi, hastanın psikolojik olarak yeni fiziksel durumuna adapte olması, hayattan ve toplumdan kopmaması için alınan önlemlere tersiyer koruma denir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri içerisinde yer aldığı da düşünülebilir (13).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak tedavi edici sağlık hizmetleri hasta kişilere uygulanan bir sağlık hizmetidir. Kişilerin fiziksel olarak yaşadığı zorlukların yanı sıra maddi olarak da iyilik halinin azalması, bulaşıcı hastalık durumunda toplumdan tecrit edilmesi, toplumun risk altında olması vb. etkenler tedavi edici sağlık hizmetlerinin sağlık sektöründe önemli bir yer teşkil ettiğini göstermektedir (12).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Tıbbın en geniş kavramlarından biri de rehabilitasyondur. Sağlıkta iyilik halinin bozulmasıyla uzun projeksiyonda sakatlık, engellilik gibi durumlar ortaya

çıkabilmektedir. Ancak doğru bir rehabilitasyon hizmetiyle bu durumlarla başa çıkılabilir. Rehabilitasyon hizmetlerinde başlıca amaç; sakatlığı önlemek, sakatlığa bağlı ortaya çıkabilecek ruhsal bozukluğa kişinin uyum sağlamasını geliştirmektir. Rehabilitasyon hizmetleri; önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamalıdır (14).

Rehabilitasyon hizmetleri iki şekilde sunulmaktadır:

Tıbbi Rehabilitasyon: Fiziksel sakatlıklara bağlı fonksiyon kayıplarını iyileştirmektir.

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık sonrası aile, toplum ve iş yaşamına uyum sağlamasını sağlamaktır (13).

2.3. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ

İsim farklılıkları, uygulamada değişiklikler olmasına rağmen dünyanın çoğu yerinde aile hekimliği sistemi birinci basamağın temel taşı oluşturur. Bunun yanında yıllar içerisinde sağlık sisteminde de çok önemli bir yere sahip olmuştur. Buradaki esas konu, aile hekimliği sistemiyle birlikte bireylerin sağlık hizmetlerine sadece tedavi edici kurum olarak bakmalarının önüne geçip koruyucu sağlık hizmetlerinden de yararlanmalarını sağlamaktır (15).

İngiltere’de 1952 yılında Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji (Royal Collage of General Practitioners) kurulmuştur. 1960 yılında Amerika’da Aile Hekimliği görüşü giderek yaygınlaşmıştır. 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından yayınlanan Millis ve Willard raporları ile birincil sağlık hizmetleri konusunda yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” kabul görmüştür. 1969 yılına gelindiğinde de “Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu” (American Board of Family Medicine-ABFM) kurulmuştur (16).

Bu yeni oluşum ve gelişmelerle birlikte üzerinde fikir birliğine varılan aile hekimliği uzmanlığının bütün dünyada kabul gören genel bir tanımına gereklilik duyulmuştur. Bu sebeple 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” başlıklı bir toplantı düzenlenmiştir. Bu toplantıda aile hekimliğinin diğer uzmanlık dallarından çok farklı olduğu vurgusu yapılmıştır (17).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı’ndan çıkan çok önemli sonuçlardan biri de “2000 Yılında Herkese Sağlık” anlayışıyla dünya ülkelerine bazı

hedefler ve planlama gereklilikleri getirmiştir. Bu hedefler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın bütününde çok önemli bir yere sahip olduğu ve bu basamakta verilen hizmetlerin alanında uzmanlaşmış hekimlerce verilmesinin gerekliliği vurgulandığı için dünya ülkeleri sağlık politikalarını özellikle birinci basamak konusunda güçlendirmeye başlamışlardır (17).

Avrupa Birliği tarafından kronik hastalıklarla mücadele, tarama ve hastalıkların önlenmesi, risk faktörlerine karşı önlem alma, sağlığın geliştirilmesi gibi temel konuları ele alan “Halk Sağlığı Programı” hazırlanmıştır. Bu program çerçevesinde hastaların doğru bilgiye ulaşırken alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilmesi ve bunun koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olmasından dolayı ülkelerin sağlık politikalarını belirlerken birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmeti sunumunda öncelik sağlamaları amaçlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulmasında temel görevi aile hekimi ve aile sağlığı elemanı üstlenmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği uygulaması oluşturmaktadır (13).

Bu kısımda coğrafi özellikleri, sağlık parametreleri, nüfusları, yönetim şekilleri, öncelikli sağlık hedefleri gibi konularda değişkenlik gösteren birkaç ülkenin sağlık sistemi ve özellikle aile hekimliği uygulamaları hakkında örnekler verilmektedir.

2.3.1. Almanya

Almanya’da “Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi” denilen ve sosyalleşme kanunları ile ortaya çıkmış sistem geçerliliğini halen korumaktadır. Neredeyse nüfusun %90’ını kapsayan bir sistemle tüm meslek kollarının sigortaları ayrı olup kazanca göre prim miktarları belirlenmektedir. Ve bu nüfusun bir bölümü ya sadece özel sigorta kapsamındadır ya da kamu sigortasına ek olarak özel sigorta altındadır. Nüfusun diğer bölümü sosyal yardım programlarından faydalanabilir. Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde öncelik aile hekimliği uzmanlarında olup, diğer dal uzmanları da kendi unvanlarını kullanmadan muayenehanelerde hizmet verebilirler. Bu muayenehane ve hastanelerde verilen uzmanlık eğitim programının süresi dört yıldır.

Dört yıllık eğitim programının sonunda zorunlu olarak yapılan bitirme sınavı vardır. Birinci basamakta çalışacak hekim için 1994 yılından itibaren uzman olma şartı aranmaktadır (17).

Sağlık teşkilatlanmasında halk sağlığı hizmetleri, ayaktan tedavi hizmetleri ve hastane hizmetleri ayrı ayrı yapılmıştır. Ülkede yaklaşık 350 halk sağlığı merkezi bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet sunan aile hekimleri ve diğer dal uzman hekimlerinin muayenehane ve klinikleri ayakta tedavi hizmeti verirken, yataklı tedaviyi genellikle hastaneler sunmaktadır.

Bireyler istedikleri yerde sağlık hizmeti almada özgürdürler. Ama sevk zinciri olduğu için aile hekimini atlayarak yapılan işlemlerde kişi masraflarını kendi ödemek durumundadır. Sevk zinciri takip edilir ve ilk önce aile hekimine gidilirse gerekli durumlardaki sevk ve yatış işlemleri devlet tarafından karşılanmaktadır (18).

2.3.2. Amerika

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de nüfusun bir kısmı sağlık hizmetine ulaşmada fazlasıyla zorlanırken bir kısmı da devlete maliyeti çok yüksek ve hatta bazen zararlı, gereksiz ve aşırı olarak değerlendirilen bir sağlık hizmeti almaktadır. Bu nedenle Enthoven 1989'da, ABD sağlık sistemini "bir aşırılık ve yoksunluk paradoksu" olarak tanımlamaktadır. Starfield'e göre de, ABD sağlık sistemi yeryüzünün en az kapsayıcı ve en pahalı sistemidir (19).

ABD'de sevk zincirinin düzenli işlediği, basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti yoktur. Kişiler genelde birinci basamakta çalışan pratisyen hekime görünmeden hastalıklarının tanı ve tedavisiyle ilgili, alanında uzmanlaşmış branş hekimlerine yönelmektedir. Branş hekim tercihi çoğunlukla 'alanındaki en iyi hekim' arayışına dönüşmüştür (19).

ABD sağlık şeması, ikinci ve üçüncü basamağın ön planda olduğu, dar bir alana sıkıştırılmış ve fazla önem verilmeyen bir birinci basamaktan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak hizmeti veren çok sayıda hastaneyle, en iyi hocaların bulunduğu az sayıda üniversite hastaneleri sağlık hizmet sunumunda neredeyse temeli oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu şekildeki sağlık örgütlenmesinde dikkati çeken kısım sağlık kurum ve hizmetleri arasında işbirliği olmamasıdır (19).

2.3.3. İngiltere

1948 yılında kurularak günümüze kadar geçerliliğini koruyan NHS (National Health Services) sağlık sistemi Birleşik Krallık'ın sağlık politikasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda temel prensip, tüm vatandaşların kamu hastanelerinde ücretsiz sağlık hizmeti almasına yöneliktir. Bu hastanelerin giderleri toplanan vergiler aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu şekilde sağlık giderlerini vergiler üzerinden karşılayan modele “Beveridge modeli” denilir ve doğuşu Birleşik Krallık'ta olmuştur. Bu model İkinci Dünya Savaşı sonrasında devletin bireylerden ekstra prim almadan sağlık hizmeti sunmasına dayanır. Commonwealth Fund 2015 araştırmasına göre, DSÖ'nün sağlık sistemi değerlendirmelerinde Birleşik Krallık en üst sıradaki sağlık sistemi olmayı başarmıştır (18).

Sağlık şeması genel olarak şöyle yapılanmıştır: Birinci basamak sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla genel pratisyenler tarafından verilmekteyken, ikinci basamak sağlık hizmeti yaygın olarak kamu hastanelerinde verilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti de daha spesifik bir şekilde dal ya da yan dal uzmanları tarafından tıp fakültesi ya da eğitim hastanelerinde verilmektedir. Vatandaşlar istedikleri yerdeki genel pratisyene kayıt yaptıramamaktadır, ancak o bölgeden sorumlu hekim olma şartı vardır. Sistem içerisinde sevk zinciri mevcuttur. Birinci basamağı atlayarak ikinci ya da üçüncü basamakta tedavi olmak isteyen kişi masraflarını cepten ödemek durumundadır. Sevk zinciri takip edilip gerekli durumlarda birinci basamaktan sevki sağlanırsa herhangi bir ücret ödenmemektedir. Yapılan bir çalışmada birinci basamaktan ikinci basamağa sevk oranının %6 olduğu görülmüştür (18).

2.3.4. Fransa

Fransa sağlık sistemi, gelir dağılımı ve sağlık koşullarına bakmadan herkese sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır.

Ülkede genel hekimlere “Aile Hekimliği Uzmanı” unvanı 2004 yılı itibariyle verilmiştir. Aile hekimliğini seçmek isteyen öğrencilere de 2005 yılında uzmanlık eğitiminden önce “Ulusal Sıralama Sınavı”na girme zorunluluğu getirilmiştir. Bu uygulamayla uzman aile hekimi sayısını arttırmak hedeflenmiştir. Fakat 2012 yılına kadar aile hekimliğini tercih etme sıralaması psikiyatri ve toplum sağlığıyla birlikte

son üçü oluşturmaktaydı. Bu durumun sebepleri 2008 yılında yapılan bir tez çalışmasıyla daha aydınlatıcı bir şekilde ortaya konmuştur. Gelir seviyesinin düşük olması, diğer uzmanlık bölümlerine göre göreceli prestij düşüklüğü ve daha az bilinen bir bölüm olmasıydı (20).

Ülkede aile hekimliği uzmanlığı süresi 3 yıldır. Eğitim süresince teorik derslerin yanında 6 ay süreyle 6 farklı serviste rotasyon (dahiliye, acil servis, genel cerrahi, pediatri, kadın doğum hastalıkları ve 2 ayrı aile hekiminin muayenehanesinde staj) yapılmaktadır.

Bulunduğu bölgeye göre ortalama aile hekimi başına düşen hasta sayısı 1000-1500 arasındadır. Her hastaya yaklaşık 15-20 dakika ayırarak günde ortalama 25-30 hasta bakılmaktadır. Haftalık mesai saati yaklaşık 55 saattir. Maaşlar yapılan işlemlere göre ücretlendirilmektedir (20).

Aile hekimliği ile sevk silsilesi içerisinde daha düzenli ve basamaklandırılmış bir sağlık sistemi amaçlanmıştır. 16 yaş üstü herkes aile hekimini bölgesel zorunluluk olmadan seçme özgürlüğüne sahiptir (yazılı sözleşmeyle). Kişi istediği zaman hekimini değiştirebilir, hekim de hastasını kabul ya da reddetme hakkına sahiptir. Sevk zincirinden dolayı ancak aile hekimi uygun ve gerekli gördüğü zaman hastayı bir üst basamağa sevk edebilmektedir (20).

2.3.5. Norveç

Altı yıllık tıp fakültesi eğitiminin ardından hastane ve aile hekimi yanı olmak üzere toplamda bir yıllık “hekim adaylığı” eğitimi bulunmaktadır. Bu eğitim birinci basamakta çalışmak isteyen hekimler için yeterlidir fakat ücret dağılımındaki farklılıklar sebebiyle uzmanlaşma daha popüler bir hal almıştır. Norveç’te aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi toplamda beş yıldır. Bunun da bir yılı hastanede, dört yılı birinci basamakta geçmektedir. 1985’te aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak tanınmasının ardından yeniden sertifikalandırma kuralları uygulanmaya başlanmıştır. Bu sertifika programı 5 yılda bir tekrarlanmayla beraber bazı koşullara tabiidir. Asgari 200 saatlik eğitim ve bilimsel etkinliklerde bulunma şartıyla birlikte bu 5 yıllık süre zarfında minimum 1 yıl seçilmemiş hasta grubuyla klinik yapma şartı yerine getirilmelidir (17).

2.4. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

1961 – yılında 224 sayılı Kanun ile hükümet tabipliğinin kaldırılıp bölge ve nüfus bazlı sağlık ocağı sisteminin kurulması öngörülmüştür.

1983 – yılında 224 sayılı Kanuna uygun bir şekilde sağlık yapılanmasına gidilmiştir. Aynı zamanda Türkiye’de ilk kez Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır.

1984 – Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur.

1985 – Anabilim Dalı kurulmasının akabinde uzmanlık eğitimi Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır.

1990 – Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur.

1992 – Gazi Üniversitesinin ardından ikinci Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gülhane Askeri Tıp Akademisinde kurulmuştur.

1998 – AHUD Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak yeni ismini almıştır.

2000 – Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda(2001-2005) Aile Hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alacağı belirtilmiştir.

2003 – Bu tarihte Bakanlıkça başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) ile aile hekimliği sistemine geçilmesine karar verilmiş olup 9 Aralık 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında hayata geçirilen SDP, sağlık hizmetlerinin yapılanmasında ve bireylere ulaşmasında önemli değişiklikler önermektedir. SDP ile tüm bireylerin eşit, adil, ucuz ve nitelikli bir sağlık hizmeti alması hedeflenmiştir. Bu programda aynı zamanda sağlık sektöründe ortaya çıkan yüksek maliyetlere karşın etkili bir finans yönetimiyle devamlılığın sağlanması en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır (21).

2005 – Kanunun yürürlüğe girmesiyle Aile Hekimliği pilot uygulaması ilk defa Düzce ilinde hayata geçirilmiştir. Bu yeni sistemle birlikte ülkemizde sağlık hizmetlerine doğrudan erişebilme, bebeklikten yaşlılığa kadar hayatın tüm evrelerinde tanı, tedavi ve takip açısından devamlılığı daha kolay sağlama, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda gereksiz yığılmayı önleme ve böylelikle hem zamandan tasarruf etmek hem de iş yükünün eşit dağıtılması amaçlanmıştır (22).

2010 – SDP kapsamında ülke genelinde, 81 ili de içine alacak şekilde, Aralık 2010’da Aile hekimliği uygulaması tümüyle hayata geçirilmiştir (22).

25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır (23).

Koordineli bir sağlık hizmeti sunumu, kronik hastalıklarla mücadele ve hastalıkların taranması, erken tanı ve tedavi, genç nüfusun giderek azalması, çevresel ve kimyasal faktörler gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en karmaşık meselelerdir. Bu sorunlarla baş etmek için etkili ve güçlendirilmiş bir birinci basamağa sahip olmak en önemli konulardan biridir. Bu bağlamda tamamlayıcı, kapsamlı, hasta ve hekim ilişkisini süreç içerisinde en iyi yönetebilecek kişi aile hekimidir (24).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aile hekimliği tanımı 1970’lerin ortalarında tartışılmaya başlanmış olsa da ayrı bir uzmanlık dalı olması görüşü pek kabul görmemiştir. 5 Temmuz 1983 yılına gelindiğinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde aile hekimliği uzmanlığı yer almıştır. Çünkü o tarihe kadar yaklaşık 10 yıldır dünyada uygulanmaya başlanmıştır (14). İlk olarak 1985’te Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitime başlanılmıştır. 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla AHUD ismi TAHUD olarak değiştirilmiş olup kendi alanında ülkemizi dünyada temsil etme yetkisini kazanmıştır. 2001’de WONCA‘ ya temsilci gönderilmiştir (25).

Avrupa Birliği üye ülkeleri 1995 yılında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak doktorların tıp eğitiminden sonra en az 2 sene eğitim almalarını zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılına gelindiğinde Avrupa Birliği bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (26).

2.5. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ

Aile hekimliği branşı, uygulama içeriğinin büyük kısmını diğer branşlarla paylaşır ve bu bütüncül yaklaşımı daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmada kullanır. Ayrıca aile hekimliğinde diğer branşlardan farklı olarak aile yapısı, hekim-hasta ilişkisi, psikoterapi, danışmanlık gibi konular da ele alınmaktadır. Aile hekimliği çok

kapsamlı olup doğumdan ölüme kadar yaşamın tüm evrelerindeki hastalık ve sağlık durumlarını kapsar (27).

Tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği anabilim dalı bünyesinde uzmanlık eğitimi veren üniversite hastanesi ya da eğitim araştırma hastanesinde eğitim alan asistan/araştırma görevlisine aile hekimliği asistanı denir (10).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine ilgi yıllar içerisinde giderek arttığı için aile hekimliği uzmanlığı da bu süre zarfında daha önem kazanmıştır (28).

Uzmanlık eğitiminin ülke çapında standardize edilmesi ve etkili olabilmesi için aile hekimliği uzmanlık eğitiminin müfredatı önemli bir yer teşkil eder. Birinci basamak sağlık hizmetini ulaşılabilir ve kaliteli hale getirmenin temel koşulu da budur. 1985 yılı itibariyle tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dallarında ve eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl olarak belirlenmiştir. 23.06.2010 tarih 82 sayılı Tıpta Uzmanlık Kurul(TUK) kararına dek bu üç yıllık eğitimin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Bu kararla 2010 yılı itibariyle rotasyon süresi 18 aya indirilmiş olup geri kalan 18 aylık süre aile hekimliği ilke ve esaslarını yerinde deneyimlemek için ayrılmıştır (29).

Aile Hekimliği Uzmanlığının yıllar içerisindeki süreci:

- 1983: Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde aile hekimliği yer almıştır.
- 1984: İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur.
- 1985: Üç büyük şehirdeki eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır.
- 25 Temmuz 1990: Ankara'da AHUD kurulmuştur.
- 23-7 Mart 1992: I. Ulusal Sağlık Kongresi'ne AHUD çözüm önerileriyle birlikte katılmıştır.
- 1-2 Eylül 1992: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından Ankara'da "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi" başlıklı bir çalıştay düzenlenmiştir.
- 26-30 Nisan 1993: İlk "Aile Hekimi Eğiticisi" başlıklı seminer Sağlık Bakanlığı ve İngiliz Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji iş birliğiyle Ankara'da düzenlenmiştir.

•16 Temmuz 1993: Aile Hekimliği Anabilim Dallarının tıp fakültelerinde kurulması YÖK'ün 12547 sayılı kararı ile olmuştur.

•17 Eylül 1993: Trakya Üniversitesi bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim dalı kurulmuştur. Kuruluşunun ardından 10 araştırma görevlisini kadrosuna dâhil etmiştir.

•25-26 Kasım 1993: AHUD tarafından I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

•27 Mayıs 1994: Aile hekimliğinde akademik kadroda ilk görevlendirme yapılmıştır.

•26 Ekim 1994: Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulmuştur.

•27 Aralık 1994: AHUD tarafından "Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği" konulu panel İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Bu paneldeki sunumlar kitapçık olarak bir araya getirilmiştir.

•1 Ocak 1995: Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde tıp eğitimi sonrasında birinci basamak hekimi olmak için zorunlu olarak minimum iki yıllık eğitim şartı getirilmiştir.

• 5 Şubat 1995: AHUD İzmir şubesi kurulmuştur.

•10-11 Nisan 1995: İzmir'de düzenlenen "Bağışıklama" isimli kurs AHUD tarafından sertifikalandırılan ilk eğitim çalışması olmuştur.

•15-16 Haziran 1995: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından "Türk-Alman Tıp Günleri ve Aile Hekimliği" paneli gerçekleştirilmiştir. AHUD bu panelin konuşmalarını kitapçık haline getirmiştir.

•7 Eylül 1995: AHUD, WONCA Avrupa bölgesi toplantısına katılmıştır.

•31 Ekim-2 Kasım 1995: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından "Aile Hekimliği" paneli gerçekleştirilmiştir.

•7-8 Aralık 1995: AHUD tarafından "II. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" Ankara'da gerçekleştirilmiştir.

•1 Ocak 1996: Avrupa Birliği üye ülkelerinde birinci basamak hekimlik için şart olan minimum iki yıllık süre üç yıla çıkarılmıştır (30).

Tıp fakültesi öğrencileriyle uzmanlık eğitimi alan asistanların eğitimleri birçok yönden farklılık gösterir. Kişisel deneyim, inanç ve görüş farklılıkları, insanlarla olan iletişim gibi bazı konular öğrenme sürecinde etkili faktörlerdir (31).

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi, kuruluşundan itibaren uzun yıllar sadece hastane rotasyonlarından ibaretti. Saha eğitimi ya da aile hekimliği disiplini anlamaya yönelik eğitim süreci bulunmamaktaydı. TAHUD ve fakülte anabilim dallarına göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yerinde tecrübe edilmemesiyle birinci basamağı tam olarak kavrayamayan hekimler yetişmiş olacaktı, bu yüzden de uzunca bir süre eğitimin tamamının hastane rotasyonlarından oluşmasına karşı çıkmışlardı. Otuz altı aylık eğitim süresinin en azından yarısının birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirilmesinin uygun olacağı kanaatindeydiler. 18.07.2009 tarihinde yürürlüğe giren “Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği” kapsamında 23.06.2010 tarih 82 sayılı TUK’un kararıyla hastane rotasyonları on sekiz aya düşürülmüş olup birinci basamakta alınması gereken eğitim süresi de on sekiz ay olarak belirlenmiştir (32).

Aile hekimliği uzmanlık eğitim süreci 3 temel kısımdan oluşmaktadır (32).

Hastane içi rotasyonlar, birinci basamağı anlamaya yönelik uygulamalı eğitim ve eğitim etkinliklerinden oluşmalıdır. Aile hekimliği sistemi her ne kadar bütüncül olarak hastaya yaklaşıp da büyük kısmında birinci basamak sağlık hizmeti savunuculuğu yapmaktadır, bu yüzden de birinci basamak uygulama ortamı eğitimin vazgeçilmez parçasıdır ve ancak bu ortamda deneyimlenebilir (33).

2.5.1. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin en önemli kısımlarından biri olan uygulama eğitimi, birinci basamak hasta takip ve tedavisi, klinik yaklaşımın öğrenilip doğru ve etkili bir şekilde uygulanabilirliğinin sağlandığı, sık karşılaşılan sorunlarda sorunu yönetme becerisinin kazanıldığı, diğer kliniklerle işbirliği içerisinde çalışma yaklaşımının edinildiği bölümdür. Aile hekimliği esas olarak aile hekimliği uygulamasının yürütüldüğü ortamlarda öğrenilebilir. Amaçlanan öğrenme hedefleri ancak o ortamda belli süre eğitim alınmasıyla hayata geçirilebilir. Birinci basamak için tanımlanmış yetkinlik ve beceriler vardır. Bu becerilerin edinilmesi için aile hekimliği uygulama eğitimi zaruridir. Asistanlar bu eğitim süresince eğitici ve

hocalarının gözetiminde hasta bakımı ve tedavisini üstlenir, kronik hastalıklarla mücadele etmeyi, evde sağlık hastalarına yaklaşımı, hastane rotasyonlarında edindikleri bilgi ve deneyimleri birinci basamakta uygulamayı öğrenirler. Toplumla iç içe olmayı ve toplumsal dinamiklerin sağlık sistemi üzerinde ne denli etkili olduğunu görme fırsatı bulurlar. Bu kazanımlarını da ileride uygulama yapacağı alanla ilişkilendirebilirler (32). Birinci basamak yönetimi, bütüncül yaklaşım, toplum odaklı olma, özgün sorun çözme kabiliyeti, kişi merkezli bakım açısından yeterlilik kazanmaları amaçlanır (34).

Aile hekimliği, batıda aşırı uzmanlaşma yönündeki tercihleri değiştirmiş ve birinci basamağın daha da güçlenmesine zemin hazırlamıştır. Dünyada birçok ülke uygulamada farklılıklar içerse de kişi, aile ve toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastasını multidisipliner bir tıp ahlakı içerisinde değerlendiren aile hekimi, organik patolojiler dışında da birçok konuyla yakından ilgilenmek durumundadır. Kişinin yaşadığı aile ve toplum ortamı, iş durumu gibi sosyal etmenleri de göz ardı etmeden değerlendirme yapar. Toplum hekimliğiyle aile hekimliğinin birleştiği bu yaklaşımda hizmet verilen toplumun dinamikleri, sağlık sorunlarının düzenli olarak araştırılması amaçlanmaktadır (35).

2.5.2. Klinik Rotasyonlar

Uzmanlık eğitiminin 18 ay gibi büyük kısmını kaplayan klinik rotasyonlar aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli kısımlarından biridir. Birinci basamak aile hekimliği uygulama eğitimi esnasında nadir karşılaşılan sağlık sorunlarını tanıyıp değerlendirme, doğru koordinasyonla gerekli durumlarda sevk zinciri oluşturmak rotasyon esnasında deneyimlenebilir. Kendisine kayıtlı nüfusun bakımından sorumlu olan aile hekimi hastalarının ihtiyacı olan ikinci üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yerinde öğrenme fırsatı bulmuş olur (29).

Rotasyonların birinci basamak aile hekimliği uygulama eğitimi esnasında verilen eğitimi destekleme hedefi vardır (32).

Klinik rotasyonların bölümlere göre dağılımı Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Rotasyon Süreleri (36)

ROTASYON SÜRESİ/AY	ROTASYON DALI
4 AY	İç Hastalıkları
4 AY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
3 AY	Kadın Hastalıkları ve Doğum
2 AY	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
1 AY	Acil Tıp
1 AY	Göğüs Hastalıkları
1 AY	Deri ve Zührevi Hastalıkları
1 AY	Kardiyoloji
1 AY	Aşağıdaki dallar arasından uzmanlık öğrencisinin tercihi göz önünde bulundurularak program yöneticisi tarafından seçilen sadece birinde; -Nöroloji, -Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, -Genel Cerrahi

2.5.3. Eğitimler

Kliniklerde aile hekimliği eğitici ve hocaları tarafından verilen eğitim etkinlikleri asistanlık süresince devam eder. Buradaki temel gaye, aile hekimliği asistanlık eğitimi boyunca birinci basamak ve hastane rotasyonlarında kazanılan deneyim, bilgi ve becerileri değerlendirip bütünleştirmek ve asistana birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan aile hekimliği misyonunu yüklemektir (32).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin üç parçasının da 3 yıllık asistanlık dönemine nasıl yerleştirileceği, birbiriyle nasıl bağ kuracağı büyük önem arz etmektedir.

Bu durum aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin özellikle hastane rotasyonları esnasında edindiği disipline bağlı kalmadan kendisine özgü bir bakış açısı ve klinik yaklaşım kazanarak uzmanlaşmasını önemli ölçüde etkileyecektir (32).

2.5.4. Yarı Zamanlı Uzaktan Eğitim Modeli

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” nin yukarıda bahsettiğimiz asistanlık süreci ile benzer yanı çok azdır. Bu modelde;

1. TUS'ta merkezi yerleştirmeye yerleşilmemesi
2. Sözleşmeli olarak aile hekimliğini icra edenlere özel olması
3. Uzaktan ya da yarı zamanlı eğitim şekliyle uygulanması
4. Minimum altı yıllık sürede olması
5. TUK'ta belirlenmiş şartlar doğrultusunda olması

6. Aktif çalışılan aile sağlığı merkezinde çalışmaya devam edilmesi uygun görülmüştür.

Tıp fakültesi anabilim dallarında ya da eğitim araştırma hastanelerinde uygulanan aile hekimliği uzmanlık eğitim modeliyle yarı zamanlı uzaktan eğitim modeli birbirinden farklı işlemektedir. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi belli bir kesimdeki hekimleri kapsamaktadır. Mevcut düzende geçerliliğini koruyan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bütün parametrelerini de karşılamak zorunda değildir. Rotasyon, müfredat ve eğitimin şekli çıkarılan yönetmeliklerle belirlenir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresince mevcut çalışılan aile sağlığı merkezinde “sözleşmeli aile hekimi” olarak çalışmaya devam edilmesi eğitim sürecine farklı bir bakış açısı katmaktadır. Bu sürece “Yerinde Uzmanlık Eğitimi” de denilebilir. Aynı yerde çalışmaya devam ederek uzmanlık eğitimi alınması hasta-hekim ilişkisinin ön plana çıktığı, sahada edinilen tecrübenin değerli olduğu birinci basamak sağlık hizmetinde önem arz etmektedir (37).

2.6. TIPTA UZMANLIK SINAVI(TUS)

Lise eğitimi sonrasında üniversitede tıp fakültesi okuma kararı hekimlik serüveninde başlangıcı oluşturan en önemli karardır. Tıp fakültesinden mezun olunca daha meşakkatli olan uzmanlık sınavıyla karşı karşıya kalınmaktadır. Hekimlikte branşlaşma isteği yıllar içerisinde artmaktadır. Bu da kişinin yaşamında önemli bir yol ayrımıdır. Çünkü bu seçim kişinin ömür boyu devam ettireceği mesleğini, sosyal statüsünü, yaşayacağı şehri, kazanacağı ücreti belirlemektedir (38).

Flexner raporunda, tıp fakültesi müfredatlarının daha özenli hazırlanması ve sağlam bir temele oturtulması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Çünkü kişi ve toplum ancak bu sağlam temellerle iyi bir şekilde kavranabilir (39).

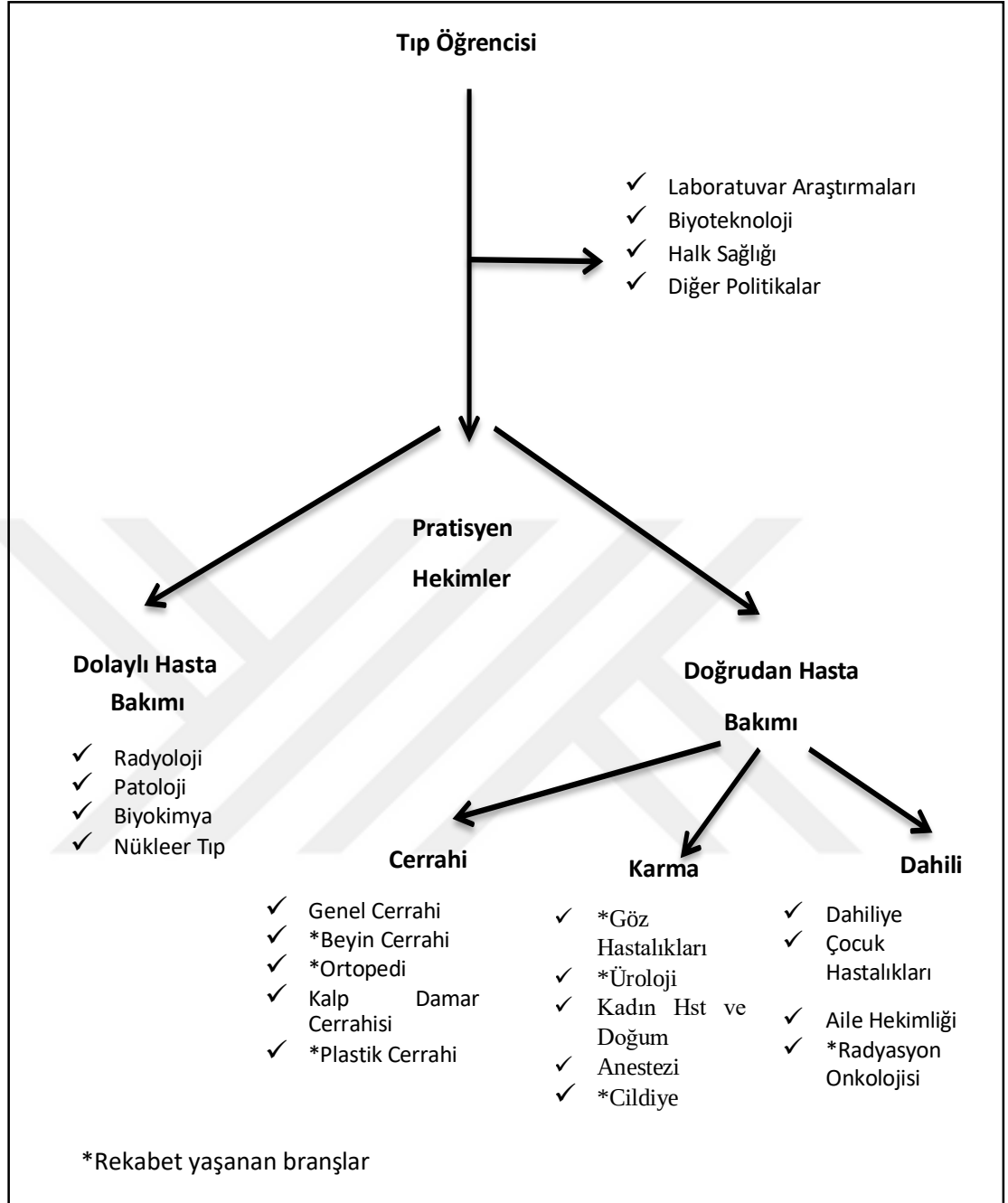
Tipta uzmanlık sınavıyla yerleşilen asistanlık eğitimi, eğitici gözetiminde sunulan bir eğitim programıdır. Üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastanesi

gibi uzman yetiştiren kurumlarda hem hastanın etik kurallar içerisinde doğru tedavi alması sağlanırken hem de asistanın mesleki gelişimi sağlanmaktadır (40).

Tıpta uzmanlık eğitimi sonrasında alanında uzmanlaşmış hekim, kendi bölümüyle ilgili tüm hastalıkların tanı ve tedavisinde tam olarak yetki sahibi olmuş olur. Uzmanlık eğitiminin içeriği ve kalitesi bu yüzden büyük önem arz etmektedir. Hem uzmanlaşan hekim için hem de toplum açısından alınan eğitim gözle görülür farklılıklar yaratmaktadır (41).

