



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SULTANGAZİ HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KARDİYOLOJİ ROTASYONU
HAKKINDAKİ GÖRÜşLERİ VE BİLGİ DÜZEYİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Berna DEMİR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SULTANGAZİ HASEKİ SAğLIK UYGULAMA
VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ ASİSTANLARININ KARDİYOLOJİ ROTASYONU
HAKKINDAKİ GÖRÜşLERİ VE BİLGİ DÜZEYİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Berna DEMİR

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca engin bilgisi ve tecrübeleriyle her zaman desteğini hissettiğimiz, asistanları olarak onur duyduğumuz sevgili hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Reşat DABAK’a,

Asistanlığım süresince ve tez çalışmam sırasında bana yol gösteren değerli Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen BATMAZ’a, Uzm. Dr. Sündüs GÖRÜKMEZ’e , Uzm. Dr. M.Burak AKTUĞLU’ya,

Her düştüğümde elimden tutan, büyük emeklerle beni bugünlere getiren, sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen başta Sevgili annem ve babam Hürmet DEMİR ve Nail DEMİR’e,

Hayatımın her aşamasına eşlik eden, en büyük destekçim ablam Kübra DEMİR AYDOĞAN’a ve ailesine, maddi ve manevi bütün zorluklarda yanımda olan, hayatıma ışık tutan canım ablam Esra ÖZKARACA’ya ve ailesine,

Tez süresince yardımları için sevgili arkadaşım Dr. Esra SAVAŞ’a,

Asistanlık sürecimde zorlu bir 3 yılı geçirmemi kolaylaştıran başta Mukaddes ARAS GÜNEN ve bütün asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarda bizim için 3 yılı özveri ile geçirmemizi sağlayan bütün hocalarıma ve uzmanlarımıza

Gönülden teşekkür ederim...

Dr Berna DEMİR

İstanbul 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iii
TABLolar	v
ÇİZELGELER	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN ORTAYA ÇIKIŞI	4
2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADA GELİŞİMİ VE TARİHİ	5
2.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI	6
2.4. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHİ	8
2.4.1 OSMANLIDA AİLE HEKİMLİĞİ	8
2.4.2 TÜRKİYEDE AİLE HEKİMLİĞİ	9
2.4.3 AVRUPADA AİLE HEKİMLİĞİ.....	12
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR.....	13
2.6. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR	17
2.7. KARDİYOLOJİ ROTASYONUNDA HEDEFLLENEN KLİNİK VE GİRİŞİMSSEL YETKİNLİKLER.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKÇA	40

KISALTMALAR

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilmek

AAFP: Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians)

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACMT: Tıp Eğitimi Danışma Komitesi

AHUD: Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

B: Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

EEC: Avrupa Ekonomi Birliği

GA: Güven Aralığı

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme

RCGP: Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TAHYK: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe ihtiyaç duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

UEMO: Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (European Union of General Practitioners)

WONCA: Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü (World Organization of National Collages, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

TABLÖLAR

Tablo 1. Kardiyoloji rotasyonunda kazanılması gereken klinik yetkinlikler	19
Tablo 2. Kardiyoloji rotasyonunda kazanılması gereken girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler.....	19
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 4. Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi	22
Tablo 5. Katılımcıların Kardiyoloji rotasyonu ile ilgili düşünceleri.....	22
Tablo 6. Katılımcılara göre en uygun Kardiyoloji rotasyon süreleri	22
Tablo 7. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algıları	23
Tablo 8. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi	24
Tablo 9. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algı puanlarının değerlendirilmesi	26
Tablo 10. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algı puanlarının değerlendirilmesi	27
Tablo 11. Katılımcıların Kardiyoloji rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi	28
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Kardiyoloji klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması.....	28

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Kardiyoloji girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 14. Katılımcıların Kardiyoloji rotasyon durumları, düşünceleri ile Kardiyoloji klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 15. Katılımcıların Kardiyoloji rotasyon durumları, düşünceleri ile Kardiyoloji girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Kardiyoloji rotasyonunu yeterli bulma durumları	31
Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Kardiyoloji rotasyon süresini yeterli bulma durumları.....	31
Tablo 18. Katılımcıların Kardiyoloji rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	32

ÇİZELGELER

Çizelge 1: Aile Hekimliğinde çekirdek yeterlilikler. Wonca ağacı. 15

Çizelge 2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni (Yedi temel yetkinlik alanı)..... 16



ÖZET

Giriş: Rotasyonlar aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir parçasıdır. Rotasyona ek olarak, aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, pratikte yaşayabilecekleri klinik değerlendirme konusunda geniş deneyim ve pratik becerileri kısa sürede kazanmaktadırlar. Rotasyonlar içinde kardiyoloji çok önemli bir yere sahiptir ve süresi 1 aydır. Bu çalışmada Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi öğrencilerinin kardiyoloji rotasyonu hakkındaki görüşleri ve bilgi düzeyi değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı İstanbul ili eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi alan tam zamanlı ve sözleşmeli 314 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile kardiyoloji rotasyonu hakkındaki görüşleri ve bilgi düzeyi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yarısından fazlası kardiyoloji rotasyonunu eğitim yönünden yeterli bulmayıp eğitim süresi açısından yeterli bulmaktadır. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyolojide edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesinde en yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Dislipidemi tanısını koyabilirim ve gerekli durumda sevk edebilirim”, “İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın tanısını koyabilir ve gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim” ve “Ritim bozukluğuyla gelen hastanın tanısını koyabilir ve gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim” maddeleri almıştır. Çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile kardiyoloji rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik puanları değerlendirilmesi sonucu erkek cinsiyet, uzmanlık türü SAHU olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$). Asistanlık süresi AHU için 0-1 yıl, SAHU için 0-2 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl, SAHU için 4-6 yıl olanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,01$). Asistan hekimlerden kardiyoloji rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Aile hekimliği asistanlık öğrencileri, uzmanlıkları sırasında aldıkları kardiyoloji rotasyonlarının mesleki becerilerini geliştirmek için genellikle yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda asistan hekimlerin kardiyoloji rotasyonunda yeterli oldukları veya eksik olduklarını düşündükleri konular ortaya çıkarılmıştır. Aile hekimliği asistanları kardiyoloji rotasyonunu niteliksel olarak yeterli bulmayıp süresini yeterli bulmaktaydılar. Rotasyonlardan beklenen bilgi düzeyi hedefleri oluşturulup eksiklikler için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Kardiyoloji, Bilgi düzeyi

ABSTRACT

Introduction: Rotations are an important part of the Family Medicine residency training process. In addition to the rotation, the family medicine residency students gain extensive experiences about the clinical assesment where they can live and practical skills in a short time. Cardiology has a very important place in rotations and its duration is one month. In this study, it is aimed to evaluate the opinions an the level of the knowledge of the family medicine residency students about cardiology rotations.