Evliya Çelebi'nin hekimleri, cerrahlar, göz hekimleri ve hekimler diye üç kategoriye ayırarak yaptığı sınıflama günümüzde yerini çok fazla ana ve yan dal uzmanlığına bırakmıştır. Bunun önemli sebeplerinden biri de teknolojinin hızla arttığı günümüzde uzmanlık dallarının ihtiyaca binaen farklılaşması ve artmasıdır (42) (Şekil 2).

Değişen ve artan teknolojik gelişmelerle birlikte etkilenen en önemli sektörlerden biri de tıp alanıdır.



Şekil 2. Tıpta Uzmanlık Alanları Seçim Algoritması (43)

Bu evrimleşme mecburen tıbbi etkilemiştir, kullanılan teknik yüksek donanımlı cihazlar, bu cihazların kullanım şekli, uygulama alanları çeşitlenmektedir. Bu da uzmanlaşılacak bölümlerin ana ve yan dal olarak sayısını giderek arttırmıştır. Uzmanlaşmanın temel gayesi, toplum ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte hekimlerin yetişmesidir (42).

TUS; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 26 Nisan 1914 tarih ve 28983 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, Yükseköğretim Kanunu ve ilgili yönetmelikler kapsamında uygulanmaktadır. TUS; tıp fakültelerine bağlı üniversite hastanelerindeki ana bilim dallarına, eğitim ve araştırma hastanelerine, Sağlık Bakanlığı adına tıp fakültesi ya da diğer sağlık kurumlarına, Milli Savunma Bakanlığı ya da İçişleri Bakanlığına bağlı programlarda uzmanlık eğitimi alacak uzman hekim adaylarını belirleyip yerleştirme yapmak amaçlı uygulanmaktadır (44).

1987’ye kadar sınavsız alım yapılan tıpta uzmanlık eğitimi 1987 itibarıyla merkezi bir sınavla(TUS) asistan hekim almaya başlamıştır. TUS, YÖK’e bağlı Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi(ÖSYM) tarafından yapılan ve tıp bilgisini ölçmeye yarayan çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir sınavdır (40).

Sınav toplamda 240 sorunun sorulduğu 120 Temel Tıp Bilimleri alanından 120 Klinik Tıp Bilimleri alanından olmak üzere çift oturum halinde gerçekleştirilir. Sınav sonunda alınan puan miktarı ve türüne göre adaylar yerleşmek istedikleri bölüme girmeye hak kazanırlar. Sonuca göre Eğitim Araştırma Hastaneleri, Tıp Fakülteleri, Adli Tıp Kurumunda uzmanlık eğitime başlanmaktadır. Sınav 6 yıllık tıp eğitimi bilgilerini temel ve klinik şeklinde bütünleştirebilme, tıptaki temel kavram ve disipline hakim olma, yerinde uygulayabilme yeteneğini ölçmeye dayanır (45).

TUS senede iki defa yapılan bir sınavdır. 2018 yılına kadar nisan ve eylül aylarında yapılan sınav 2018 itibarıyla şubat ve ağustos olarak sınav takvimini güncellemiştir. Aynı zamanda 2012 yılına kadar sadece Ankara’da gerçekleştirilen sınav 2012 itibarıyla İstanbul, İzmir, Ankara olmak üzere üç büyük ilde yapılmaya başlanmıştır (46). 2022 itibarıyla de 14 şehirde TUS yapılmaktadır (47). Tıpta uzmanlık ana dalları ve eğitim süreleri Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2.Tıpta Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Süreleri (46)

Uzmanlık Ana Dalı	Eğitim Süresi	Uzmanlık Ana Dalı	Eğitim Süresi
Kalp ve Damar Cerrahisi	5 yıl	Nükleer Tıp	4 yıl
Çocuk Cerrahisi	5 yıl	Tıbbi Biyokimya	4 yıl
Genel Cerrahi	5 yıl	Spor Hekimliği	4 yıl
Ortopedi ve Travmatoloji	5 yıl	Göğüs Hastalıkları	4 yıl
Radyoloji	5 yıl	Halk Sağlığı	4 yıl
Üroloji	5 yıl	İç Hastalıkları	4 yıl
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	5 yıl	Kadın Hastalıkları ve Doğum	4 yıl
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	5 yıl	Göz Hastalıkları	4 yıl
Beyin ve Sinir Cerrahisi	5 yıl	Deri ve Zührevi Hastalıkları	4 yıl
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	5 yıl	Tıbbi Farmakoloji	4 yıl
Kardiyoloji	5 yıl	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	4 yıl
Göğüs Cerrahisi	5 yıl	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	5 yıl	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	5 yıl	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	3 yıl
Nöroloji	5 yıl	Anatomi	3 yıl
Radyasyon Onkolojisi	5 yıl	Hava ve Uzay Hekimliği	3 yıl
Tıbbi Genetik	4 yıl	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	3 yıl
Tıbbi Mikrobiyoloji	4 yıl	Fizyoloji	3 yıl
Tıbbi Patoloji	4 yıl	Histoloji ve Embriyoloji	3 yıl
Acil Tıp	4 yıl	Aile Hekimliği	3 yıl
Adli Tıp	4 yıl	Askeri Sağlık Hizmetleri	3 yıl
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl		

2.7. TIPTA UZMANLIK TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tıpta uzmanlık tercihlerini etkileyen çok sayıda faktörden söz edilebilir. Toplum karşısında sosyal statüye sahip olunması, maddi getirisinin iyi olması, iş-yaşam dengesinin iyi kurulması, sosyal yaşam esnekliği, cinsiyet faktörü, bütüncül tedavi olanakları, hasta-hekim ilişkisini geliştirme yeteneği ve meslektaşlar arasında prestij sahibi olunması gibi faktörler hekimlerin uzmanlık alanlarını belirlemede seçimlerini pozitif yönde etkilemektedir (48).

Tıp öğrencilerinin uzmanlaşmak istedikleri bölümlerin orantısız dağılımı gelecekte hangi bölümlerde doktor eksikliğinin olacağını da belirleyen önemli bir süreçtir. Uzmanlık eğitiminde doğru tercih yapılmasının diğer önemli nedeni; sonrasında yaşanacak çok yoğun çalışma şartlarını maddi ve manevi olarak kaldırabilme durumudur. İyi bir planlamayla uzmanlıkta adil bir dağılım sağlanabilir (49).

Dikici ve arkadaşlarına göre yapılan bir çalışmada 2007 yılında Türkiye'nin dört farklı coğrafi bölgesinde tıp fakültesi birinci sınıfta okuyan öğrencilerde aile hekimliği uzmanlığı tercih etme oranının %5-10 civarında olduğu görülmüştür. Bu oranın düşük olması, toplum ve meslektaşlar arasında itibar eksikliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamağa göre daha önemsiz görünmesi ve maddi kaygılardan ötürüdür (50).

Belli uzmanlık alanlarını tercih eden kişilerde tercih sebeplerini araştıran birçok araştırma kişilik özellikleriyle tercihlerin bağlantılı olup olmadığını çözmeye yönelik yapılmıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde kariyer tercihlerini etkileyen faktörlerin yaş, cinsiyet, kültürel sebepler, ikamet edilen yer, belli kişilik tipleriyle ilintili olma gibi farklı değişkenlere bağlı olduğu görülmüştür. Bu farklı değişkenlerle ortaya çıkan kariyer tercih sebeplerini incelemek önemli bilgiler elde etmeye yarayabilir (51).

Uzmanlık sınavında branş tercihleri yıllar içerisinde farklılık göstermektedir. 2007-2013 yılları arasında yapılan TUS tercihlerini inceleyen bir araştırmaya göre; mesai saatlerinde yoğunluk olan, nöbet sayılarının yüksek olduğu, hastayla sık karşılaşılacak, diğer bölümlere göre daha riskli sayılabilecek bölümlerin daha az tercih edildiği belirtilmiştir (52). Uzmanlık alanlarına göre 2021 TUS 1. dönem adaylarının kontenjan, tercih, yerleşme sayıları ve puanlarının dağılımı Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Uzmanlık Alanlarına Göre 2021 TUS 1. Dönem Adaylarının Kontenjan, Tercih ve Yerleşme Sayıları ve Puanlarının Dağılımı (44)

Uzmanlık Alanı	Kontenjan	Tercih Eden Sayısı	Yerleşen Aday Sayısı			Boş Kalan Kontenjan	Yerleşme Oranı	Puan Türü	Min. Puan	Maks. Puan	Ortalama Puan
			Kadın	Erkek	Toplam						
Acil Tıp	609	1.091	152	257	409	200	67,16	K	45,01	69,47	50,48
Adli Tıp	75	404	36	33	69	6	92,00	K	48,00	63,90	56,76
Aile Hekimliği	575	2.296	396	163	559	16	97,22	K	47,92	66,64	56,14
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	389	1.518	205	166	371	18	95,37	K	45,05	66,76	56,98
Beyin ve Sinir Cerrahisi	130	264	19	63	82	48	63,08	K	45,08	64,42	51,46
Çocuk Cerrahisi	79	187	27	16	43	36	54,43	K	45,03	62,42	51,12
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	744	1.191	360	136	496	248	66,67	K	45,01	66,64	52,70
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	97	1.089	79	16	95	2	97,94	K	49,78	71,68	65,86
Deri ve Zührevi Hastalıkları	88	1.206	57	31	88	0	100,00	K	60,35	78,92	71,18
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	102	1.019	69	26	95	7	93,14	K	48,73	68,55	62,88
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	100	1.267	67	32	99	1	99,00	K	46,89	74,12	67,23
Genel Cerrahi	277	468	45	123	168	109	60,65	K	45,05	65,73	51,69
Göğüs Cerrahisi	76	132	13	17	30	46	39,47	K	45,07	61,29	48,92
Göğüs Hastalıkları	121	810	84	33	117	4	96,69	K	45,62	67,72	54,85
Göz Hastalıkları	129	1.418	74	55	129	0	100,00	K	50,36	73,37	66,80
Halk Sağlığı	87	723	57	23	80	7	91,95	K	52,87	65,65	58,46
İç Hastalıkları	803	1.939	396	317	713	90	88,79	K	45,01	72,84	53,89
Kadın Hastalıkları ve Doğum	391	704	185	90	275	116	70,33	K	45,07	67,97	52,32
Kalp ve Damar Cerrahisi	89	224	11	43	54	35	60,67	K	45,05	62,01	51,96
Kardiyoloji	101	702	31	69	100	1	99,01	K	45,05	71,28	63,01
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	100	1.102	25	75	100	0	100	K	52,74	76,69	67,20
Nöroloji	98	671	56	37	93	5	94,90	K	47,92	71,60	60,19
Nükleer Tıp	39	664	22	16	38	1	97,44	K	45,22	71,11	65,02
Ortopedi ve Travmatoloji	161	616	9	147	156	5	96,89	K	46,80	71,70	59,81
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	66	647	10	56	66	0	100	K	9,15	7,00	9,44

Özellikle cerrahi bölümlerin yerleştirme puanlarında yıllar içerisinde dramatik bir azalma gözlemlenirken, dahili bölüm olarak nitelendirilen deri ve zührevi hastalıklar, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi branşların puanlarında da aynı oranda artış gözlemlenmiştir (53).

1974-2015 yılları arasında Birleşik Krallık'ta tıp fakültesinden mezun öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada özellikle kadınların dermatoloji bölümüne yoğun talep gösterdiği görülmüştür. Bunun sebebi de mesai saatleri, iş sosyal yaşam dengesinin iyi olması, iş ortamı gibi temel konulardır (54).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu 10.03.2022-10.05.2022 tarihleri arasında Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlara, aile hekimliği uzmanlarına ve eğitim/öğretim görevlilerine sosyal medya(twitter, facebook), online ortam(whatsapp, telegram, sms), e-posta ve telefonla ulaşılarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmamız analitik-tanımlayıcı bir araştırma olup, araştırmanın evrenini Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan yaklaşık 3783 aile hekimliği asistanı, yaklaşık 3000 aile hekimliği uzmanı ve 266 eğitim/öğretim görevlisi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem yöntemi olarak online ortamda olasılıksız örneklem yöntemlerinden kolayda örneklem türü olarak belirlenmiştir. Nicel yöntemle gerçekleştirilen bilimsel araştırmalarda genel olarak 30’dan büyük 500’den küçük örneklem büyüklüğünün elde edilecek verilerin analizinde gerekli güvenilirliği sağladığı kabul edilmektedir. Bu nedenle belirlenen sürede 300 katılımcıyla görüşülmesi hedeflenmiştir. Gönüllülük esasına göre anket uygulaması yapılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verileri toplamaya yönelik anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (EK-1). Araştırmada veri toplamak için kullanılan soru formu 3 ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmış olan sorular bulunmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durum, kaç yıldır hekimlik yaptığı, şu an nerede çalıştığı, asistanlıkta kaçınıcı yılında olduğu, aile hekimliği uzmanlığının TUS tercihlerinde kaçınıcı sırada yer aldığı, aile hekimliği uzmanlığını tercih etmedeki birincil sebebin ne olduğu soruları yöneltilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde araştırmaya katılanların mesleki demografik özelliklerinin sınıflandırılması amacıyla sorular bulunmaktadır. Araştırma soru formunun üçüncü ve son bölümü ise araştırmaya katılanların aile

hekimliği ile ilgili algılarının tanımlanması amacıyla oluşturulmuş likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Bu kısımda aile hekimliği ile ilgili toplam 34 madde bulunmaktadır. Bu maddelere 5’li Likert ile cevaplar alınmıştır. Buna göre 1: “kesinlikle katılmıyorum”, 2: “katılmıyorum”, 3: “ne katılıyorum ne de katılmıyorum”, 4: “katılıyorum” ve 5: “kesinlikle katılıyorum” değerlerini ifade etmektedir. Anketi tamamlamak için harcanan süre ortalama 7 dakikadır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri elektronik ortamda hekimlere ulaşarak elde edilmiştir. Sosyal medya, e-posta, sms, telefon, whatsapp, telegram grupları aracılığıyla aile hekimliği asistanı, uzmanı, eğitim/öğretim görevlisi unvanına sahip hekimlere ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimler toplam 43 maddenin yer aldığı anketi doldurmuştur. Anlaşılmayan kısımlarda yardımcı araştırmacı tarafından e-posta ve telefon yoluyla gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır. Araştırmada toplam 320 katılımcıyla görüşülmüştür. Bunlardan 12 anket eksik veri ya da güvenilirlik gerekçesiyle iptal edilmiş ve toplam 308 anket analize alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMA KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil olma kriterleri; Türkiye’de aile hekimliği asistanı, uzmanı ya da eğitim/öğretim görevlisi olması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya almama ve araştırmadan çekilme kriterleri; veri toplama esnasında kişilerin araştırmadan ayrılmak istemesidir. Belirlenen tarih aralığında hedeflenen sayıya ulaşıldığında araştırmaya son verilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Verilerin analizi SPSS 20.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Toplanan verilerin araştırmada tasarlanan analiz türlerinde kullanılıp kullanılamayacağını tespit etmek amacıyla normallik testi yapılmıştır. Bu kapsamda normal dağılımı değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testleri kullanılmıştır.

Daha sonrasında araştırmaya katılanların sınıflandırılması için betimleyici istatistikler ve değişkenler arası ilişki testleri gerçekleştirilmiştir.

3.7. İZİN VE ETİK KURUL ONAYI

Ankara şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan E1-22-2395 sayı numarası ile 09/02/2022 tarihinde ve Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'ndan E-86241737-100--109991 03.03.2022 tarihinde onay alındıktan sonra veri toplanma sürecine başlanmıştır (EK-2).



4. BULGULAR

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Yaş ortalaması $31,23 \pm 6,42$ yıl olarak belirlenen katılımcıların %64,3'ü kadın(n=198), %35,7'si(n=110) erkeklerden oluşmaktadır. %50,6'sı(156 kişi) evli olduğunu belirtirken %49,4'ü(n=152) bekâr olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların yaşları ele alındığında ise %25,3(n=77) 24-27 yaş, %32,6(n=99) 28-29 yaş, %23(n=70) 30-33 yaş, %10,9(n=33) 34-40 yaş ve %8,2(n=25) 41-59 yaş olarak bir dağılım gerçekleşmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılanların %15,9'u(n=49) üniversite kadrosunda çalışırken; %26,9'u(n=83) Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi/üniversite kadrosunda, %32,5'i(n=100) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı kadrosunda, %10,4'ü(n=32) il merkezinde aile sağlığı merkezinde(ASM), %8,1'i(n=25) ilçe merkezinde ASM'de ve %6,2'si(n=19) diğer kurum ve kuruluşlarda çalışmaktadır (Tablo 4).

Araştırmaya katılanların %62'si(n=191) 5 yıl ve daha az bir süredir hekimlik görevini yürütürken; %22,1'i(n=68) 6-10 yıl aralığında, %7,5'i(n=23) 11-15 yıl aralığında ve %8,4'ü(n=26) ise 15 yıl ve üstü bir süreden beri hekimlik görevlerini yürütmektedirler. Bunun yanında araştırmaya katılanların %25,2'si(n=77) “1 ay-1 yıl”, %29,2'si(n=89) “1 yıl-2 yıl”, %31,1'i(n=95) “2.5– 3yıl”, %9,5'i(n=29) “3.5 - 7 yıl” ve %4,9'u(n=15) “8-30 yıl” sürelerinde aile hekimliği asistanlığında ya da uzmanlığında görev yapmaktadırlar. Ayrıca araştırmaya katılanların %80,2'si(n=247) aile hekimliği asistanı, %16,9'u(n=52) aile hekimliği uzmanı ve %2,9'u(n=9) ise aile hekimliği öğretim görevlisidir (Tablo 5).

Araştırmaya katılanların %68,2'si(208 kişi) aile hekimliğini ilk sırada tercih yaparken; %15,4'ü(n=47) 2-3 aralığında, %6,9'u(n=21) 4-6 aralığında, %4,3'ü(n=13) 7-10 aralığında ve %5,2'si(n=16) 12-30 aralığında tercihte bulunmuşlardır (Tablo 6).

Birden fazla cevap seçeneğinin işaretlenebildiği ve aile hekimliğini tercih amaçlarının sorulduğu başka bir soruda ise araştırmaya katılanların %42,9'u(n=132) “birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için”, %22,7'si(n=70) “maddi getirisi iyi olduğu için”, %76,3'ü(n=235) “nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için”,

%79,2'si(n=244) “iş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için”, %43,8'i(n=135) “hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceğim için” ve %9,1'i(n=28) “rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için” cevabını vermişlerdir (Tablo 6).

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Medeni Durum			Cinsiyet		
Değişken	n	Yüzde(%)	Değişken	n	Yüzde(%)
Evli	156	50,6	Kadın	198	64,3
Bekar	152	49,4	Erkek	110	35,7
Toplam	308	100,0 %	Toplam	308	100,0%
Yaş					
24-27 Yaş	77	25,3	34-40 Yaş	33	10,9
28-29 Yaş	99	32,6	41-59 Yaş	25	8,2
30-33 Yaş	70	23	Toplam	304	100,0%
Görev Yapılan Kurum					
Üniversite Hst.	49	15,9	İl Merkezi Devlet Hst.	3	1,0
SB Eğitim ve Arşt. Hst. Üniv. Kadrosu	83	26,9	İlçe Merkezi ASM'de	25	8,1
SB Eğitim ve Arşt. Hst. SB Kadrosu	100	32,5	İlçe Devlet Hst.	4	1,3
İl Merkezi ASM'de	32	10,4	Köy ASM'de	3	1,0
Diğer	9	2,9	Toplam	308	100,0%

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Mesleki Demografik Özellikleri

Akademik Unvan			Hekimlik Yapılan Yıl Süresi		
Değişken	n	Yüzde(%)	Değişken	n	Yüzde(%)
Aile Hekimliği Asistanı	247	80,2	0-5 Yıl	191	62
Aile Hekimliği Uzmanı	52	16,9	6-10 Yıl	68	22,1
Aile Hekimliği Eğitim/Öğretim Görevlisi	9	2,9	11-15 Yıl	23	7,5
Toplam	308	100,0%	15 Yıl ve Üstü	26	8,4
			Toplam	308	100,0%
Aile Hekimliği Uzmanlığı / Asistanlığında Geçen Süre					
1 Ay – 1 Yıl	77	25,2	3,5 Yıl – 7 Yıl	29	9,5
1 Yıl– 2 Yıl	89	29,2	8 Yıl-30 Yıl	15	4,9
2,5 Yıl – 3 Yıl	95	31,1	Toplam	305	100,0%

Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Tercihleriyle İlgili Değişkenlerin Dağılımı

Aile Hekimliği Uzmanlığının TUS'taki Tercih Sırası		
Değişken	n	Yüzde(%)
1. Tercih	208	68,2
2-3 Tercih	47	15,4
4-6 Tercih	21	6,9
7-10 Tercih	13	4,3
12-30 Tercih	16	5,2
Toplam	305	100,0%
Aile Hekimliği Tercih Amacı (Soruda çoklu tercih imkanı verilmiştir)		
Değişken	n	Yüzde(%)
Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	132	15,6
Maddi getirisi iyi olduğu için	70	8,3
Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	235	27,8
Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	28	3,3
İş sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	244	28,9
Hastalara bütüncül (biyopsikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	135	16
Toplam	844	100,0%

4.2. DEĞİŞKENLER ARASI KARŞILAŞTIRMALAR

Çalışmada araştırmaya katılanlara aile hekimliği uzmanlığını tercih etmedeki amaçları sorulmuş ve bu soruya birden çok seçenekle cevap verebilecekleri belirtilmiştir. Bu soruya dayalı olarak elde edilmiş olan veriler araştırmaya katılanların yaş düzeyleri, medeni durumları, cinsiyetleri, kaç yıldır aile hekimliği yapıyor oldukları, akademik unvanları ve TUS'ta aile hekimliğini tercih sıraları gibi değişkenlerle karşılaştırılmıştır.

4.2.1. Katılımcıların Yaşları İle Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Yaşa göre aile hekimliği uzmanlığı tercih amaçları ele alındığında; 24-27 yaş aralığında olanların %39'u birinci basamakta çalışmayı sevdiği için, %18,2'si maddi getirisi iyi olduğu için, %84,4'ü nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için, %13'ü rol model aldığı kişi ve kişiler olduğu için, %81,8'i iş-sosyal yaşam dengesi olduğu için ve %44,2'si hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceği için aile hekimliğini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

28-29 yaş aralığındaki katılımcıların %34,3'ü birinci basamakta çalışmayı sevdiği için, %16,2'si maddi getirisinin iyi olduğu için, %80,8'i nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için, %7,1'i rol model aldığı kişi ve kişilere sahip olduğu için, %83,8'i iş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için ve %37,4'ü hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti verilebileceğine inandığı için bu cevapları vermiştir.

30-33 yaş aralığındaki katılımcıların %47,1'i birinci basamakta çalışmayı sevdiğini, %28,6'sı maddi getirinin iyi olduğunu, %80'i nöbet tutma zorunluluğunun olmadığını, %10'u rol model kişi ya da kişilere sahip olduğunu, %80'i iş-sosyal yaşam dengesinin olduğunu ve %52,9'u hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceğini ifade etmiştir.

34-40 yaş aralığındaki katılımcıların %54,5'i birinci basamakta çalışmayı sevdiği için, %33,3'ü maddi getirisi iyi olduğu için, %63,6'sı nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için. %6,1'i rol model aldığı kişi ya da kişiler olduğu için, %72,7'si iş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için ve %39,4'ü hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceği için aile hekimliği branşını tercihi ettiğini belirtmiştir.

41-59 yaş aralığında olanların ise %64'ü birinci basamakta çalışmayı sevdiğini, %32'si maddi getirisinin iyi olduğunu, %44'ü nöbet tutma zorunluluğu

olmadığını, %8'i rol model kişi ya da kişilere sahip olduğunu, %68'i iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olduğunu ve %56'sı hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceğini belirtmiş ve bu nedenle aile hekimliğini tercih ettiğini ifade etmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Yaşları İle Aile Hekimliği Tercih Amaçları

	Aile Hekimliği Tercih Amaçları							Toplam
	Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül (biyopsikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için		
24-27 Yaş	n	30	14	65	10	63	34	77
	Yaş İçindeki Yüzde	39,0%	18,2%	84,4%	13,0%	81,8%	44,2%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzde	22,9%	20,3%	27,9%	35,7%	25,9%	25,2%	
	Toplam Yüzde	9,9%	4,6%	21,4%	3,3%	20,7%	11,2%	25,3%
28-29 Yaş	n	34	16	80	7	83	37	99
	Yaş İçindeki Yüzde	34,3%	16,2%	80,8%	7,1%	83,8%	37,4%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzde	26,0%	23,2%	34,3%	25,0%	34,2%	27,4%	
	Toplam Yüzde	11,2%	5,3%	26,3%	2,3%	27,3%	12,2%	32,6%
30-33 Yaş	n	33	20	56	7	56	37	70
	Yaş İçindeki Yüzde	47,1%	28,6%	80,0%	10,0%	80,0%	52,9%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzde	25,2%	29,0%	24,0%	25,0%	23,0%	27,4%	
	Toplam Yüzde	10,9%	6,6%	18,4%	2,3%	18,4%	12,2%	23,0%
34-40 Yaş	n	18	11	21	2	24	13	33
	Yaş İçindeki Yüzde	54,5%	33,3%	63,6%	6,1%	72,7%	39,4%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzde	13,7%	15,9%	9,0%	7,1%	9,9%	9,6%	
	Toplam Yüzde	5,9%	3,6%	6,9%	0,7%	7,9%	4,3%	10,9%
41-59 Yaş	n	16	8	11	2	17	14	25
	Yaş İçindeki Yüzde	64,0%	32,0%	44,0%	8,0%	68,0%	56,0%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzde	12,2%	11,6%	4,7%	7,1%	7,0%	10,4%	
	Toplam Yüzde	5,3%	2,6%	3,6%	0,7%	5,6%	4,6%	8,2%
Toplam		131	69	233	28	243	135	304
		43,1%	22,7%	76,6%	9,2%	79,9%	44,4%	100,0%

4.2.2. Katılımcıların Medeni Durumları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Medeni durumunu evli olarak belirtenlerin %46,2'si birinci basamakta çalışmayı sevdiğini, %29,5'i maddi getirisinin iyi olduğunu, %74,4'ü nöbet tutma zorunluluğunun olmadığını, %9'u rol model kişi ve kişilere sahip olduğunu, %77,6'sı iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olduğunu ve %42,9'u hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceğini belirtmiş ve bu gerekçelere dayalı olarak aile hekimliğini tercih ettiğini söylemiştir. Bekar olanların ise %39,5'i birinci basamakta çalışmayı

sevdiği için, %15,8'i maddi getirisi iyi olduğu için, %78,3'ü nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için, %9,2'si rol model aldığı kişi ya da kişiler olduğu için ve %42,9'u hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceği için aile hekimliğini tercih ettiğini ifade etmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Medeni Durumları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amacı						Toplam
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül(biyopsikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	
Medeni Durum	n	72	46	116	14	121	67	156
	Evli	46,2%	29,5%	74,4%	9,0%	77,6%	42,9%	
	Tercih Amacı	54,5%	65,7%	49,4%	50,0%	49,6%	49,6%	
	Toplam Yüzde	23,4%	14,9%	37,7%	4,5%	39,3%	21,8%	50,6%
	n	60	24	119	14	123	68	152
	Bekar	39,5%	15,8%	78,3%	9,2%	80,9%	44,7%	
	Tercih Amacı	45,5%	34,3%	50,6%	50,0%	50,4%	50,4%	
	Toplam Yüzde	19,5%	7,8%	38,6%	4,5%	39,9%	22,1%	49,4%
Toplam		132	70	235	28	244	135	308
		42,9%	22,7%	76,3%	9,1%	79,2%	43,8%	100,0%

4.2.3. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Aile hekimliği tercih amaçlarının cinsiyete göre dağılımıyla ilgili ayrıntılı veriler ele alındığında kadınların %81,3 ile iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %79,3' ile nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %42,9 ile hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %39,9 ile birinci basamakta çalışmayı sevmeye, %16,7 ile maddi getirinin iyi olması ve %10,6 ile rol model alınan kişi ya da kişilerin olması amacıyla bölümlerini tercih ettikleri görülmektedir. Erkeklerle bakıldığında ise %75,5'in iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olduğunu, %70,9'unun nöbet tutma zorunluluğunun olmadığını, %48,2'sinin birinci basamakta çalışmayı sevdiğini, %33,6'sının maddi getirinin iyi olduğunu %45,5'inin hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabileceğini ve %6,4'ünün rol model alabileceği kişi ya da kişiler olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amacı						Toplam
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş- sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül(biyopsiko sosyal) bir sağlık hizmeti sunabilecek eğitim için	
Cinsiyet	n	79	33	157	21	161	85	198
	Kadın Cinsiyet İçindeki Yüzdesi	39,9%	16,7%	79,3%	10,6%	81,3%	42,9%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	59,8%	47,1%	66,8%	75,0%	66,0%	63,0%	
	Toplam Yüzde	25,6%	10,7%	51,0%	6,8%	52,3%	27,6%	64,3%
	n	53	37	78	7	83	50	110
	Erkek Cinsiyet İçindeki Yüzdesi	48,2%	33,6%	70,9%	6,4%	75,5%	45,5%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	40,2%	52,9%	33,2%	25,0%	34,0%	37,0%	
	Toplam Yüzde	17,2%	12,0%	25,3%	2,3%	26,9%	16,2%	35,7%
	Toplam	132	70	235	28	244	135	308
		42,9%	22,7%	76,3%	9,1%	79,2%	43,8%	100,0%

4.2.4. Katılımcıların Hekimlik Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Araştırmaya katılan ve 0–5 yıl arasında hekimlik görev süresine sahip olduğunu söyleyenlerin %83,2’si nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için, %82,2’si iş ve sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için, %42,4’ü hastalara bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunulabileceği için, %36,6’sı birinci basamakta çalışmayı sevdiği için ve %10,5’i rol model aldığı kişi ya da kişiler olduğu için aile hekimliğini seçtiğini söylemiştir.

6-10 yıl arasında hekimlik görevini sürdürdüğünü söyleyenlerin %77,9’u iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %73,5’i nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %48,5’i birinci basamakta çalışmayı sevmesi, %44,1’i hastalara bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %27,9’u maddi getirisinin iyi olması ve %5,9’u rol model aldığı kişi ya da kişilerin olması gerekçeleriyle aile hekimliğini tercih ettikleri görülmektedir.

Hekimlik süresini 11-15 yıl olarak belirtenlerin %82,6’sı iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olması nedeniyle aile hekimliğini seçtiğini söylerken, %60,9’u nöbet

tutma zorunluluğunun olmaması, %56,5'i birinci basamak sağlık hizmetinde çalışmayı sevmesi, %47,8'i hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %30,4'ü maddi getirisinin iyi olması ve %8,7'sinin rol model aldığı kişi ya da kişiler olması nedenlerini tercih sebebi olarak ifade etmişlerdir.

Hekimlik süresini 15 yıl ve daha üstü olarak belirtenlerin ise %61,5'i birinci basamakta çalışmayı sevdiği için, %57,7'si iş ve sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için, %50'si hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olduğu için, %46'sı nöbet tutma zorunluluğunun olmadığı için ve %7,7'si rol model aldığı kişi ya da kişiler olduğu için aile hekimliğini tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Hekimlik Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amaçları						Toplam
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül(biyops ikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	
Hekimlik Yapılan Süre	n	70	35	159	20	157	81	191
	Hekimlik Y. Süre İçindeki Yüzdesi	36,6%	18,3%	83,2%	10,5%	82,2%	42,4%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	53,0%	50,0%	67,7%	71,4%	64,3%	60,0%	
	Toplam Yüzde	22,7%	11,4%	51,6%	6,5%	51,0%	26,3%	62,0%
	n	33	19	50	4	53	30	68
	Hekimlik Y. Süre İçindeki Yüzdesi	48,5%	27,9%	73,5%	5,9%	77,9%	44,1%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	25,0%	27,1%	21,3%	14,3%	21,7%	22,2%	
	Toplam Yüzde	10,7%	6,2%	16,2%	1,3%	17,2%	9,7%	22,1%
	n	13	7	14	2	19	11	23
	Hekimlik Y. Süre İçindeki Yüzdesi	56,5%	30,4%	60,9%	8,7%	82,6%	47,8%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	9,8%	10,0%	6,0%	7,1%	7,8%	8,1%	
	Toplam Yüzde	4,2%	2,3%	4,5%	0,6%	6,2%	3,6%	7,5%
	n	16	9	12	2	15	13	26
	Hekimlik Y. Süre İçindeki Yüzdesi	61,5%	34,6%	46,2%	7,7%	57,7%	50,0%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	12,1%	12,9%	5,1%	7,1%	6,1%	9,6%	
	Toplam Yüzde	5,2%	2,9%	3,9%	0,6%	4,9%	4,2%	8,4%
Toplam		132	70	235	28	244	135	308
		42,9%	22,7%	76,3%	9,1%	79,2%	43,8%	100,0%

4.2.5.Katılımcıların Akademik Unvanları ile Aile Hekimliği Tercih

Amaçları

Aile hekimliği asistanı olanların %79,8'i iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %79,4'ü nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %41,7'si birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesi, %40,5'i hastalara bütüncül bir sağlık hizmetinin sunulabilecek olması, %20,6'sı maddi getirisinin iyi olması ve %9,3'ü rol model aldığı kişi ya da kişiler olması gerekçeleriyle aile hekimliklerini tercih etmişlerdir.

Aile hekimliği uzmanı olanların %80,8'i iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %69,2'si nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %55,8'i hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %46,2'si birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesi, %36,5'i maddi getirisinin iyi olması ve %7,7'si rol model alınan kişi ve kişiler olması nedenleriyle aile hekimliğini tercih etmiştir.