Materials and Methods: 314 of full time or contracted family medicine assistants, who worked in University of Health Sciences training an research hospitals in İstanbul, included in study. The opinions and knowledge levels about cardiology rotation were evaluated with a questionnaire which is prapered by researchers.

Results: More than half of the participants find insufficient in terms of education although find sufficient in terms of education period about cardiology rotation. In the evaluation of the self efficiacy participants from the items related to the clicinal core competencies targeted to be acquired in the cardiology rotation of the core cirriculum of family medicine, the highest scores are ‘I can diagnose dyslipidemia and I can refer it if necessary’, ‘I can diagnose the patient presenting with ischemic heart disease and I can refer it when necessary’ and ‘I can diagnose the patient presenting with rytmic disorders and I can refer it when necessary’,respectively. As a result of the evaluation of the gender, type of specialty student and duration of the residency of the resident physicians included in the study and the clinical basic competency scores targeted in the cardiology rotation, the male gender, specialty type of SAHU were found to be statistically significantly higher ($p < 0.05$). The scores of those whose residency period was 0-1 year for AHU and 0-2 years for SAHU were statistically significantly lower than 2-3 year for AHU and 4-6 years for SAHU ($p < 0.01$). Among the resident physicians, those who completed cardiology rotation and those who found their education and training period adequate had statistically significantly higher clinical core competencies scores ($p < 0.05$).

Family medicine residency students think the cardiology rotation they received during their specialization are often insufficient to develop their professional skills.

Conclusion: As a result of the study, the subjects that resident physicians thought they were sufficient or insufficient about cardiology rotation are revealed. Family medicine resident physicians find the cardiology rotation insufficient in terms of quality and sufficient in terms of duration. The knowledge level targets expected from the rotations must be established and for the shortcomings necessary arrangements must be made.

Keywords: Family medicine, cardiology, knowledge level



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği, birey ve toplumun sağlığına katkıda bulunmak üzere; doğumdan itibaren hayatı kapsayan tüm dönemlerde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorularının erken tanısı, tedavisi ve takibi için gerekli bilgi ve beceriyi içeren bir uzmanlık dalıdır. Diğer branşlar hizmet vereceği hedef kitleyi cinsiyet, yaşı ve tanılarına göre kategorize ederken, aile hekimi ayırım yapmaksızın herkese birçok yönden bakım verme ve gereklilik durumunda hastaları ilgili bir üst basamağa yönlendirme görevini üstlenmiş hekimdir.

Türkiye aile hekimliği uzmanlık eğitime 1985'te başlamış olmasına rağmen, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin standardize olması ve sistematikleştirilmesi uzun zaman sonunda olmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin başlarında sadece kısıtlı sayıda üniversitelerin bünyelerinde anabilim dalları kurulup eğitim gerçekleştirilmiştir. Bu üniversiteler başta özgün uzmanlık eğitim programlarını oluşturmuş ve sonra Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından ortak bir eğitim müfredatı yayınlanmıştır. TUKMOS tarafından belirlenen Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 11.09.2019 'da en güncel halini almıştır.¹

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ; eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalları tarafından üç yıl boyunca verilmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde rotasyonlar önemli bir yere sahiptir. Aile Hekimliği asistan hekimleri rotasyonlar ile sahada karşılaşabileceği durumlarda klinik olarak değerlendirme ve uygulama becerisi açısından yeterli seviyede deneyimi kısa zamanda kazanabilmektedir. Çekirdek müfredata göre belirlenen eğitim programında aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı önceden rotasyonlardan oluşmaktayken, daha sonra rotasyonların süresi kısaltılarak 18 aya düşürülmüştür².

Dahili bir branş olan kardiyoloji aile hekimliğinde önemli bir yere sahiptir. Kardiyovasküler hastalıklar erişkin yaşıta en sık görülen ve dünya genelinde en fazla ölüme neden olan hastalıklardır. Ancak dahili branşlar grubunda yer almakla birlikte kardiyoloji rotasyonu Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21–23.06.2010 tarihli 82 numaralı kararına göre 1 ay olarak planlanmıştır².

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde kazandırılması gereken bilgi ve beceriler Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sisteminde (TUKMOS) uzmanlık eğitimi süresince kazanılması gereken yetkinlikler klinik ve girişimsel yetkinlikler başlıkları altında toplanmıştır. Klinik yetkinlikler dört ana düzey ve iki adet ek düzey olarak tanımlanmıştır. Tanı (T), tanı ve tedavi (TT), ekip çalışması yaparak tanı ve tedavi (ETT) düzeylerini ve bunlara ek olarak Acil (A) ve Korunma (K) düzeylerini içerir. Dolayısıyla TUKMOS'ta yer alan klinik yetkinlikler TT-A-K, ETT-A-K, TT-K, T-A-K ve T-K düzeylerine göre gruplandırılmıştır. Kardiyoloji alanında etkin tanı ve tedavi yöntemleri kadar kalp hastalıklarını artıran risk faktörleri ile mücadele yani korunma da önem taşır ve K (Korunma) düzeyi müfredatta tanımlanan tüm yetkinliklerde yer almaktadır¹.

Klinikte öğretici gözetiminde yapılan rotasyon sürelerinin kısa olması eğitimin niteliğinde ve niceliğinde kısacası kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Kardiyoloji rotasyonunda öğrenilmesi gereken birçok şeyi daha kısa zamana sığdırmak hem zor olmakta hem de yeterince pratik uygulama yapabilme imkânını engellemektedir. Bu da aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kendilerini bilgi düzeyi açısından yetersiz hissetmelerine ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır⁴.

Aile hekimliği asistanlarının, yeterliklerini gözden geçirmeleri, gereksinimlerine göre öğrenme olanaklarını belirlemeleri gerekmektedir. Kendi bilgi düzeylerini değerlendirme becerileri, öğrenmenin yönlendirilmesi için dış değerlendirme kadar gerekli olmaktadır. Bireyin bir görevi başarılı bir biçimde yapabilmesi için sahip olunması gereken özelliklerin kendinde bulunduğu dair inancını tanımlamak amacıyla özyeterlilik kavramı kullanılmaktadır³. Özyeterlilik kavramının davranış değişikliğinin bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Özyeterliliği yüksek olan öğrenciler zor görevlerde daha istekli olup daha fazla çalışmakta, herhangi bir görevden kaçınma ya da görevi yarıda bırakma davranışında nadiren bulunmaktadır. Yüksek düzeyde özyeterlilik, aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin stresle ve olumsuzluklarla baş etme ve kişisel performansını artırmaktadır. Özdeğerlendirme, öğrenmenin düzenlenebilmesi için gerekli olduğu kadar, programların geliştirilmesine de katkıda bulunur. Tıp eğitimi alanında programların geliştirilmesi amacıyla, öğrencilerin ve mezunların özdeğerlendirmelerini ölçmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Eğitimciler

geribildirim sonuçlarının fakültelerde eēitime yönelik yapılan araştırmalarda ēretim kalitesini artırmak için yardımcı olduēu ve eēitimi şekillendirmede yol gösterici olacaēı konusunda hemfikirdir. Ancak uzmanlık eēitiminde buna yönelik yapılan çalışmalar sınırlı kalmaktadır.