Unvanını aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisi olarak belirtenlerin ise %66,7'si hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olmasını, %55,6'sı birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesi, yine %55,6'sı iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %33,3'ü nöbet tutma zorunluluğunun olmaması ve %11,1'i ise rol model aldığı kişi ya da kişiler olmasını gerekçe göstererek aile hekimliğini tercih ettiğini belirtmiştir. Ayrıca akademik unvanını öğretim görevlisi olarak belirtenlerin hiçbir maddi getirisinin iyi olması gerekçesiyle aile hekimliğini tercih ettiğini söylememiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Akademik Unvanları ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amaçları						Toplam
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül (biyopsiko sosyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	
Akademik Unvan	n	103	51	196	23	197	100	247
	Aile hekimliği asistanı							
	Akademik Unvan İçindeki Yüzdesi	41,7%	20,6%	79,4%	9,3%	79,8%	40,5%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	78,0%	72,9%	83,4%	82,1%	80,7%	74,1%	
	Toplam Yüzde	33,4%	16,6%	63,6%	7,5%	64,0%	32,5%	80,2%
	n	24	19	36	4	42	29	52
	Aile hekimliği uzmanı							
	Akademik Unvan İçindeki Yüzdesi	46,2%	36,5%	69,2%	7,7%	80,8%	55,8%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	18,2%	27,1%	15,3%	14,3%	17,2%	21,5%	
	Toplam Yüzde	7,8%	6,2%	11,7%	1,3%	13,6%	9,4%	16,9%
	n	5	0	3	1	5	6	9
	Aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisi							
Akademik Unvan İçindeki Yüzdesi	55,6%	0,0%	33,3%	11,1%	55,6%	66,7%		
Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	3,8%	0,0%	1,3%	3,6%	2,0%	4,4%		
Toplam Yüzde	1,6%	0,0%	1,0%	0,3%	1,6%	1,9%	2,9%	
Toplam		132	70	235	28	244	135	308
		42,9%	22,7%	76,3%	9,1%	79,2%	43,8%	100,0%

4.2.6. Katılımcıların Aile Hekimliğinde Geçen Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Aile hekimliğindeki görev süresini 1 yıla kadar belirtenlerin %80,5'i iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %79,2'si nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %51,9'u hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %44,2'si birinci basamakta çalışmayı sevmesi, %18,2'si maddi getirisinin iyi olması ve %13'ü rol model aldığı kişi ya da kişilerin olması gerekçelerini aile hekimliğini tercih etmedeki amaçları olarak belirtmişlerdir.

Aile hekimliği görev süresini 1-2 yıl aralığında belirtenlerin %86,5'i iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %79,8'i nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %48,3'ü

hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunulabilecek olması, %40,4'ü birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesi, %24,7'si maddi getirisinin iyi olması ve %9'u rol model aldığı kişi ya da kişilerin olması nedenlerini tercih sebebi olarak ifade etmiştir.

Görev süresini 2–3 yıl aralığında belirtenlerin %80'i nöbet tutma zorunluluğunun olmamasını, %76,8'i iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olmasını, %41,1'i birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesini, %36,8'i hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunma fırsatı bulabileceğini, %25,3'ü maddi getirisinin iyi olduğunu ve %7,4'ü rol model aldığı kişi ya da kişilerin olduğunu aile hekimliğini tercih etme sebepleri arasında göstermiştir.

Görev süresini 3–7 yıl aralığında belirtenlerin %69'u iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %58,6'sı nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, %41,4'ü birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevmesi, %27,6'sı maddi getirisinin iyi olması, %24,1'i hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabilmesi ve %3,4'ü rol model aldığı kişi ya da kişilerin olması sebeplerini aile hekimliğini tercih etme amaçları olarak sıralamışlardır.

Görev süresini 8-30 yıl aralığında gösterenlerin ise %66,7'si birinci basamak sağlık hizmeti alanında çalışmayı sevmesi, %60'ı iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, %46,7'si nöbet tutma zorunluluğunun olmaması ve yine %46,7'si hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabilecek olması ve %6,7'si maddi getirisinin iyi olması gerekçeleriyle aile hekimliğini tercih ettiğini söylerken; hiç biri rol model aldığı kişi ya da kişilerin olduğunu belirtmemiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Aile Hekimliğinde Geçen Süreleri ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amaçları						Toplam
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül(biyopsikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	
Aile Hekimliğinde Geçen Süre	n	34	14	61	10	62	40	77
	Aile Hek. Geçen Süre İçindeki Yüzdesi	44,2%	18,2%	79,2%	13,0%	80,5%	51,9%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	26,0%	20,3%	26,3%	38,5%	25,7%	30,3%	
	Toplam Yüzde	11,1%	4,6%	20,0%	3,3%	20,3%	13,1%	25,2%
	n	36	22	71	8	77	43	89
	Aile Hek. Geçen Süre İçindeki Yüzdesi	40,4%	24,7%	79,8%	9,0%	86,5%	48,3%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	27,5%	31,9%	30,6%	30,8%	32,0%	32,6%	
	Toplam Yüzde	11,8%	7,2%	23,3%	2,6%	25,2%	14,1%	29,2%
	n	39	24	76	7	73	35	95
	Aile Hek. Geçen Süre İçindeki Yüzdesi	41,1%	25,3%	80,0%	7,4%	76,8%	36,8%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	29,8%	34,8%	32,8%	26,9%	30,3%	26,5%	
	Toplam Yüzde	12,8%	7,9%	24,9%	2,3%	23,9%	11,5%	31,1%
	n	12	8	17	1	20	7	29
	Aile Hek. Geçen Süre İçindeki Yüzdesi	41,4%	27,6%	58,6%	3,4%	69,0%	24,1%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	9,2%	11,6%	7,3%	3,8%	8,3%	5,3%	
	Toplam Yüzde	3,9%	2,6%	5,6%	0,3%	6,6%	2,3%	9,5%
	n	10	1	7	0	9	7	15
	Aile Hek. Geçen Süre İçindeki Yüzdesi	66,7%	6,7%	46,7%	0,0%	60,0%	46,7%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	7,6%	1,4%	3,0%	0,0%	3,7%	5,3%	
	Toplam Yüzde	3,3%	0,3%	2,3%	0,0%	3,0%	2,3%	4,9%
Toplam		131	69	232	26	241	132	305
		43,0%	22,6%	76,1%	8,5%	79,0%	43,3%	100,0%

4.2.7. Katılımcıların Uzmanlık Tercih Sırası ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

Araştırmaya katılanların aile hekimliği tercih sırası ile aile hekimliği tercih amaçları arasındaki ilişki incelendiğinde, genel olarak tercih amaçlarına katılım oranı tercih sırası gerilere doğru düştükçe azaldığı söylenebilir. Birinci basamakta çalışmayı sevdiği için aile hekimliğini tercih ettiğini söyleyenlerin %71'i aile hekimliğini ilk sırada

tercih ederken; %13,6'sı 2-3 tercih aralığında, %5,3'ü 4-6 tercih aralığında, %4,5'i 7-10 tercih aralığında ve %5,3'ü ise 12-30 tercih aralığında tercih ettiğini söylemiştir. Maddi getirisi iyi olduğu amacıyla aile hekimliğini tercih ettiğini belirten katılımcıların %68,1'i ilk sırada, %15,9'u 2-3 aralığında, %7,2'si 4-6 aralığında, %4,3'ü 7-10 aralığında ve %4,3'ü 12-30 aralığında aile hekimliklerini tercih etmişlerdir. Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için aile hekimliğini tercih ettiğini belirtenlerin ise %75,5'i aile hekimliğini ilk sırada tercih ederken; %17,6'sı 2-3 sırada, %5,6'sı 4-6 sırada, %4,3'ü 7-10 sırada ve %5,2'si 12-30 sırada aile hekimliğini tercih etmişlerdir.

Rol model aldığı kişi ya da kişilerin olmasını tercih sebebi olarak gösterenlerin %67,9'u aile hekimliğini ilk sırada, %28,6'sı 2-3 sırada, %3,6'sı 4-6 sırada aile hekimliğini tercih ederken; 7. tercihten sonra bu amaç hiç ifade edilmemiştir. İş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması nedeniyle aile hekimliğini tercih ettiğini söyleyenlerin %70'i aile hekimliğini ilk sırada tercih ederken; %15'i 2-3 tercih aralığında, %6,6'sı 4-6 tercih aralığında, %3,3'ü 7-10 tercih aralığında ve %5,9'u 12-30 tercih aralığında gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunabileceği inancıyla aile hekimliğini tercih ettiğini söyleyenlerin ise %69,6'sı aile hekimliğini ilk sırada tercih ederken; %14,8'i 2-3 sırada, %4,4'ü 4-6 sırada, %5,2'si 7-10 sırada ve %5,9'u 12-30 sırada tercihlerini gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Uzmanlık Tercih Sırası ile Aile Hekimliği Tercih Amaçları

		Aile Hekimliği Tercih Amaçları						
		Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için	Maddi getirisi iyi olduğu için	Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için	Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için	İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için	Hastalara bütüncül(biyop sikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için	Toplam
Uzmanlık Tercih Sırası	n	94	47	157	19	170	94	208
	Uzm.Tercih Sırası İçindeki Yüzdesi	45,2%	22,6%	75,5%	9,1%	81,7%	45,2%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	71,2%	68,1%	67,4%	67,9%	70,0%	69,6%	
	Toplam Yüzde	30,8%	15,4%	51,5%	6,2%	55,7%	30,8%	68,2%
	n	18	11	41	8	37	20	47
	Uzm.Tercih Sırası İçindeki Yüzdesi	38,3%	23,4%	87,2%	17,0%	78,7%	42,6%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	13,6%	15,9%	17,6%	28,6%	15,2%	14,8%	
	Toplam Yüzde	5,9%	3,6%	13,4%	2,6%	12,1%	6,6%	15,4%
	n	7	5	13	1	16	6	21
	Uzm.Tercih Sırası İçindeki Yüzdesi	33,3%	23,8%	61,9%	4,8%	76,2%	28,6%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	5,3%	7,2%	5,6%	3,6%	6,6%	4,4%	
	Toplam Yüzde	2,3%	1,6%	4,3%	0,3%	5,2%	2,0%	6,9%
	n	6	3	10	0	8	7	13
	Uzm.Tercih Sırası İçindeki Yüzdesi	46,2%	23,1%	76,9%	0,0%	61,5%	53,8%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	4,5%	4,3%	4,3%	0,0%	3,3%	5,2%	
	Toplam Yüzde	2,0%	1,0%	3,3%	0,0%	2,6%	2,3%	4,3%
	n	7	3	12	0	12	8	16
	Uzm.Tercih Sırası İçindeki Yüzdesi	43,8%	18,8%	75,0%	0,0%	75,0%	50,0%	
	Tercih Amacı İçindeki Yüzdesi	5,3%	4,3%	5,2%	0,0%	4,9%	5,9%	
	Toplam Yüzde	2,3%	1,0%	3,9%	0,0%	3,9%	2,6%	5,2%
Toplam		132	69	233	28	243	135	305
		43,3%	22,6%	76,4%	9,2%	79,7%	44,3%	100,0%

Araştırmaya katılanlara aile hekimliğiyle ilgili alan memnuniyeti, uzmanlık eğitimi, beklenti ve kariyere yönelik algılarının tanımlanabilmesi amacıyla 34 maddenin yer aldığı anket soruları yöneltilmiş olup alınan cevapların dağılımı aşağıdaki tablolarda görülmektedir (Tablo 14, 15, 16, 17). Anketin Cronbach Alfa değeri de 0,794 olarak belirlenmiştir.

Tablo 14. Uzmanlık Alan Memnuniyeti ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maddeler										
Uzmanlık eğitimi aldığım alanı seçmiş olmaktan dolayı memnunum	13	4,2	11	3,6	39	12,7	131	42,5	114	37,0
Diğer kliniklerle karşılaştırıldığında kendi bölümümü genel olarak avantajlı görüyorum	9	2,9	10	3,2	32	10,4	133	43,2	124	40,3
Bir aile hekimi olarak mesleki açıdan mutlu olduğumu düşünüyorum	15	4,9	40	13,0	79	25,6	109	35,4	65	21,1
Sağlık disiplini bütüncül olarak anlayıp kavramaktan ötürü memnunum	9	2,9	10	3,2	44	14,3	145	47,1	100	32,5
Malpraktis açısından riskinin daha az olduğunu düşünüyorum	21	6,8	29	9,4	68	22,1	114	37,0	76	24,7
Nöbet tutmak zorunda olmamak, acil hasta olmamasından dolayı iş ve sosyal yaşamın dengeli olduğunu düşünüyorum	0	0	8	2,6	12	3,9	121	39,3	160	51,9
Sabit nüfus olması bölgeye hizmet etme kolaylığı sağladığı için bunu avantajlı buluyorum	8	2,6	16	5,2	58	18,8	140	45,5	86	27,9
Aile hekimliği uzmanı olarak özgür ve özerk hissediyorum/hissedeceğim	17	5,5	31	10,1	84	27,3	110	35,7	66	21,4
Aile hekimliği uzmanlığının görev ve sorumluluklarının net olduğunu düşünüyorum	62	20,1	92	29,9	92	29,9	44	14,3	18	5,8
Holistik(bütüncül) yaklaşımı benimsemesinden ötürü vatandaşların aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu düşünüyorum	21	6,8	57	18,5	98	31,8	90	29,2	42	13,6

Uzmanlık alan memnuniyeti ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar; Uzmanlık eğitimi aldığım alanı seçmiş olmaktan dolayı memnunum maddesine %42,5(n=131) ile katılıyorum, diğer kliniklerle karşılaştırıldığında kendi bölümümü genel olarak avantajlı görüyorum maddesine %43,2(n=133) ile katılıyorum, bir aile hekimi olarak mesleki açıdan mutlu olduğumu düşünüyorum maddesine %35,4(n=109) ile katılıyorum, sağlık disiplini bütüncül olarak anlayıp kavramaktan ötürü memnunum maddesine %47,1(n=145) ile katılıyorum, malpraktis açısından riskinin daha az olduğunu düşünüyorum maddesine %37(n=114) ile katılıyorum, nöbet tutmak zorunda olmamak, acil hasta olmamasından dolayı iş ve sosyal yaşamın dengeli olduğunu düşünüyorum maddesine %51,9(n=160) ile kesinlikle katılıyorum, sabit nüfus olması bölgeye hizmet etme kolaylığı sağladığı için bunu avantajlı buluyorum maddesine %45,5(n=140) ile katılıyorum, aile hekimliği uzmanı olarak özgür ve özerk hissediyorum/hissedeceğim maddesine %35,7(n=110) ile katılıyorum, aile hekimliği uzmanlığının görev ve sorumluluklarının net olduğunu düşünüyorum maddesine %29,9(n=92) ile katılmıyorum, Holistik(bütüncül) yaklaşımı benimsemesinden ötürü vatandaşların aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu düşünüyorum maddesine %31,8(n=98) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum şeklindedir (Tablo 14).

Tablo 15. Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi bence yeterli	17	5,5	27	8,8	46	14,9	109	35,4	109	35,4
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının süresi yeterlidir	19	6,2	46	14,9	42	13,6	111	36,0	90	29,2
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında, saha eğitimi (1. Basamak ortamında) mutlaka gereklidir	3	1,0	5	1,6	12	3,9	66	21,4	222	72,1
Eğitim sürecimizde saha eğitimi uygulanıyor ve yeterli buluyorum	52	16,9	63	20,5	77	25,0	68	22,1	48	15,6
Hastane rotasyonlarında aldığımız eğitimi içerik olarak yeterli buluyorum	48	15,6	74	24,0	81	26,3	71	23,1	34	11,0
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin toplum yönelimli verildiğini düşünmüyorum	25	8,1	64	20,8	109	35,4	75	24,4	35	11,4
Hastane rotasyonlarında o bölümün asistan eksikliğini kapatmak için çalıştığımızı düşünüyorum	7	2,3	27	8,8	42	13,6	91	29,5	141	45,8
Uzmanlık eğitimini tamamladığımda her koşulda çalışabilecek donanıma sahip olacağıma inanıyorum	29	9,4	64	20,8	118	38,3	68	22,1	29	9,4
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde eğitim faaliyetlerinin(kongre, sempozyum) diğer bölümlere kıyasla daha fazla olduğunu düşünüyorum	50	16,2	79	25,6	103	33,4	56	18,2	20	6,5
Aile hekimliğinde uzmanlaşmayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini arttırmasından dolayı doğru buluyorum	6	1,9	9	2,9	25	8,1	124	40,3	144	46,8
Asistanlık eğitimi süresince kendi bölümümüzden koordinatör bir hoca olmasını önemli buluyorum	5	1,6	4	1,3	12	3,9	101	32,8	186	60,4
Fakültede hocalarımızın aile hekimliği uzmanlığını seçmemde önemli ölçüde rol model olduğunu düşünüyorum	103	33,4	79	25,6	58	18,8	34	11,0	34	11,0
Aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olmalıdır(evde sağlık hizmetleri, palyatif bakım, sigara bırakma, obezite vb)	30	9,7	31	10,1	58	18,8	62	20,1	127	41,2

Uzmanlık eğitimi ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar; Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi bence yeterli maddesine %35,4(n=109) ile kesinlikle katılıyorum, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının süresi yeterlidir maddesine %36(n=111) ile katılıyorum, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında, saha eğitimi (1. Basamak ortamında) mutlaka gereklidir maddesine %72,1(n=222) ile kesinlikle katılıyorum, eğitim sürecimizde saha eğitimi uygulanıyor ve yeterli buluyorum maddesine %25(n=77) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, hastane rotasyonlarında aldığımız eğitimi içerik olarak yeterli buluyorum maddesine %26,3(n=81) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin toplum yönelimli verildiğini düşünmüyorum maddesine %35,4(n=109) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, hastane rotasyonlarında o bölümün asistan eksikliğini kapatmak için çalıştığınızı düşünüyorum maddesine %45,8(n=141) ile kesinlikle katılıyorum, uzmanlık eğitimi tamamladığımda her koşulda çalışabilecek donanıma sahip olacağıma inanıyorum maddesine %38,3(n=118) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde eğitim faaliyetlerinin(kongre, sempozyum) diğer bölümlere kıyasla daha fazla olduğunu düşünüyorum maddesine %33,4(n=103) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, aile hekimliğinde uzmanlaşmayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini arttırmasından dolayı doğru buluyorum maddesine %46,8(n=144) ile kesinlikle katılıyorum, asistanlık eğitimi süresince kendi bölümümüzden koordinatör bir hoca olmasını önemli buluyorum maddesine %60,4(n=186) ile kesinlikle katılıyorum, fakültede hocalarımızın aile hekimliği uzmanlığını seçmemde önemli ölçüde rol model olduğunu düşünüyorum maddesine %33,4(n=103) ile kesinlikle katılmıyorum, aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olmalıdır(evde sağlık hizmetleri, palyatif bakım, sigara bırakma, obezite vb) maddesine %41,2(n=127) ile kesinlikle katılıyorum şeklindedir (Tablo 15).