Aile Hekimliēi asistanlarının, uzmanlık eēitiminde kazanılması gereken yetkinliklere ilişkin zdeēerlendirmeleri, ērenmelerini düzenleme yeteneklerinin gelişimine ve program geliştirmelerine katkıda bulunacaktır. Bu çalışmada da amaç Türkiye'nin farklı kurumlarında aile hekimliēi uzmanlık eēitimine devam etmekte olan asistanların çekirdek eēitim programında belirlenen yetkinlikler açısından kardiyoloji rotasyonunda kazandıkları bilgi düzeyi, verilen eēitim hakkındaki görüşleri ve rotasyon yaptıkları hastane, yaş, cinsiyet gibi deēiřkenlik gösteren parametreler açısından farklılıkları deēerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN ORTAYA ÇIKIŞI

İlk “İyileştirici” kişinin tarihte ilk yardıma koşan olduğu, yani tıp tarihinin insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Yapılan keşiflerle ilaç ve tıbbi cihazların ilerlemesi sayesinde tıptaki hızlı bilgi birikimi tıbbın ayrıntılı bölümlere ayrılması ihtiyacını doğurmuştur. Böylelikle hastalar medikal veya cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Sonraki süreçte branşlaşma derinleşerek cinse (kadın hastalıkları ve doğum), yaşa (çocuk sağlığı ve hastalıkları), hastalıkların meydana geldiği organa (kardiyoloji, göğüs hastalıkları ,psikiyatri...) ayrılmıştır. Hatta , Hipokrat’ın en temel ikinci öğretisi olan “Hastalık yoktur, hasta vardır” aforizmasının tamamen aksine, hastalar bir bütün olarak değil de yalnızca hastalığına yönelik olarak incelenmeye başlanmıştır⁵. Bu parçalanmanın sonucunda hasta ve hekim arasındaki ilişki, hastalık ve hekim ilişkisine dönüşmüş ve hekimler hastalara olan bütüncül bakış açılarını yitirmiştir. Hastalarla hekimler arasındaki ilişkilerin bozulması durumu ilk kez 1923’te Amerikalı hekim Francis Peabody tarafından ortaya konulmuştur ⁶.

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü kurulduktan sonra yayınlanan raporlarda kişilere ihtiyacı olan hizmetlerin götürülmesi, kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta veya evde hasta tedavisinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının (sevk zinciri) gerekliliği vurgulanmıştır. Zaman içinde hastayı her açıdan bütüncül olarak gören, yaşadığı çevreyi tanıyan, tanı tedavi ve koruma sürecine bu bilgileri dahil eden hekimlere ihtiyaç duyulmuştur^{7,8}. Bu konuda en uygun hekim grubu hiçbir konuda uzmanlaşmamış tıp fakültesi mezunları olmuştur.

1966 yılında Case Western Reserve University, Cleveland’den John Millis, Ph.D başkanlığında toplanan bir heyetin yayınladığı raporda birinci basamakta sağlık bakımı için mezuniyet sonrası eğitimin gerekli olduğu vurgulanmıştır⁹. Aynı yıl Ad Hoc Committee in Education for Family Practice of Council on Medical Education of the American Medical Association, William Willard, MD, University of Kentucky Lexington başkanlığında yayınlanan raporda da hastaların sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için “Family practice” adında yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından bahsedilmiştir ^{10,11}.

Bu yeni kurulan uzmanlık dalının adının “Family practice (aile uygulaması)” olmasının sebebi ise hastayı ailesinin içinden ele alıp tanı ve tedavi sürecine ailesinin de dahil edilmesidir.

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADA GELİŞİMİ VE TARİHİ

Aile hekimliği kavramının kademeli olarak ortaya çıkmasıyla birlikte pratisyen hekimlik disiplinini geliştirmek ve genel tıp standartlarını yükseltmek amacıyla 1952 yılında İngiltere'de bir Genel Pratisyen Hekimler Koleji (College of General Practitioners) kurulmuştur. 1963'te İngiltere'nin Edinburgh kentinde aile hekimliği ilk üniversite kürsüsü kurulmuş, 1967 yılında Kraliyet tarafından kabul edilip 1972 yılında ise Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (The Royal Collage of General Practititoners) adıyla kurumsallaşmıştır^{12,15}.

1967 yılında Almanya, Hollanda, Fransa, Belçika ve İtalya'nın desteğiyle Avrupa Pratisyen Hekimler Birliği'nin (UEMO) kurulması ile Avrupa'da Aile hekimliği/Pratisyen Hekimlik kavramı hız kazanmıştır. UEMO'nun misyonu, pratisyen hekimlerin eğitime ve standartlarına katkıda bulunmak, meslek haklarını savunmak ve sosyo-ekonomik çıkarlarını desteklemek olmuştur.

1974 yılında Leeuwenhorst ve grubu tarafından Hollanda'da düzenlenen Avrupa Aile Hekimliği Eğitim Konferansı, aile hekimliği ve aile hekimliğinin gereksinimlerine odaklanmıştır. Bu, aile hekimliğinin tanımı, gerekliliği ve eğitim süreci açısından aile hekimliğinin tarihindeki en önemli olayların ilkinin temsil etmektedir^{16,17}.

1978 Alma-Ata Konferansında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. “2000 yılında herkes için sağlık” sloganı altında bir dizi hedef ve strateji tanımlanmıştır. Aile hekimliğinin, sağlık hizmetlerinde basamaklar arasındaki organizasyonunda önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir¹⁸. Aynı zamanda, birinci basamakta sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasının benzersiz bilgi ve beceriler gerektirdiği ve bunun uzman hekimler tarafından verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu konferans aile hekimliği tarihindeki dönüm noktalarından biridir.