Tablo 16. Beklentiler ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceğini diğer bölümlere kıyasla daha iyi görüyorum	16	5,2	66	21,4	122	39,6	60	19,5	44	14,3
Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceği hakkında endişeliyim	12	3,9	42	13,6	73	23,7	124	40,3	57	18,5
Asistanlık eğitimi bittikten sonra nerede çalışacağıma dair kaygılarım var	18	5,8	30	9,7	57	18,5	102	33,1	101	32,8
Kaygılarımdan ötürü uzmanlık eğitimini/uzmanlığı yarıda bırakmayı düşündüm	105	34,1	97	31,5	52	16,9	28	9,1	26	8,4
Asistanlık eğitimi bitince ekonomik olarak tatmin olduğumu/olacağımı düşünüyorum	61	19,8	70	22,7	96	31,2	62	20,1	19	6,2
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin gün geçtikçe artacağını düşünüyorum	16	5,2	22	7,1	56	18,2	123	39,9	91	29,5

Beklentiler ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar; Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceğini diğer bölümlere kıyasla daha iyi görüyorum maddesine %39,6(n=122) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceği hakkında endişeliyim maddesine %40,3(n=124) ile katılıyorum, asistanlık eğitimi bittikten sonra nerede çalışacağıma dair kaygılarım var maddesine %33,1(n=102) ile katılıyorum, kaygılarımdan ötürü uzmanlık eğitimini/uzmanlığı yarıda bırakmayı düşündüm maddesine %34,1(n=105) ile kesinlikle katılmıyorum, asistanlık eğitimi bitince ekonomik olarak tatmin olduğumu/olacağımı düşünüyorum maddesine %31,2(n=96) ile ne katılıyorum ne

katılmıyorum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin gün geçtikçe artacağını düşünüyorum maddesine %39,9(n=123) ile katılıyorum şeklindedir(Tablo 16).

Tablo 17. Kariyer ile İlgili Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelikti	22	7,1	40	13,0	88	28,6	101	32,8	57	18,5
Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı idarecilik yapmaktı	131	42,5	103	33,4	55	17,9	11	3,6	8	2,6
Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı akademisyen olmaktı	77	25,0	72	23,4	81	26,3	45	14,6	33	10,7
Aile hekimliği uzmanlığında akademisyen olmayı diğer bölümlere kıyasla daha avantajlı buluyorum	40	13,0	32	10,4	99	32,1	87	28,2	50	16,2
Aile hekimliği uzmanlığında akademisyen sayısının yetersiz olduğunu düşünüyorum	9	2,9	15	4,9	62	20,1	125	40,6	97	31,5

Kariyer ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar; Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelikti maddesine %32,8(n=101) ile katılıyorum, bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı idarecilik yapmaktı maddesine %42,5(n=131) ile kesinlikle katılmıyorum, bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı akademisyen olmaktı maddesine %26,3(n=81) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum, aile hekimliği uzmanlığında akademisyen olmayı diğer bölümlere kıyasla daha avantajlı buluyorum maddesine %32,1(n=99) ile ne katılıyorum ne katılmıyorum,

aile hekimliği uzmanlığında akademisyen sayısının yetersiz olduğunu düşünüyorum maddesine %40,6(n=125) ile katılıyorum şeklindedir(Tablo 17).



5. TARTIŞMA

Sağlık sektöründe birinci basamak sağlık hizmetleri her geçen gün önemini arttırmaktadır. Dünya ülkelerinin hemen hepsi birinci basamak sağlık hizmetlerinin payını arttırmaya yönelik sağlık politikaları geliştirmektedir. Birinci basamağın temel işleyişini oluşturan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarını kapsayan çalışmalar önemli bir yere sahiptir. Buradan elde edilecek veriler sağlık sektöründeki eksiklikleri gidermek, sağlık hizmetlerine kolay erişilebilirliği sağlamak, hizmet kalitesini arttırmak için önem arz etmektedir (55).

Çalışmamıza 308 kişi katılmış olup yaş ortalaması $31,23 \pm 6,42$ yıl olarak hesaplanmıştır. Farklı bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $31,4 \pm 6,9$ yıl olarak bulunmuştur (29). 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların yaşı 24 ile 47 arasında farklılık göstermekte olup yaş ortalamaları $28,6 \pm 2,9$ olarak tespit edilmiştir (56). Aynı şekilde araştırmaya katılanların %62'si 5 yıl ve daha az bir süredir hekimlik görevini yürütmektedir. Benzer çalışmalarda da yaşların birbirine yakın olması aile hekimliği uzmanlık eğitimi sorunlarına çoğunlukla daha genç yaşlardaki hekimlerin ilgi gösterdiği sonucunu çıkarmamıza yardımcı olacaktır. 104 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da katılımcıların %62,5'i 11 ve 20 yıl arasında görev yapan hekimlerden oluşmaktadır (16). Bu çalışmadaki katılımcılar bizim çalışmamızın aksine hekimlik süresi daha uzun olan kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların %80,2'si aile hekimliği asistanı, %16,9'u aile hekimliği uzmanı ve %2,9'u ise aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisidir. 2017 yılında Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, %64,8'i araştırma görevlisi, %8,3'ü uzman doktordur (33). Aile hekimliği asistan ve uzmanlarında asistan sayısının uzman ve akademisyenlerden daha fazla olmasından kaynaklı benzer çalışmalarda asistan hekimlere daha fazla ulaşıldığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların en büyük kısmını %32,5 ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Sağlık Bakanlığı kadrosunda çalışan hekimler oluşturmaktadır. Fakat hemen hemen tüm kurumlarda çalışan hekimlerin görüşü alınabilmiştir. 2021 yılında Sakarya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmanın %59,8'ini eğitim araştırma hastanesi hekimleri oluşturmaktadır (29). Başka bir

çalışmada da %64,9 gibi büyük bir oranı eğitim araştırma hastanelerinde çalışan uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır (57). Bu da ülkemizde eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi için diğer hastanelere göre daha fazla kadro açıldığını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %68,2'lik kısmı TUS tercihleri esnasında aile hekimliğini ilk sıraya, %15,4'ü ikinci ya da üçüncü tercihine yazmıştır. 2004-2006 yılları arasında Türkiye'de dört farklı üniversitede 770 tıp fakültesi 1. Sınıf öğrencisi arasında yapılan çalışmada aile hekimliği uzmanlığını tercih etme oranı en düşük bulunmuştur(%0,9) (50). 2014 yılında İzmir'de bulunan eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi alan aile hekimi asistanları üzerinde yapılan bir çalışmada da TUS'ta aile hekimliği uzmanlığını ilk sırada tercih edenlerin oranı %16,4 olarak bulunmuştur (58). Çalışmalardan da anlaşılabacağı üzere sağlık politikalarında yapılan değişiklikler, birinci basamağın sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanması, aile hekimliği uzmanlığının prestijini arttırması gibi sebeplerle yıllar bazında aile hekimliği uzmanlığını tercih etme oranı giderek artmıştır çıkarımı yapılabilir.

Araştırmaya katılanlara aile hekimliği uzmanlığını tercih etme sebepleri sorulduğunda %76,3'lük büyük kısmı “nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için” cevabını vermiştir. Buna ek olarak diğer klinik branşlarla kıyaslandığında iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, acil hizmetinin olmaması, birinci basamak hekimliğinin daha kapsamlı olması, maddi getirisinin iyi olması gibi faktörler düşünülebilir. İsviçre'de 522 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen tıp fakültesi 4. Sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, tercih edilen bölümle cinsiyet arasındaki ilişkide anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kadın hekimler dahili branş olan pediatri, aile hekimliği gibi bölümlere daha fazla ilgi gösterirken, erkek hekimler cerrahi bölümlere daha yoğun talep göstermektedir (59). Guraya ve Almahamry'nin 2018 yılında tıp fakültesi üçüncü ve beşinci sınıfta okuyan 220 öğrenci üzerinde yaptığı bir çalışmada, uzmanlık seçiminde tercihleri etkileyen faktörler araştırılmıştır. Çıkan sonuca göre uzmanlık dalını seçerken ön plana çıkan faktör yetenek olarak görülmüştür (60). Yapılan çalışmalardan çıkan sonuçları derlediğimizde branş seçiminde etkili olan faktörlerin çok parametrelili olduğu görülmüş olup, yıllar

içerisinde hekimler arasında popüler olan bölümlerin de giderek farklılaştığı dikkati çekmektedir.

Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde her yaş açısından genel olarak iş ve sosyal yaşam dengesinin iyi olmasından dolayı ilk sıralarda tercih sebebi olduğu görülmüştür. Tüm yaşlarda tercih sebepleri arasında son sıralamada “rol-model aldığım kişi ya da kişiler olması” gelmektedir. 24-59 yaş aralığındaki hekimlerle yaptığımız çalışmada yaş ilerledikçe birinci basamakta çalışmayı sevdiği için aile hekimliğini tercih ettiğini söyleyenlerin sayısı artmaktadır. Benzer sonuçlara sahip olan 2019 yılındaki bir araştırmaya göre, nöbet sayısının az olmasından ötürü iş ve sosyal yaşamın dengeli olmasının TUS tercihlerinde etkili olduğunu belirtenlerin oranı %78,8’dir (46). Hekimlik mesleğinin yoğun ve meşakkatli bir süreç olmasından dolayı, branş seçimi yaparken dikkat edilen en önemli konular, genelde nöbet sayısı ve yoğunluğunun az olması, acil hizmetinin daha az olması, kabul edilebilir mesai saatleriyle kişinin kendine ve ailesine yeterli zamanı ayırabilmesi gibi sosyal faktörler ön plana çıkmaktadır. Aynı zamanda hekimlikte geçirilen süreyle birlikte deneyim arttıkça birinci basamağın öneminin daha iyi kavrandığı sonucuna da ulaşabiliriz.

Araştırmaya katılanların %50,6’lık kısmını evliler, %49,4’ünü bekârlar oluşturmaktadır. Medeni durumlarına göre aile hekimliği tercih amaçlarına bakıldığında ise hem evli olanların hem de bekâr olanların en yüksek oranlarda iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması ve nöbet tutma zorunluluğunun olmaması amaçlarıyla aile hekimliğini tercih ettikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılanların cinsiyetleri ile aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde, kadınlarda asistanlık süresince ve uzmanlık hayatında iş koşullarının ağır olmaması nedeniyle ailelerine daha fazla zaman ayırabilmeleri gibi faktörler ön plana çıkarken; erkeklerde de kadınlara göre maddi getirinin iyi olması amacının daha açık bir farkla yüksek olduğu görülmektedir. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada tıpta uzmanlık dalını belirleyen sebepler araştırılmıştır. Çıkan sonuçlara göre; nöbet sayısının az olmasının uzmanlık dalı seçiminde önemli olduğuna erkekler %85 oranında, kadınlar %72,8 oranında evet yanıtını vermiştir (46). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın aksinedir. Başka bir çalışmada uzmanlık alanının yoğun nöbetli bir bölüm olmasının branş

seçimini %75,7 oranında olumsuz etkilediği bulunmuştur (61). 2005-2017 yılları arasında yaklaşık 2000 aile hekimi uzmanını kapsayan 74 Devlet Hizmet Yüklümlülüğü(DHY) kurasının derlendiği bir çalışmada aile hekimi uzmanlarının %57,1'inin kadın olduğu görülmüştür (62). Benzer şekilde aile hekimliği asistan ve uzmanları arasında yapılan diğer çalışmalarda da kadın sayısının erkeklere göre daha yüksek olmasının ve bazı bölümlerin daha popüler olmasının nedenini sosyal faktörlerin ön planda olmasına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılanların hekimlik süreleri ile aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde, genel olarak araştırmaya katılanların hekimlik süreleri arttıkça nöbet tutma zorunluluğunun olmaması ve iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması gibi faktörler tercih sebebi olarak daha alt sıralarda yer almaktadır. Aksine hekimlik süresi arttıkça, birinci basamağa duyulan ilgi, hastalara bütüncül yaklaşım gibi faktörler daha ön plana çıkmaktadır. Hekimlikte geçen süre azaldıkça bütüncül sağlık hizmeti sunma isteği, birinci basamağa duyulan ilginin daha az olduğu görülmüştür. Burada ulaşılan bilgiler doğrultusunda, hekimlik mesleğine yeni başlayan kişilerde tıp ilke ve disiplininin tam olarak yerleşmediği, ikinci ve üçüncü basamağın daha etkili olduğunu düşünmeleri, meslektaşları ve halk arasında prestij olarak birinci basamak hekimliğini yeterli bulmadıkları kanaati oluşmuştur. Hekimlik yapılan sürenin artmasıyla birlikte bütüncül ve kapsamlı yaklaşımın tıpta ne denli önemli olduğunun anlaşılması, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tıbbın temel taşlarından biri olarak düşünülmesi öngörülmektedir.

Araştırmaya katılanların akademik unvanları ile aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde, aile hekimliği asistanı ve aile hekimliği uzmanı olanların genel olarak nöbet tutma zorunluluğunun olmaması ve iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması gerekçelerine dayalı olarak daha yüksek oranlarda aile hekimliğini tercih etmelerine karşın, unvanını aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisi olarak belirtenlerin ise hastalara bütüncül bir yaklaşımla hizmet sunulabileceği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı sevdikleri için aile hekimliğini tercih ettikleri söylenebilir. Aile hekimliği asistanı olanların %79,4'ü, aile hekimliği uzmanı olanların %69,2'si, unvanını aile hekimliği eğitim/öğretim görevlisi olarak belirtenlerin ise %33,3'ü nöbet tutma zorunluluğunun olmamasını gerekçe göstererek aile hekimliğini tercih ettiğini belirtmiştir. Ayrıca akademik unvanını öğretim

görevlisi olarak belirtenlerin hiçbir maddi getirisinin iyi olması gerekçesiyle aile hekimliğini tercih ettiğini söylememiştir. Buradan çıkan sonuçlar ışığında, çoğunlukla mesleğin başında olarak düşünülen asistanların tıba kapsamlı yaklaşımının yeterince oluşmamasından kaynaklı, branş seçimlerinde sosyal faktörlerin daha ön planda olduğunu düşünebiliriz. Eğitim/öğretim görevlisi olarak hizmet veren hekimlerin mesleğinde daha tecrübe edinmiş kişiler olduğu varsayılarak, daha idealist oldukları ve multidisipliner yaklaşımlarının asistan ya da uzmandan daha iyi olduğu kanaati oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu(%68,2) TUS'ta aile hekimliği uzmanlığını ilk sırada tercih etmiştir. Tercih sırası ile aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde, TUS tercihlerinde aile hekimliği uzmanlığının ilk sırada tercih edilmesinin sebepleri; birinci basamakta çalışmanın sevilmesi, maddi getirisinin iyi olması, nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması, rol model alınan kişi ya da kişilerin olması olarak görülmüştür. TUS tercihleri 30 tercihten oluşmakta olup, bu sebepleri söyleyen kişilerin dağılımı 30 tercihte de görülmektedir. İlk tercihten son tercihlere gidildikçe oran düşmektedir. Rol-model aldığı kişi ya da kişilerin olduğunu söyleyenlerin aile hekimliğini tercih etmesi en son 7. tercihte görülmüştür. Farklı bir çalışmada aile hekimliği asistanlarının yaklaşık üçte birinin TUS tercihlerinde ilk üç tercihine yerleştiği görülmektedir (63). 2014 yılında İzmir'de yapılan bir çalışmada aile hekimliği uzmanlığının birinci sırada tercih edilme oranı %16,4 olarak bulunmuştur (58). Bu çalışmalardan yola çıkarak, riski daha az olan, acil hizmeti bulunmayan, malpraktis açısından cerrahi branşlara göre daha az riskli olan, aileye daha fazla zaman ayrılabilen aile hekimliği uzmanlığı gibi dâhili bölümlerin yıllar içerisinde tercih edilme oranının arttığını düşünebiliriz.

Araştırmaya katılanların büyük bir kısmı aile hekimi asistanı ya da uzmanı olmaktan memnun olduğunu belirtmiştir. 200 aile hekimi asistanının katılımıyla gerçekleştirilen farklı bir çalışmada %87,5 gibi çok yüksek bir oran, bulundukları bölümden memnun olduklarını dile getirmişlerdir (56). 1145 asistan hekimin katılımıyla gerçekleştirilen "Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Raporu"na göre asistanların yarısına yakını bulundukları bölümden memnuniyet duyduklarını dile getirmişlerdir (64). Benzer bir çalışmada katılımcıların yine büyük çoğunluğu(üçte

ikisi) aile hekimliği bölümünde asistan olarak eğitim görmekten dolayı memnun olduğunu belirtmiştir (65). 104 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen farklı bir çalışmada sadece 25 kişi yeniden seçme şansım olsa aile hekimliğini seçmezdim diye belirtmiştir (16). Buradan yola çıkarak aile hekimi asistan ya da uzmanlarının kendi bölümlerini isteyerek seçtikleri, çok yoğun çalışma koşullarına maruz kalmadıkları için iş ve sosyal yaşam dengesinin korunmasının memnuniyeti arttıran nedenler olduğu öngörülebilir.

Araştırmaya katılanların çoğu aile hekimliğinde uzmanlaşmayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırması açısından doğru bulunduğunu belirtmiştir. Farklı bir çalışmada mesleki unvana göre aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri ele alınmış olup, birinci basamakta uzmanlaşmanın zaruri olduğu sorusuna uzman hekimlerin hemen hepsi katılırken, pratisyen aile hekimlerinin büyük bir kısmı buna katılmamıştır (55). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin tamamının da asistan/uzman ya da eğitim/öğretim görevlisinden oluştuğu düşünülürse çıkan sonuçların benzer olduğu görülebilir.

Araştırmaya katılan hekimler mesleki açıdan memnuniyet maddesine büyük oranda katılıyorum cevabı vermişlerdir. 2008 yılında Eskişehir’de birinci basamakta çalışan hekimlerde iş doyumunu üzerine bir çalışma yapılmış olup, sonuçlara göre aile hekimlerinin toplum sağlığı merkezi hekimlerine göre iş doyumunun daha yüksek, %89,5’luk kısmının da maddi olarak tatmin olduğu görülmüştür (66). Aile hekimliğinin hastaya bütüncül yaklaşımı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada verebilmesi, hasta-hekim arasında güven temelli bir diyalog gelişmesi hekimlerin mesleki açıdan tatmin olduklarını düşünmemizi sağlayabilir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu rotasyon sürelerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Farklı bir çalışmaya katılan asistanların da yaklaşık yarısı rotasyon sürelerini yeterli bulduklarını dile getirmişlerdir (67). Diğer bir çalışmada da %42,6’lık bir oran rotasyon süresini yeterli bulmuştur (57). Benzer sonuçlara ulaşıldığı düşünülürse rotasyon sürelerini yeterli bulan ve bulmayanlar yarı yarıya bir orana sahiptir.

Rotasyonda alınan eğitimlerin içeriğini yeterli buluyorum maddesine katılımcıların büyük kısmı ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtını vermiştir. Benzer bir çalışmada her iki katılımcıdan biri asistanlık süresince iyi ve yeterli eğitim

aldığını düşünmektedir (56). Farklı bir çalışmada yine benzer şekilde katılımcıların yaklaşık yarısı yeterli eğitim almadığını düşünmektedir (62). Buradan çıkarmamız gereken sonuç; aile hekimliği asistanlık eğitiminin yarısının rotasyon, yarısının birinci basamak uygulama eğitimi olduğu düşünülürse rotasyon müfredatlarının yeniden gözden geçirilmesi, aile hekimliği asistanlarının rotasyon yapılan bölümde fazla nöbetleri tutacak hekim olarak görülmemesi, birinci basamak hekimi olarak gerekli bilgilerin rotasyon ve klinik ortamında yeterli şekilde birleştirilmesi gerektiğidir.

Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu uzmanlık eğitimi tamamladıklarında yeterli donanımına sahip olacaklarına ne katılıyorum ne katılmıyorum şeklinde yanıt vermişlerdir. Farklı bir çalışmada hekimlerin yaklaşık yarısı asistanlık eğitimi sonrasında kendisini alanında yeterli göreceğini düşünmektedir (65). Asistanlık eğitiminin genelde üçüncü basamak hastanelerde olması, asistanlık süresince bazı yerlerde saha eğitimlerinin yeterince verilmemesi, bazı rotasyonlarda hekimlerin eğitilmekten ziyade iş gücü olarak görülmesi gibi faktörler hekimlerin her koşulda çalışabilecek yeterliliği hissetmemelerinin nedeni olarak görülebilir.

Araştırmaya katılanlar aile hekimliği uzmanlığının geleceği hakkında endişeliyim maddesine genel olarak katılıyorum yanıtını vermiştir. 2013 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlası uzmanlık geleceğiyle alakalı umutsuz ve endişeli olduğunu dile getirmiştir (67). 2017 yılında 200 tam zamanlı aile hekimi asistanı üzerinde yapılan bir çalışmada büyük çoğunluk(%64) asistanlık sonrası endişeli olduğunu ifade etmiştir (56). Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu aile hekimliği uzmanlığının geleceğini diğer bölümlere kıyasla avantajlı buluyorum maddesine ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtını vermiştir. Sağlık sektöründe son yıllarda artan şiddet olayları, artan iş yoğunluğu, artan çalışma saatleri, malpraktis davalarının eskiye göre daha artması hekimlerde tükenmişlik yaratmıştır. Hastayla meşgul olunan çoğu bölümde bu sıkıntılar yaşandığı için hekimlerin diğer bölümlere göre kendini avantajlı görmedikleri düşünülebilir. Ayrıca bazı bölümlere kıyasla aile hekimliği uzmanlığında prestij eksikliği düşüncesi de bu sonuçları ortaya çıkarmış olabilir.

Araştırmaya katılan hekimler aile hekimliği uzmanlığını seçmemde fakülte hocalarımın büyük oranda rol model olduğunu düşünüyorum maddesine genel olarak katılmıyorum cevabını vermiştir. Bu sonuçlardan tıp fakültesi eğitimi sırasında birinci basamağın önemine yeterince değinilmediği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği sistemine gerekli önemin verilmediği, daha çok ikinci ve üçüncü basamağın önemine dikkat çekildiği sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılan hekimler bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı akademisyen olmaktı sorusuna büyük oranda ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtını vermiştir. 2000 aile hekimi uzmanının DHY ve sonrasında ilgili beklentilerini araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada %32,7'lik kısım DHY olmasaydı akademisyen olmak isterdim diye kendini ifade etmiştir (62). Aile hekimliği tercihinine yönelik yapılan bir çalışmada araştırma kariyeri planlamayan tıp öğrencilerinin aile hekimliğini seçme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (68). Aynı zamanda aile hekimliği uzmanlığında akademisyen olmayı diğer bölümlere kıyasla daha avantajlı buluyorum maddesine de katılımcılar çoğunlukla ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtını vermiştir. Bu sonuçlara bakarak aile hekimliği uzmanlığı bütüncül hasta yaklaşımının ön planda olduğu, nöbet ve acil hizmetlerin zorunlu olmadığı, elektif şartlarda hastaya hizmet verildiği, iş ve aile dengesinin iyi kurulabildiği bir bölüm olması nedeniyle, araştırma yapmaya dayalı ve meşakkatli bir süreç olan akademisyenlik katılımcılar tarafından tercih edilmemektedir diye çıkarımda bulunulabilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı idarecilik yapmaktı maddesine katılmıyorum yanıtını vermiştir. Hekimlik daha çok hastayla meşgul olunan bir bilim dalı olduğu için katılımcıların büyük çoğunluğunun yöneticilik yapmak gibi bir düşüncesinin hâkim olmadığı çıkarılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız tüm aile hekimi asistan, uzman ve eğitim/öğretim görevlilerin görüşlerini tam olarak yansıtmasa da Türkiye'nin farklı illerinde çalışan hekimleri kapsamı nedeniyle faydalı veriler içermektedir.

Araştırmamıza katılanların %64,3'ü kadındır. İş ve aile yaşantısındaki dengeden ötürü aile hekimliği uzmanlığını yüksek oranlarda kadınların tercih ettiği görülmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşları incelendiğinde en büyük orana 28 ve 29 yaşındakilerin sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası 5 yıldan daha az süredir hekimlik yapmaktadır. Bu da mesleğin başında olan hekimlerin sorunlara daha fazla önem verdiği sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacaktır. Sağlık politikalarında gerekli adımların atılarak mesleğin başında olan hekimlerin gelecek kaygısı taşımasının önüne geçilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılanların %80,2'si aile hekimliği asistanı, %16,9'u aile hekimliği uzmanı ve %2,9'u ise aile hekimliği öğretim görevlisidir. Bu sonuç Türkiye'de aile hekimliği asistan sayısının uzman ve akademisyenlerden önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir. Katılan akademisyen sayısının yetersiz olduğu da dikkati çekmektedir. Bu sebeple aile hekimliği anabilim dallarında akademisyen sayısının artırılmasının eğitim kalitesini daha da arttıracığı düşünülmekte olup akademisyenlere daha fazla ulaşılacak çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Çalışıkları kuruma bakılınca en yüksek oran Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Sağlık Bakanlığı kadrosundaki hekimlere aittir. Bu da eğitim araştırma hastanelerinin üniversite hastanelerine göre daha fazla asistan kadrosu açtığını göstermektedir. Eğitim Araştırma Hastanelerindeki bu yığılmanın önüne geçebilmek için uzmanlık eğitimi veren diğer hastanelerde de yeterli kadro açılması sağlanarak adil bir dağılım yapılması önerilmektedir.

TUS tercih sıralamasına göre katılımcıların çok büyük kısmı aile hekimliği uzmanlığını ilk sırada tercih etmiştir. Aile hekimliği sistemi ülkemizde uygulanmaya başladığından beri her yıl birinci basamak sağlık hizmetleri önemini arttırmaktadır. Bu sebeple aile hekimliği uzmanlığının popülaritesi yıllar içerisinde giderek

artmıştır. Aile hekimliği, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi dahili bölümlerin tercihlerde ön planda olup, zor bölüm olarak nitelendirilen cerrahi bölümlerin tercih edilmemesinin sebepleri araştırılmalı, bölümlerde hakkaniyetli bir dağılım sağlanıp bazı bölümlerde ileriki yıllarda oluşması beklenen hekim eksikliğine gerekli önem bugünden verilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlığını tercih etme sebepleri sorulduğunda katılımcıların en fazla yoğunlaştığı cevap (%79,2) “iş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için” yanıtıdır. %9,1’lik oranla en düşük katılıma sahip cevap “rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için” yanıtıdır. Aile hekimliği uzmanlığı diğer bölümlerle kıyaslandığında nöbet sayısının daha az olması, acil hasta hizmetinin fazla verilmemesi, malpraktis davalarına daha az maruz kalınması gibi sebeplerden dolayı hekimlerde daha az stres oluşturmaktadır, bu sebeple de iş ve sosyal yaşam dengesi daha iyi kurulmaktadır. Ayrıca fakülte eğitimi esnasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin yeterince vurgulanmadığı, öğrencilerin hocalarını bu konuda çoğunlukla rol-model olarak görmedikleri ve mezuniyet sonrasında TUS tercihlerinde bu sebepten ötürü çoğunlukla aile hekimliği uzmanlığını üst sıralara yazmadıkları görülmektedir. Özellikle son yıllarda artan sağlıkta şiddet olayları, maddi kaygılar gibi sebepler hekimlerde tükenmişlik yaratmıştır. Bu da hekimleri daha rahat olarak nitelendirilen bölümlere yönlentmektedir. Hekimlik mesleğinin saygınlık olarak eski günlerine dönmesi için çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Hekimlikte geçen süre arttıkça kapsamlı ve bütüncül tıp yaklaşımının arttığı, geçen süre azaldıkça da tıp ilke ve disiplininin tam oturamamasından kaynaklı daha çok maddi getiri, nöbet olmaması gibi sosyal faktörlerin tercih esnasında ön plana çıktığı görülmektedir. Tıp fakültesi eğitimi sırasında deontolojiye daha fazla önem verilmesi, öğrencilere hekimlik sanatının sevdirmesi gerekmektedir.

Medeni durumlarına göre aile hekimliği tercih amaçları incelendiğinde, evli ve bekârların iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olması ve nöbet tutma zorunluluğunun olmamasından dolayı aile hekimliğini tercih ettikleri görülmüştür. Asistanlık eğitimi sırasında ve hatta bazı bölümlerde asistanlık sonrasında da yoğun nöbet sayılarına ve saatlerine maruz kalmak tüm hekimleri olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple hasta meşguliyetinin daha az olduğu, elektif şartlarda hizmet verilen bölümler daha fazla rağbet görmektedir.

Aile hekimliği tercih amaçlarında kadınlar en çok nöbet tutma zorunluluğunun olmaması, iş-sosyal yaşam dengesinin iyi olmasına katılırken, erkeklerde maddi getirisinin yüksek olması yanıtı kadınlara göre ön plana çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolünden ötürü, anne eř gibi, kadınlar kendilerine ve ailelerine zaman ayırabilecekleri bölümleri daha fazla tercih ederken, erkekler yaptığı için karşılığında maddiyata kadınlara göre daha fazla önem vermektedir sonucuna ulaşabiliriz.

Unvanını aile hekimliği eğitim/ğretim görevlisi olarak belirtenlerin aile hekimliği uzmanlığı tercih sebeplerinde ilk sırayı hastalara bütüncül yaklaşımla hizmet sunulabilmesi ve birinci basamağı sevmeleri gelmektedir. Aile hekimliği uzmanlığında akademisyen olarak görev yapanların mesleğinde yeterli bilgi ve donanımına sahip olduğu düşünülürse tıbbın bütüncül tedavi ilkesini mesleğin başında olan hekimlere göre daha iyi kavradığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmaya katılanların çok büyük kısmı aile hekimliği alanında olmaktan memnun olduklarını dile getirmiştir. Aile hekimliği uzmanlığındaki asistan ve uzmanların büyük çoğunluğunun bölümlerini isteyerek tercih ettiğı sonucu çıkarılmış olup, yoğun çalışma koşullarına sahip diğer bölümlerin daha makul çalışma koşullarına ulaştırılması ve hekimlerin bölümlerini sevmelerinin sağlanması önerilmektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı asistanlık eğitimi sırasında alınan rotasyon ve birinci basamak uygulama eğitim içeriğini yetersiz bulduğunu ifade etmiştir. Diğer yarısı eğitimlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Asistanlık sonrası sahada her koşulda çalışabilecek donanımına sahip olacaklarına dair inançları yetersiz bulunmuştur. Asistanlık eğitim müfredatları her yıl düzenli olarak değerlendirilmeli, günümüz dinamiklerine ve değişen hasta profiline göre gerekirse yeniden şekillendirilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlığının geleceğıyle alakalı kaygı durumu sorgulandığında katılan hekimlerin yaklaşık yarısı gelecek kaygısı taşıdığını dile getirmiştir.

Hekimlere bu bölümü seçerken düşündüğünüz kariyer planınız neydi sorusu yöneltilmiş olup, alınan cevaplara göre kariyer planları arasında yöneticilik isteğinin olmadığı dikkati çekmektedir. Aile hekimliği uzmanlığında akademisyenliğin diğer

bölmölere göre daha avantajlı olduğu da çıkarılan sonuçlar arasındadır. Mecburi hizmet sırasında çoğunlukla karşı karşıya kalınan idarecilik görevine meslektaşlarımız ihtiyatla yaklaşmaktadır. Bu sebeple fakülte eğitimi sırasında sağlık kurumları yöneticiliğı hakkında ders programları önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klin. 2007;27:412–8.
2. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi Field Training in Postgraduate Family Medicine Education. Ankara Med J. 2012;12(1):16–21.
3. Yılmaz TE, Aksanur G. Osmanlı Klasik Dönem Hekimlik Sanatının Modern Dönem Hekim Profesyonelliği, Aile Hekimliği Kimliği ve Uygulamaları Açısından İncelenmesi. 2019;
4. Aykut K. Türkiye’de Tıp Tarihi. Türkiye Araştırmaları Lit Derg [Internet]. 2004;2(4):213–32. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/652081>
5. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. Ankara Ecz Fak Derg. 2002;31(3):183–92.
6. Tahud, Tahyk. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları [Internet]. 2013;1:6–54. Available from: http://www.tahud.org.tr/uploads/dosyalar/AHU_Mufredat_2013.pdf
7. Aktürk Z. Aile Hekimliği Ders Notları. Vol. 1999. 2006. 1–6 p.
8. Ungan M. ÇEKİRDYeterlilikleri Ve.
9. Brink GK. World Family Doctors Caring for People. Eur J Gen Pract. 1999;5(4):170.
10. Bakanlığı T. S. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlı Aile Hekim Uygul Yönetmeliği. 2015;11(28539):1–2.
11. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. 2018.
12. Çoban H. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Uapılandırılması. Sos Bilim Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı. 2009;231.
13. Ağdemir H, Arslan E. Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. 2012;144.
14. Güney Kömürlü Y, Köse A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci. 2010;
15. Alev Ö, Birgül E, Saatçi E, Şener F, Ceyhan G, Sezer H. Aile Hekimliği II. In İletişim Yayınları; 1996.
16. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile Hekimlerinin, Aile hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. Ege Tıp Derg [Internet]. 2012;51(1):21–9. Available from: <http://egetipdergisi.com.tr/tr/issue/31431/343922>
17. TC Sağlık Bakanlığı. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. In: Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık; 2004. p. 23–31.
18. Sur H. Sağlık Sistemleri-1 : Almanya ve Birleşik Krallık. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg. 2020;(January 2016).
19. Terzi C. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim. 2007;2–22.
20. Baran Çeçem K, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Med J. 2015;15(3):153–60.
21. Başol E, Işık A. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler/ Recent Developments in Health Policy in Turkey: From Health Transformation Program To Present Evaluation and Some