1986 yılında toplanan Avrupa Birliği, Avrupa'da pratisyen hekimler için asgari eğitim standartlarının oluşturulması ihtiyacına ilişkin yönetmeliği kabul etmiştir. Yönetmelik, birinci basamaktaki hekimlere verilmesi planlanan eğitimin en az iki yıl sürmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu Avrupa Birliği kararları, aile hekimliği eğitim süresinin belirlenmesinde ilk adımlardandır. Aile hekimliğinin Avrupa çapında bilimsel ve akademik temsilini sağlamayı amaçlayan ve 1994 yılında Kanada'nın Ontario şehrinde düzenlenen Dünya Ulusal Üniversiteler, Akademiler ve Genel Pratisyen Hekimler/Aile Hekimleri Akademik Dernekleri Örgütü (WONCA) ve DSÖ, aile hekimliğinin yetkileri, hedefleri ve işleyişi adına önemli kararlar almıştır. Alınan kararlarla, maliyet etkinliğinin sağlanması ve gereksinimlere yanıt verebilmek için temel değişikliklere ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, her durumda aile hekiminin ilk başvuru hekimi olması gerektiği vurgulanmıştır. Her ülkede aile hekimleri için bağımsız bir teşkilat kurulması gerektiği savunulmuştur. Bu konferans, aile hekimliği tarihinde politika oluşturmada bir başka kilometre taşı olarak işaret etmektedir.

2.3. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI

Dünyadaki tüm bu gelişmelerle birlikte yıllar içinde farklı aile hekimliği tanımları ortaya çıkmış ve dünya çapında geçerliliği olan bir aile hekimliği tanımına ihtiyaç duyulmuştur. İlk olarak 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji(RCGP) tarafından ve daha sonra 1974 yılında Hollanda'da düzenlenen İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitim toplantısında Leeuwenhorst ve bir çalışma grubu, birinci basamak hekimliğinin diğer uzmanlık dallarından farklı olduğunu vurgulamıştır. RCGP'nin 1972 raporu 1977'de revize edilmiş ve Leeuwenhorst ve çalışma grubunun 1974 raporu düzenlenerek 1977'de yayınlanmıştır^{12-14,16,17}

Leeuwenhorst(1974), aile hekimliğini şöyle tanımlamıştır;

"Bir pratisyen hekim, cinsiyet, yaş veya hastalığa bakılmaksızın bireylere, ailelere ve sağlık merkezine bağlı popülasyonlara kişisel ve devam eden birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu kişidir. Hasta hizmetlerini görüşme odalarında, hastaların evlerinde, bazen de klinik ve hastanelerde erken teşhisin sağlanması ve bakım süreci boyunca hastaların sağlık ve engellilik durumlarının takip edilmesini amaçlamaktadır. Bunları değerlendirirken fiziksel,

psikolojik ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurur ve entegre eder. Bir hekim olarak önüne çıkan herhangi bir sorunda ilk kararı o verir. Kronik, tekrarlayan veya ölümcül hastalığı olan hastaların sürekli bakımını üstlenir. Uzun süreli iletişim, aile hekimlerinin her hasta için uygun bir hızda bilgileri toplamak ve güven ilişkisi kurmak için düzenli fırsatlardan yararlanabilmesi anlamına gelir. Hekimler, diğer tıbbi olmayan personel ile işbirliği yapar. Tedavi, önleme ve eğitim yoluyla hasta ve aile sağlığını iyileştirmek için ne zaman ve nasıl inisiyatif alacaklarını bilirler. Ayrıca topluma karşı mesleki sorumlulukları olduğunun da farkındadır.”^{16,17,19,20}.

WONCA'nın 1991'de tanımlandığı gibi ise aile hekimi¹⁹⁻²⁴. “Birinci basamak hekimi veya aile hekimi, tıbbi yardım isteyenlere kapsamlı bakım sağlamak ve ihtiyaç duyulduğunda diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirmek konusunda sorumluluğa sahip hekimdir^{19,20,21,22,23,24}. Tıbbi yardım isteyen herkesi kabul eden genel tıp hekimi işlevi görür; bu arada diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları, hizmet sunumlarında cinsiyet, yaş ve teşhise dayalı kısıtlamalar uygular.

Pratisyen hekimler veya aile hekimleri, din, ırk, kültür veya sosyal sınıfa bakılmaksızın toplum bağlamında bireylere ve ailelere bakım sağlar. Sosyoekonomik, kültürel ve psikolojik koşulları dikkate alarak, bir bireyin alması gereken bakımın çoğunu sağlamaya yönelik klinik açıdan yetkin kişilerdir. Ayrıca hastalarının kapsamlı ve devam eden bakımı için kişisel sorumluluk alır.

Bir pratisyen hekim/aile hekimi, bireyin sağlık gereksinimlerine ve hizmet verdiği toplumun mevcut kaynaklarına bağlı olarak mesleki görevlerini bizzat veya diğer sağlık personellerinin hizmetleri aracılığıyla yerine getirir.

Olesen ve arkadaşları 2000'de aile hekimliği ve pratisyen hekimliği şu şekilde tanımlamıştır : "Pratisyen hekimler, sağlık sisteminin ön saflarında çalışan ve hastaların sağlık sorunlarına yönelik ilk adımları atmak üzere eğitilmiş hekimlerdir. Sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını, hastaların kişisel ve sosyal özellikleri ne olursa olsun hastaların yararına olacak şekilde mümkün olan en iyi şekilde organize eder. Genel pratisyen hekimler, tıbbi sosyolojiyi ve tıbbi psikolojiyi kullanarak önleme, teşhis, tedavi, ve palyatif bakım alanlarında bireylerle ilgilenirler.”

^{19,20,21,22,23,24}

2001 yılında Barselona'da düzenlenen Temel İçerik Konferansı'nda (Core Content Conference) aile hekimliği şu şekilde tanımlanmıştır : "Aile hekimleri, genel tıp ilkeleri konusunda eğitim almış uzman hekimlerdir. Esasen, yaş, cinsiyet veya hastalığa bakılmaksızın tıbbi bakıma ihtiyaç duyan tüm insanların kapsamlı ve sürekli bakımından sorumlu kişisel hekimlerdir. Hastalara yaşadıkları toplum, aileleri ve kültürleri bağlamında hizmet verirler. Hastalara karşı profesyonel sorumlulukları olduğunun da farkındadırlar. Hastalarıyla bakım planı yaparken görüşmelerde elde edilen bilgi ve güveni kullanarak hastalar hakkındaki fiziki, psikolojik ve sosyal faktörleri birleştirirler" ^{19,20,21,22} .

Barselona'daki 2001 konferansı, WONCA tarafından 2002 ve 2005'te yayınlanan makaleleri kapsıyordu. Aile hekimliği ve genel pratisyenlik tanımı, 2002 yılında WONCA Europe tarafından yayınlanmış ve 2003 yılında hem ulusal hem de Avrupa düzeyinde aile hekimliğinin sağlık sistemindeki temel görevine ilişkin tartışmayı bilgilendirmek ve katkıda bulunmak için Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu belge 2005 yılında düzenlenerek 2011 yılında tekrar Türkçeye çevrilmiştir.