- Suggestions. Sos Bilim Derg [Internet]. 2015;2(2):1–26. Available from: <http://iaaoj.com/index.php/sosyalbilimler/article/view/104>
22. Müsteşarlığı H. Politika Analiz Raporu Hazine Müsteşarlığı Öğlen Grubu. 2011;
 23. Soysal A, Kırac R, Alu A. Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçütleri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2016;6(10):76–88.
 24. Akman M. Strength of Primary Care in Turkey. Türkiye Aile Hekim Derg. 2014;18(2):70–9.
 25. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. Turgut Özal Tıp Merk Derg. 2015;17(4):403–5.
 26. Algin K, Şahin İ, Top M. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2004;7(3):249–75.
 27. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Disiplininin Gelişimi. PRN Aile Hekim. 2008;34.
 28. Freeman T, McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. Vol. 13, Acta Endocrinologica. 2017. 506–508 p.
 29. Arslan EM, Ekerbiçer H. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Sürecindeki Rotasyon Uygulamalarının ve Rotasyon Uygulamaları Hakkında Görüşlerinin Değerlendirilmesi. 2021;6.
 30. Çağlayaner H, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek. Aile Hekim Derg. 1997;
 31. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioglu S. Ankara İlinde Eğitim Alan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Med J. 2013;35(1):25–32.
 32. Komisyonu AHSM ve RB. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Üzerine Uygulamalar. Türkiye Aile Hekim Derg. 2017;15(April):88–90.
 33. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Birebir Eğitim. Tıp Eğitimi Dünyası [Internet]. 2003;12(12):2–5. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/199123>
 34. Apaydın Kaya Ç, Uzuner A. Training Family Health Center Building Experience of Marmara University Medical School Department of Family Medicine. J Turkish Fam Physician. 2017;8(1):15–22.
 35. Başak O. Aile Hekimlerinin Eğitimi. Aile Hekim Derg. 1997;1(4):237–41.
 36. Tuk. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. 2019.
 37. Başak O. “Part-time distance training” and its Place in Medical Education. Türkiye Aile Hekim Derg. 2012;16(1):18–22.
 38. Ömürbek T, Tunca N, Özcan MZ, Yıldız A, Karataş E. AHP TOPSIS Yönteminin Tıpta Uzmanlık Alan Seçiminde Kullanımı. Akdeniz İİBF Derg. 2016;(33):201–19.
 39. Boelen C. Public Health Classics. Bull World Health Organ. 2002;80(02):592–3.
 40. Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Türk Cerrahi Derneği. 2009;59.
 41. Tekin Ç, Güneş G, Türköl E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2013;1:5–10.
 42. İzgi MC, Çoban M. Tıpta Uzmanlık Dallarının Cumhuriyet Dönemindeki Değişimi. Lokman Hekim J. 2014;4(1):26–37.
 43. Freeman B. Roadmap to Choosing a Medical Specialty Question Explanation Examples.

- Ultim Guid to Choos a Med Spec [Internet]. 2015; Available from: http://web.stanford.edu/group/smsa/cgi-bin/public/view_groups.php
44. Ösym. 2021 TUS 1. ve 2. Dönem Değerlendirme Raporu. 2021;
 45. Gençtürk M, Öztürk N. Tıpta Uzmanlık Branşlarının Tercihinde Etkili Olan Faktörler Üzerine Bir Araştırma. 2019;
 46. Alaca D, Oksay A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Fakülte ve Tıpta Uzmanlık Tercih Nedenlerini Etkileyen Faktörler: SDÜ Tıp Fakültesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. 2019;
 47. Ösym. 2022-TUS 1 .Dönem Başvuru Kılavuzu 2022. 2022;
 48. Osborn HA, Glicksman JT, Brandt MG, Doyle PC, Fung K. Primary Care Specialty Career Choice Among Canadian Medical Students: Understanding the Factors that Influence Their Decisions. *Can Fam Physician*. 2017;63(2):e107–13.
 49. Al-ansari SS, Khafagy MA. Factors Affecting the Choice of Health Specialty By. 2006;13(3):119–23.
 50. Dikici MF, Yaris F, Topsever P, Filiz TM, Gurel FS, Cubukcu M, et al. Factors Affecting Choice of Specialty Among First-year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey. *Croat Med J*. 2008;49(3):415–20.
 51. Khader Y, Al-Zoubi D, Amarin Z, Alkafagei A, Khasawneh M, Burgan S, et al. Factors Affecting Medical Students in Formulating Their Specialty Preferences in Jordan. *BMC Med Educ*. 2008;8:1–7.
 52. Balcı Yapalak A, Uçar A, Yüce S, Ataç Ö. Tıpta Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Derg*. 2021;84(1):120–9.
 53. Kaya A, Aktürk Z, Çayır Y, Taştan K. 2007-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavlarında Bir Trend Analizi. Ankara; 2014.
 54. Barat A, Goldacre MJ, Lambert TW. Career Choices and Career Progression of Junior Doctors in Dermatology: Surveys of UK Medical Graduates. *Dermatol Res Pract*. 2018;2018.
 55. İlgin G, Şahin B. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg* [Internet]. 2016;19(2):115–30. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/24439/259061>
 56. Yıldırım B, Eğici MT. On-Site Training of Family Medicine and Training Family Health Centers with the Perspective of Family Medicine Residents. *Ankara Med J*. 2018;18(3).
 57. Uzun A, Topsever P, Unluoglu I, Caylan A, Dagdeviren N, Uncu Y, et al. Residents' Views About Family Medicine Specialty Education in Turkey. *BMC Med Educ*. 2010;10(1):2–10.
 58. Alanyalı FM, Geroğlu B, Kurnaz MA, Can H, Öngel K. İzmir İlinde Bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplini Konu -sunda Bilgileri ve Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri Opinions About Residency Training Program of Family Phy - sician Residents at. *Turkish Fam Physician*. 2014;1–7.
 59. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss Residents' Speciality Choices - Impact of Gender, Personality Traits, Career Motivation and Life Goals. *BMC Health Serv Res*. 2006;6.
 60. Guraya SY, Almaramhy HH. Mapping The Factors That Influence The Career Specialty Preferences by the Undergraduate Medical Students. *Saudi J Biol Sci* [Internet]. 2018;25(6):1096–101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2017.03.019>
 61. Yatangaç F, Seydaoğlu G. Toplumsal Cinsiyet Rollerine Bağlı Olarak Aile İçi Şiddetinin Anlamlandırılması. 2018;
 62. Utlu Y, Başak O. Uzmanlık Eğitimi Yeni Bitirmiş Aile Hekimliği Uzmanlarının Yeni

Çalışma Dönemlerine Bakışları ve Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulamasından Beklentileri. 2018;09(4):98–103.

63. Özcan S. Family Medicine Residents: Their Features and Differences. Türkiye Aile Hekim Derg. 2009;13(4):187–92.
64. Yök. Tıp Dallarında Asistan Eğitim Çalıştayı Çalıştay Raporu. 2017;37.
65. Karaoğlu N, Doğan Ü. Türkiye'deki Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Ve Çalışma Koşulları Hakkındaki Görüşleri. 2020;
66. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. The Job Satisfaction of Physicians That Working in Primary Health Care Institutions in Family Medicine System (Eskişehir). TAF Prev Med Bull. 2008;7(5):377–84.
67. Sancaktar Ö, Demirağ S. Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları. 2013;
68. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. J Am Board Fam Pract. 2003;16(6):502–12.



EKLER

EK 1. ANKET FORMU

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen “Türkiye’de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları” konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru seçeneği işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Anket çalışmamızın amacı, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve sonrasındaki sürecin bu bölümdeki hekimler tarafından nasıl bir bakış açısıyla değerlendirildiği ve bu süreçte hayal ettikleri kariyer planlarını belirlemektir.

Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizimle çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamızın anketi toplam 43 sorudan oluşmakta olup sosyodemografik bilgiler(yaş, medeni durum, cinsiyet..), aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında memnuniyet, eğitim, beklenti ve kariyer başlıklarında sorular bulunmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 5 dakikadır, bu ankete katılarak verdiğiniz destekten ötürü teşekkür ediyoruz.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum”

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN
Tez Danışmanı

Dr. Seda YILMAZER
Tlf: 0(507)6121022

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

a-Evet b- Hayır (Lütfen nedenini belirtiniz)

Ad Soyad:

1-Yaşınız

2-Medeni durumunuz?

a-Evli

b-Bekar

3-Cinsiyet

a- Kadın

b- Erkek

4-Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz? yıldır

5- Akademik ünvanınız nedir?

a- Aile Hekimliği Asistanı

b- Aile Hekimliği Uzmanı

c- Aile Hekimliği Eğitim/Öğretim Görevlisi

6-Şu anda nerede görev yapıyorsunuz?

a- Üniversite Hastanesi, üniversite kadrosu(vakıf üniversiteleri dahil)

b- Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üniversite kadrosu

c- Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı kadrosu

d- İl Merkezinde ASM'de

e- İl Merkezinde Devlet Hastanesi'nde

f- İlçe Merkezinde ASM'de

g- İlçe Devlet Hastanesi'nde

h- Köy ASM'inde

i- Özel Sektör

j- Diğer(Belirtiniz).....

7-Aile hekimliği asistanlığında/uzmanlığında kaçınıcı yılınız? yıl

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

9-Aile hekimliği uzmanlığını tercih etmekteki birincil amacınız neydi?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a. Birinci basamakta çalışmayı sevdiğim için

b. Maddi getirisi iyi olduğu için

c. Nöbet tutma zorunluluğu olmadığı için

d. Rol model aldığım kişi ve kişiler olduğu için

e. İş-sosyal yaşam dengesi iyi olduğu için

f. Hastalara bütüncül(biyopsikososyal) bir sağlık hizmeti sunabileceğim için

g. Diğer(belirtiniz).....

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi kapsamında memnuniyet, eğitim, beklenti ve kariyer bağlamında hazırlanmış olan aşağıdaki maddelerle ilgili düşüncelerinizi 1'den 5'e doğru sıralanmış olan ölçekte belirtiniz. (1) = KESİNLİKLE KATILMIYORUM (2) = KATILMIYORUM (3) = NE KATILIYORUM NE DE KATILMIYORUM (4) = KATILIYORUM (5) = KESİNLİKLE KATILIYORUM						
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LÜTFEN OKUYUN: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında <i>memnuniyet</i> durumu ile ilgili olarak aşağıda tanımlanan maddelere 1'den 5'e giden aralıklarda cevaplar veriniz.						
10	Uzmanlık eğitimi aldığım alanı seçmiş olmaktan dolayı memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Diğer kliniklerle karşılaştırıldığında kendi bölümümü genel olarak avantajlı görüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Bir aile hekimi olarak mesleki açıdan mutlu olduğumu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Sağlık disiplini bütüncül olarak anlayıp kavramaktan ötürü memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Malpraktis açısından riskinin daha az olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Nöbet tutmak zorunda olmamak, acil hasta olmamasından dolayı iş ve sosyal yaşamın dengeli olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Sabit nüfus olması bölgeye hizmet etme kolaylığı sağladığı için bunu avantajlı buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Aile hekimliği uzmanı olarak özgür ve özerk hissediyorum/hissedeceğim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Aile hekimliği uzmanlığının görev ve sorumluluklarının net olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Holistik(bütüncül) yaklaşımı benimsemesinden ötürü vatandaşların aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LÜTFEN OKUYUN: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında <i>eğitim</i> ile ilgili olarak aşağıda verilen maddelere 1'den 5'e giden aralıklarda cevaplar veriniz.						
20	Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi bence yeterli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının süresi yeterlidir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında, saha eğitimi (1. Basamak ortamında) mutlaka gereklidir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Eğitim sürecimizde saha eğitimi uygulanıyor ve yeterli buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Hastane rotasyonlarında aldığımız eğitimi içerik olarak yeterli buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin toplum yönelimli verildiğini düşünmüyorum					
26	Hastane rotasyonlarında o bölümün asistan eksikliğini kapatmak için çalıştığımızı düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Uzmanlık eğitimini tamamladığım da her koşulda çalışabilecek donanıma sahip olacağıma inanıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde eğitim faaliyetlerinin(kongre, sempozyum) diğer bölümlere kıyasla daha fazla olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Aile hekimliğinde uzmanlaşmayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini arttırmasından dolayı doğru buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30	Asistanlık eğitimi süresince kendi bölümümüzden koordinatör bir hoca olmasını önemli buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Fakültede hocalarımızın aile hekimliği uzmanlığını seçmemde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	önemli ölçüde rol model olduğunu düşünüyorum					
32	Aile hekimliğinde yan dal uzmanlık eğitimi olmalıdır(evde sağlık hizmetleri, palyatif bakım, sigara bırakma, obezite vb)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LÜTFEN OKUYUN: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında <i>beklentiler</i> ile ilgili olarak aşağıda verilen maddelere katılım durumunuzu 1'den 5'e giden aralıklarda cevaplar veriniz.						
33	Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceğini diğer bölümlere kıyasla daha iyi görüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığının geleceği hakkında endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35	Asistanlık eğitimi bittikten sonra nerede çalışacağıma dair kaygılarım var	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Kaygılarımdan ötürü uzmanlık eğitimini/uzmanlığı yarıda bırakmayı düşündüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Asistanlık eğitimi bitince ekonomik olarak tatmin olacağımı düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin gün geçtikçe artacağını düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LÜTFEN OKUYUN: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında <i>kariyer</i> ile ilgili olarak aşağıda verilen maddelere katılım durumunuzu 1'den 5'e giden aralıklarda cevaplar veriniz.						
39	Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelikti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı idarecilik yapmaktı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41	Bu bölümü seçerken düşündüğüm kariyer planı akademisyen olmaktı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42	Aile hekimliği uzmanlığında akademisyen olmayı diğer bölümlere kıyasla daha avantajlı buluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43	Aile hekimliği uzmanlığında akademisyen sayısının yetersiz olduğunu düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK2. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-22-2395

2395-no’lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılması planlanan “Türkiye’de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; Etik Kurul EKadioğlu
Tel: 0 (312) 552 66 00

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara
TELEFON	0312 552 66 00
FAKS	0312 552 99 82
E-POSTA	ankarash.etikkurul@sağlık.gov.tr

BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İrfan Şencan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışma (Dr. Seda Yılmaz'ın tezi olan)					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/2395/2022	Tarih: 09.02.2022		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Prof.Dr.Mehmet Numan ALP	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒
Prof.Dr.Berrak GÜMÜŞKAYA ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Doç.Dr.Afşin Emre KAYIPMAZ	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐
Doç.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒
Uzm. Dr. Dilçik KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐

*:Toplantıda Bulunma



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Kıyık

Sayı : E-86241737-100--109991
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

04.03.2022

(Dr. SEDAT YILMAZ)

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 03.03.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afileye olan SUAM'larda görevli 93 (doksan üç) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cüneyt GÖKSOY
Dekan V.

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı
Başkanlığına
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSNBFJV0UP* Pin Kodu : 95392
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: http://sbu.edu.tr
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-cbys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ankara Şehir Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen “Türkiye’de Aile Hekimliği Asistanları ve Uzmanlarının Kendi Bölümlerine Bakışları ve Bu Bölümü Seçerken Düşündükleri Kariyer Planları” konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Anket çalışmamızın amacı, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve sonrasındaki sürecin bu bölümdeki hekimler tarafından nasıl bir bakış açısıyla değerlendirildiği ve bu süreçte hayal ettikleri kariyer planlarını belirlemektir.

Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlerle çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamızın anketi toplam 43 sorudan oluşmakta olup sosyodemografik bilgiler (yaş, medeni durum, cinsiyet..), aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uzmanlığı kapsamında memnuniyet, eğitim, beklenti ve kariyer başlıklarında sorular bulunmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 7 dakikadır, bu ankete katılarak verdiğiniz destekten ötürü teşekkür ediyoruz.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum”

Yardımcı Araştırmacı:

Dr. SEDA YILMAZER
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Seda YILMAZER

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

Yabancı Dili: İngilizce

E-Posta:

II- Eğitimi

2019-2022 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği-ANKARA

2006-2012 : Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi-ELAZIĞ

III- Mesleki Deneyimi

2012-2013 : Mardin Mazıdağı Toplum Sağlığı Merkezi- TSM Sorumlu Hekimi

2013-2016 : Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Kansere Şube Müdürlüğü-Şube Müdürü

2016-2019 : Isparta Şarkikaraağaç Toplum Sağlığı Merkezi-Pratisyen Hekim

2019-2022 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği-Asistan Hekim

IV- Diğer Bilgiler

Eğitim Programı Haricinde Aldığı Kurslar ve Katıldığı Eğitim Seminerleri

- Rahim İçi Araç Uygulama Kursu
- Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi

- Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi
- Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi
- Ölüm Nedenlerinin Belgelendirilmesi
- Kişisel ve Mesleki Gelişim Uyum Eğitimi
- Destek Personel Uyum Eğitimi
- Madde Bağımlılığı Eğitimi
- Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Aşı ve Soğuk Zincir Eğitimi
- Neonatal Resüsitasyon Programı
- Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları için Sürekli Pediatri Eğitimi
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi
- Evlilik Öncesi Danışmanlık Eğitimi
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Temel Eğitimleri-1
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Temel Eğitimleri-2
- 2.Fetal Hayattan Çocukluğa İlk 1000 Gün Gebe ve Çocuk Beslenmesi Kongresi
- 3.Fetal Hayattan Çocukluğa İlk 1000 Gün Gebe ve Çocuk Beslenmesi Kongresi