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHİ

2.4.1 OSMANLIDA AİLE HEKİMLİĞİ

Tıphane ve Cerrahhane-i Amire'nin 14 Mart 1827'de açılmasıyla modern tıp eğitimi başlamıştır. 1861 yılında, ülkede çalışan doktor ve ebelerin sayı ve nitelikleri hakkında bilgi almak, kayıt altına almak ve kontrol etmek amacıyla Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname'' çıkarılmıştır^{25,26}. Bu, tıp organizasyonu açısından çok önemli bir girişim olmuştur. İlk olarak, kırsal alanlara tıbbi hizmet sağlamak için doktor sayısının artırılmasına ihtiyaç vardı. Bu nedenle 1866 yılında Mekteb-i Tıbbiye'de bir sivil tıp veya Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye açılmış ve 1867 'de Türkçe eğitime başlanmıştır. Daha sonra 1870 yılında askeri okullarda Türkçe tıp eğitimi başlamıştır²⁷. Sivil Tıbbiye'nin kurulmasının amacıysa, ülke çapında doktor atamaya çalışmaktır ²⁶. 1871 yılında, Sivil Tıbbiye henüz ilk mezunlarını vermeden İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi yayınlanmış, burada yetişen hekimlerin "Memleket Hekimi" adı altında eyalet ve kazalara yerleştirilmesini öngören bir genelge çıkarılmıştır. Nizamname kapsamında atanan hekimlerin sadece tedavi edici

hizmet vermeleri değil, aynı zamanda koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri vermeleri de bekleniyordu. Sağlık kurumlarındaki bu uygulama istenilen sonuçları vermese de 1882 yılında İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsus Kanun Velayet ile teşkilatların görev ve yetkilerinde ve bazı tanımlamalarda farklılıklar yapılmıştır. 1888'de memleket hekimlerine devlet tarafından maaş ödemesi yapıldı. Osmanlı dönemi tıp sisteminin temel amacı doktor açığını kapatmak, taşraya sağlık hizmeti vermek, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunmaktı.

2.4.2 TÜRKİYEDE AİLE HEKİMLİĞİ

23 Nisan 1920 tarihinde Adnan Adıvar, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulmasıyla atanan ilk Sağlık Bakanı oldu. O zamanlar Türkiye'de sağlık altyapısını düzenleyen herhangi bir yasa, kararname veya yönetmelik yoktu. 29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin ilanı ile Sağlık Bakanı olarak atanan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü ve ona bağlı Hıfzıssıhha Mektebi İstanbul ve Ankara'da verem kliniklerini kurmuştur. Kurduğu Sağlık Enstitüsü ile birçok aşı ve serum üretilmiştir. Ancak bu tesiste aşı üretimi 1997 yılında sona erdirilmiş ve laboratuvar 2011 yılında kapatılmıştır. Dr.Refik Saydam zamanında günümüz sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan pek çok düzenleme yapılmıştır. 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, tüm sağlık politikasını yöneten anayasadır. Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler üç gruba ayrılmıştı. Birinci grup, ilçe ve illerde görev yapan ve koruyucu hekimlik, tedavi, nüfus işlemleri, sosyal yardım, adli tıp ve eczacılık gibi görevlerde bulunan devlet tabiplerinden oluşuyordu²⁸⁻²⁹. İkinci grup, görevleri aşılama, tedavi, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve eğitim olan gezici tabiplerden, üçüncü grup ise 1924 yılında kurulan yataklı tedavi kurumlarında çalışan tabiplerden oluşmaktaydı^{28,29,30}.

Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı dönemi, Veremle Mücadele Derneği, Sıtmayla Mücadele Derneği gibi kuruluşlar aracılığıyla salgın hastalıklarla mücadele etmede önemli gelişmelerin olduğu bir dönemdir³¹. Dr. Behçet Uz, 1954'te ikinci kez Sağlık Bakanı olunca ulusal bir sağlık programı uygulamaya koymuştur. Hastane temelli sağlık politikası yaklaşımı; tüm il ve ilçelerde hastanelerin açılmasıyla birlikte sağlık merkezleri sayısı önemli ölçüde artmış ancak bu durum, birinci basamakta koruyucu

hekimliği ikinci plana atmış ve tedavi hizmetlerinin önemini artırarak genel tıp alanında branşlaşmayı doğurmuştur^{30,31,32}.

1961 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in Milli Birlik Komitesi üyelerinin desteğiyle hazırladığı 224 sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla sağlık merkezi yerine sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocağı kurulan yerlerden hükümet hekimlikleri kaldırılacaktır. Bu yeni sistemin en çarpıcı özelliği nüfusa göre örgütlenmesidir. Bu nedenle her köyde her 5.000 ile 10.000 kişi için bir sağlık ocağı ve her 2.000 ile 3.000 kişi için bir sağlık evi açılacaktır. Sağlık ocaklarında en az bir hekim ve yeterli sayıda yardımcı sağlık personeli görev alacaktır. Sağlık evi, sağlık ocağına bağlı olarak çalışacak ve sağlık evinde bir ebe görev alacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ilk aşamalarında başarıyla uygulanmış, ancak sistem hızla yıpranmaya başlamıştır. Dr. Nusret Fişek tarafından başarısızlık nedenleri değerlendirilmiştir. İlk olarak, bütçeden sağlığa düşen kısıtlı imkanlardan dolayı hizmetlerin kırsal alanlara verimli bir şekilde sunulması engellenmiştir^{33,34}. Aynı zamanda yeterli sayıda hekim tahsis edemedikleri için hastaneler ile sağlık ocakları arasındaki bağlantılar kurulamamıştır. Ayrıca hekimleri bu alanlarda çalışmaya teşvik edecek ücretler ödenemediğinden, sistemin işlemlerini sağlamak için hekimlerin özel muayenehanelere girmesine izin verilmiştir. Bu, sistemi çalışamaz hale getirmiştir. Daha sonra 1978'in sonlarında, kamu sektörü hekimlerinin tam zamanlı çalışmasına izin verecek bir muayenehane açmaları kanunla yasaklanmıştır.

Aile hekimliği kavramının altyapısını hazırlayan ülkelerde tüm bu tarihsel gelişmeler yaşanırken, dünyada Aile Hekimliğini ayrı uzmanlık branşı olarak kabul etme yönünde değişimler ve gelişmeler yaşanmaktaydı. Sağlık sistemindeki bu değişikliklerin bir sonucu olarak, bütüncül yaklaşım ile hastaları değerlendirmeyi amaçlayan genel hekimlik ayrı uzmanlık dalı olarak ilk kez 1983 yılında "Aile Hekimliği" ayrı bir uzmanlık olarak tıp tüzüğüne eklenmiştir.

Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk olarak 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde hizmete başlamıştır³⁵. Birinci basamak hekimleri için mesleki eğitim ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de (Türkiye'nin en büyük üç şehri) Sağlık Bakanlığı'na bağlı dokuz eğitim hastanesinde başlamıştır.

DSÖ, aile hekimliğini geliştirmek amacıyla her ülkede bağımsız aile hekimliği kuruluşlarının kurulmasını tavsiye etmektedir. 1990 yılında Ankara'da uzmanlık eğitimlerini tamamlamış hekimler tarafından Aile Hekimleri Derneği (AHUD) kurulmuştur. Bu gelişme, disiplini düzenlemeye yönelik ilk resmi adım olmuştur. Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) , 1998 tarihinde Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almış ve 2003 yılında ise TAHUD WONCA Avrupa Bölgesi'ne üye olmuştur.

Türkiye'de ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 26-30 Nisan 1993 tarihlerinde Ankara'da 'Aile Hekimi Eğitici Kursu' düzenlenmiş ve 88 birinci basamak hekimi eğitici olarak sertifikalandırılmıştır³⁶ . 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) kararı ile Fakülteler bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş, 12547 numaralı karar ile yürürlüğe girmiştir. 17 Eylül 1993 tarihinde Trakya Üniversitesi'nde ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve lisans uzmanlık eğitimine başlanmıştır³⁷ .

2000 lerde Marmara Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Adnan Menderes Üniversitesi başta olmak üzere birçok üniversitede aile hekimliği eğitimi verilmeye başlandı. Daha önce, üniversiteler kendi müfredatlarını oluşturup yayınlıyordu. Fakat mesleki eğitimin standardize edilmesi, kaliteli ve sistemli sunumunun sağlanması için merkezi bir kurum tarafından temel bir müfredat oluşturulması gerekmektedir. Bu yüzden Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHYK) , kurulduğu günden bu yana ülke çapında yürütülen müfredat belirleme çalışmalarını dikkate alarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi için ulusal bir müfredat geliştirmiştir. Bu program 2007'de yayınlanmış ve 2012'de güncellenmiştir. 2009 yılında, Uzmanlık Eğitimi müfredatı ve Tıpta Uzmanlar Kurulu (TUK) tarafından gözden geçirilmesi için Genel Tıp Komitesi kurulmuştur.

TUK'un 21-23 Haziran 2010 tarihli 82 sayılı kararına kadar 1985 yılından itibaren 3 yıl süre olarak verilen, tamamı rotasyonlardan oluşan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde rotasyonların süresi kısaltılmış ve Aile Hekimliğinin temel ilkelerine uygun olarak on iki (12) aylık zamana ayrılmıştır². Sonraki müfredatlarda bu süre 18 aya çıkarılmıştır.

Aile Hekimliği Sistemi, 2004 yılında 5238 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile getirilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ilk olarak pilot bölge olarak seçilen Düzce’de 2004 ‘te başlamış ve tüm Türkiye’ye zamanla yayılmıştır.

2.4.3 AVRUPADA AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimlerinin mezun olduktan sonra ayrı bir eğitim süreci gerektirdiği anlayışından hareketle Avrupa Birliği tarafından 1986’da çıkarılan yönetmelikle pratisyen hekimlik eğitimi için asgari standartlar belirlenmiştir. Aile hekimliği uzmanı olmak için eğitimin mezun olduktan sonra en az iki yıl devam etmesi gerektiği belirlendi. 1993 Avrupa Ekonomi Birliği (EEC) direktifi ile Avrupa Birliği’ne üye her devlette gerekli becerileri kazanarak yetişen ve diploma alan aile hekimi, daha ileri bir eğitim almaksızın AB’ye üye her yerde hekimlik uygulayabilme hakkı kazanmıştır³⁸. 1995’te Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) konferansında, pratisyen hekimlik uzmanlaşma süreci için iki yılın yetersiz olduğu ve üç yıla uzatılması önerilmiştir. Ayrıca bu eğitim sürecinin rotasyonlar dışında kalan diğer yarısının birinci basamakta tamamlanması gerekmektedir³⁹. 2001 yılında aile hekimliği uzmanlığının akademik gerekliliği nedeniyle bu süre en az üç yıla çıkarılmıştır⁴⁰. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi artık dünya çapında 3-6 yıl süreyle sunulmaktadır⁴¹.

Aile hekimliği eğitimi Fransada üç yıl sürer ve 6 farklı serviste (Acil servis, dahiliye, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi,) 6 ay rotasyon ve teori dersleri ile birlikte staj bulunmaktadır⁴². Hasta kayıtlarını ve bilgileri güncel tutmak da birinci basamak hekiminin sorumluluğundadır. Hekim toplumun korunmasına katkıda bulunur ve bu korumalar arasında ; arasında bağışıklama takibi, risk altındaki hastalar için yıllık grip aşılı ve risk grubundaki kişiler için iki yılda bir kolon ve meme kanseri taramaları yer alır⁴².

Almanya’da aile hekimleri, dahiliye uzmanları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından birinci basamak sağlık hizmeti hastane alanları dışında, ayakta tedavi merkezleri ve özel kliniklerde sağlanan tüm hizmetleri içerir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Almanya’da 5 yıl (60 ay) sürmektedir ve 36 ayı dahiliye kliniğinde serviste ve poliklinik hizmetleri için eğitim olarak

geçirilmektedir. Kalan 24 ayda asistan hekim, alanında uzman aile hekimi tarafından mesleki eğitimini tamamlayarak kendi özel kliniğini açmaya hazır hale gelir⁴³.

İspanya'nın sağlık sisteminin iki ana bileşeni vardır. Birincisi, pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin çalıştığı "Centro de Salud" (Sağlık Merkezi) adı verilen temel düzeyi, ikincisi ise uzmanların çalıştığı hastaneyi temsil eder⁴⁴. Centro de Salud birimlerinde aile hekimi, pediatrist, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelleri görev yapmaktadır. Türkiye'den farklı olarak, İspanyol aile hekimleri pediatrik hastaların tedavisi, takibi ve aşılarının takibinden sorumlu değildir. Tüm bunlardan sağlık merkezinde görev yapan pediatristler sorumludur. 1978'de Alma Ata Deklarasyonu'nu takiben, İspanya'da "Aile hekimliği"ni bir uzmanlık dalı olarak tanıyan yasanın yürürlüğe girmesi ile tıp fakültelerinde asistan eğitime başlanmıştır. 2005 yılına kadar aile hekimi asistanlarının eğitim süresi 3 yıl iken, 2005 yılından itibaren 4 yıla uzatılmıştır. Asistan hekimler her yıl en az üç ay (dördüncü sınıfta on bir ay) tıp merkezinde çalışırlar. Eğitim uygulamasının önemli kısmını Dahiliye oluşturur, takibinde Kadın Hastalıkları ve diğer cerrahi bölümler gelir. Asistan hekimler ayrıca acil serviste dört yıllık süre boyunca nöbet tutmaktan sorumludur⁴⁵.

2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR

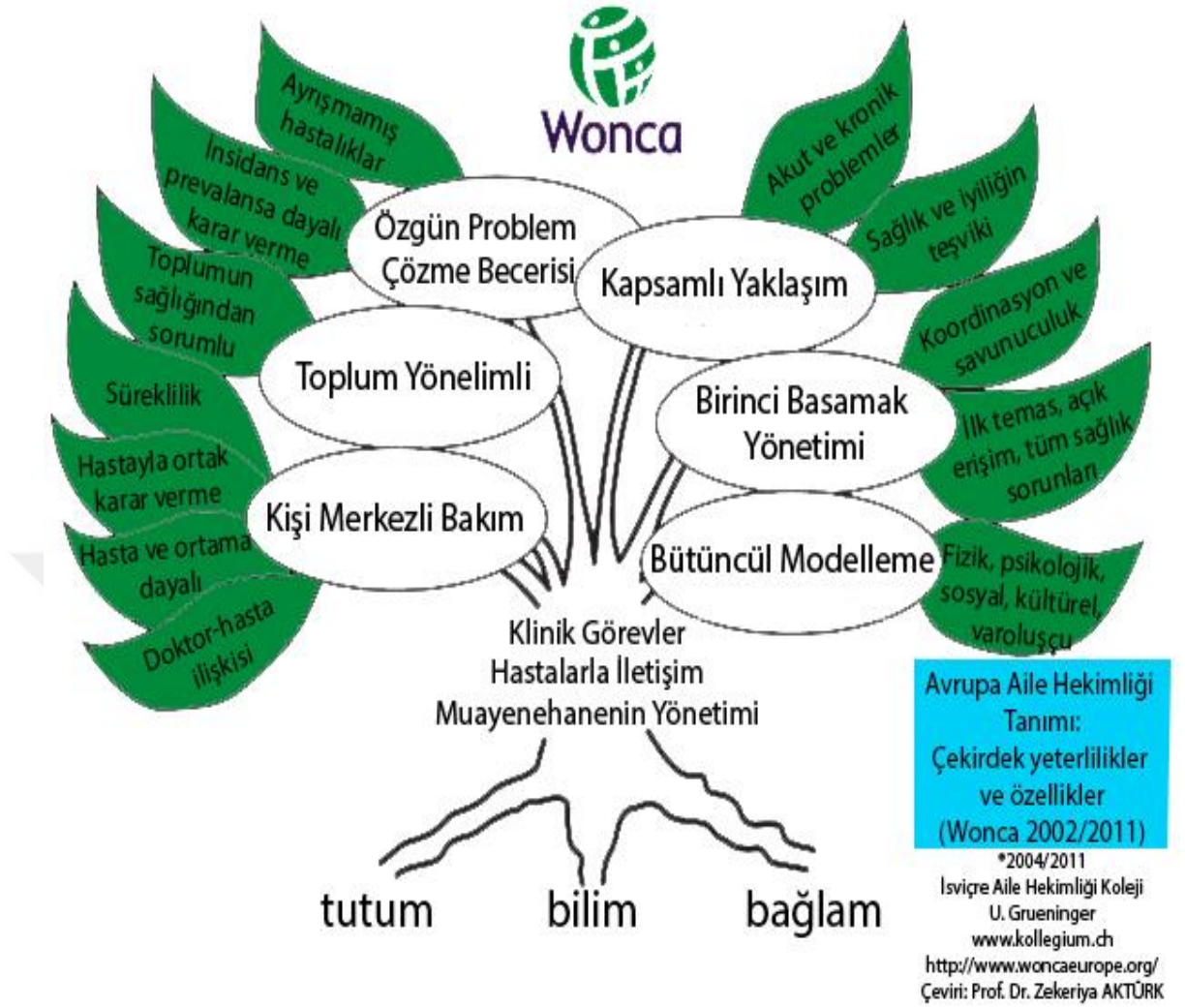
2002'de yayınlanan ve 2011'de revize edilen WONCA Avrupa, aile hekimlerinin ihtiyaç duyduğu çekirdek yeterlilikleri bir ağaç formatında şematize ederek bir aile hekiminin sahip olması gereken 12 temel yetenek, 6 çekirdek yeterlikte gruplandırılmıştır.⁴⁶ (Çizelge 1).

Aile Hekimi asistanlarının, çekirdek yeterlilikler uygulanırken bilimsel, bağlamsal ve tutumsal olmak üzere 3 temel durum için yeterlilik kazanmaları gerekir. Bu 3 temel özelliği kullanarak 6 çekirdek yeterliliğe ulaşmalıdır. 6 çekirdek yeterlilikte şunlar bulunmaktadır;

- Birinci basamak yönetimi; 2 temel işlevi vardır. Aile hekimi, acil durumlar dışında ilk başvurulacak hekim olmalıdır, tüm sağlık konularını ele alır, her zaman ulaşılabilir (ilk temas, açık erişim, tüm sağlık

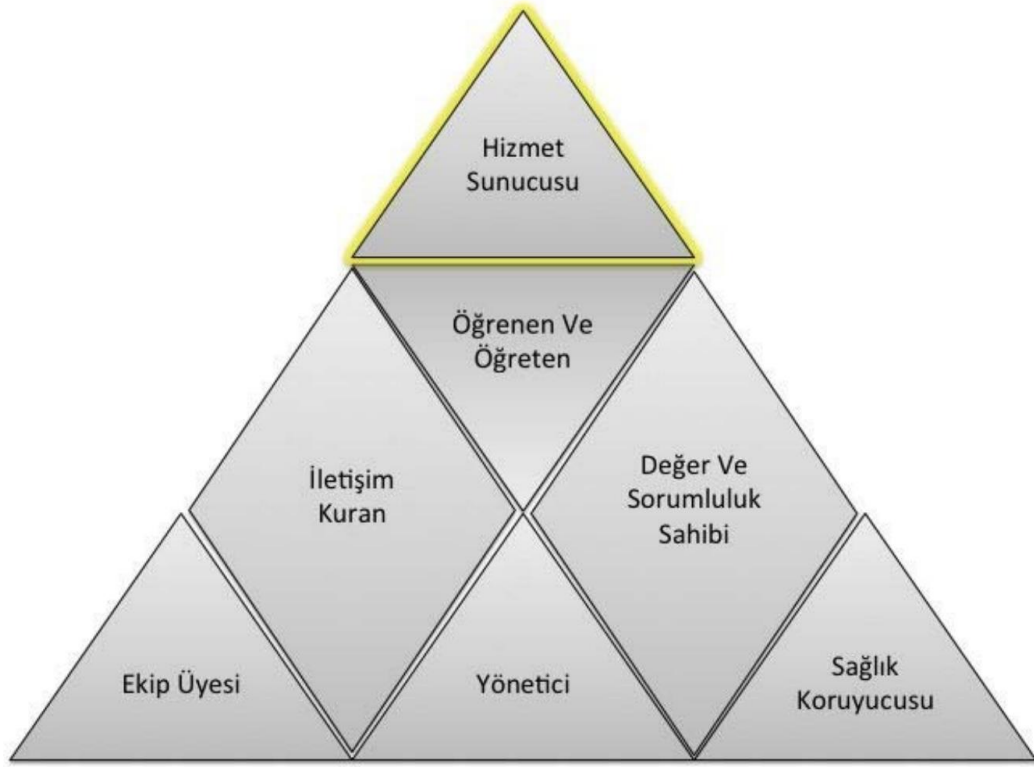
sorunları) ve diğer sağlık personellerinin hizmetlerini koordine eder ve hastayı savunur (koordinasyon ve savunuculuk).

- Kişi merkezli bakım; 4 temel işlevi vardır. Hastanın biricikliğine saygı duyarak (doktor-hasta ilişkisi) etkili bir doktor-hasta ilişkisi kurabilmeyi, hasta ve yaşadığı çevre konularını (hasta ve ortama dayalı) ele almayı, hasta ihtiyaçlarına göre ortak oluşturulmuş sağlık hizmetlerini sağlamayı (ortak karar verme) ve hasta bakımlarının sürekli devam ettirilmesini sağlar (süreklilik).
- Özgün problem çözme becerisi; 2 temel özelliği vardır. Bölgedeki prevalans ve insidansa göre hastalıkları yönetme ve henüz erken teşhis edilmemiş hastalıkları yönetmeyi ve gerekli durumlarda uygun önlemleri alabilmeyi sağlar.
- Toplum yönelimli olma; Başlıca özelliği, hastaların ve içinde yaşadıkları toplulukların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için mevcut kaynakların verimli kullanılmasıdır (toplum sağlığından sorumlu).
- Bütüncül modelleme; yeterliliğinin ana özelliği, sağlık sorunlarını fiziksel, zihinsel, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alabilme yeteneğidir (psikolojik, kültürel, sosyal, fizik ve varoluşçu).
- Kapsamlı yaklaşım; 2 ana işlevi vardır. Bireyin akut ve kronik problemlerin aynı anda yönetebilme ve hastalık önleme ve sağlığı geliştirme stratejilerini etkili bir şekilde uygulayabilme (iyilik ve sağlığın teşviki)



Çizelge 1: Aile Hekimliğinde çekirdek yeterlilikler. Wonca ağacı.

2019 yılında TUKMOS tarafından yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında, bir aile hekiminin sahip olması gereken 7 temel yetkinlik vardır (Çizelge-2) . Bu 7 temel yeterliliği uzmanlık eğitimi süresi boyunca kazandırılmalıdır. Bu alanlar bir arada uyumlu şekilde kullanıldığında yeterlilik oluşabilir. Yedinci temel yetkinlik olan Hizmet Sunucusunun klinik ve girişimsel yetkinliklere sahip olması beklenmektedir ¹. Sosyal ve metodolojik becerileri bilgi ile tamamlayıp karar verebilme yeteneği klinik yetkinlik olarak, bu becerileri tıbbi girişimlerde kullanabilmek girişimsel yetkinliği ifade eder ¹. Bahsedilen klinik ve girişimsel yetkinlikler uzmanlık eğitimi süresi boyunca rotasyonlar ve daha eğitiminden elde edilir.



Çizelge 2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni (Yedi temel yetkinlik alanı)

TUKMOS kılavuzlarına göre gereken klinik yetkinliklerin, hangi süreçlerin hangi düzeyde ve nasıl yapıldığını tanımlayan harf kodlarıyla belirlenmiş seviyeleme sistemi vardır. Beraberinde girişimsel yetkinlikler de 4 düzeyde tanımlanmaktadır¹.

Klinik yetkinlikleri düzeyleri şu şekilde kısaltmalar ve tanımlamalarla ifade edilmiştir;

B: Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma,

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme,

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme,

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme,

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme,

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyini ifade eder.

Girişimsel yetkinlikler için 4 düzey tanımlanmıştır;

1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme,

2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme,

3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme,

4: Karmaşık olsun veya olmasın, her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

2.6. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR

Aile hekimliği rotasyonları, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temelini oluşturur. 1983'te çıkarılan yönetmeliğe göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi 36 aylık bir eğitim süresi olarak tanımlanmış olup, tamamı rotasyonlardan oluşmaktadır (Toplam 18 ay dahiliye ve çocuk sağlığı ve hastalıkları, 8 ay kadın hastalıkları ve doğum, 4 ay psikiyatri, 6 ay acil servis) fakat bu eğitim sürecine aile hekimlik saha uygulaması dahil edilmemiştir ⁴⁷. Sonrasında yayınlanan yönetmeliklerle toplam rotasyon süresi kısaltılarak saha eğitimi sürecine yer verilmiştir.

2010 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Çekirdek Müfredatı ile, rotasyon süreleri 24 aya indirilmiş, saha-alan eğitim süresi 12 ay olarak belirtilmiştir. Bu müfredata göre yapılması gereken rotasyonlar ve süreleri dahiliye için 6 ay (kardiyoloji polikliniklerinde 1 ay geçirmek üzere), pediatri için 6 ay, kadın hastalıkları ve doğum için 5 ay, genel cerrahi için 2 ay, psikiyatri için 3 ay olmuştur. Ayrıca dermatoloji, göğüs hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kulak burun boğaz bölümlerinden birinde tamamlanması gereken 2 aylık isteğe bağlı bir rotasyon vardır

⁴⁸.

2013 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında rotasyonlar 18 ay ile sınırlandırmış ve saha eğitimi 18 ay olup eğitim süresinin yarısı olacak şekilde belirlenmiştir. Müfredata göre dahiliye 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 4 ay, pediatri 5 ay, psikiyatri 2 ay, göğüs hastalıkları 1 ay, kardiyoloji 1 ay ve genel cerrahi 1 ay olarak eğitim süresi belirtilmiştir⁴⁹.

2017 yılında yayınlanan müfredatta rotasyonun toplam süresi 18 ay olarak kalmış ancak kliniklerdeki eğitim süre dağılımları değiştirilmiştir. Bu müfredata göre pediatri 4 ay, dahiliye 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 3 ay, psikiyatri 2 ay, dermatoloji 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay, acil tıp 1 ay, kardiyoloji 1 ay, seçmeli rotasyon 1 ay (genel cerrahi, nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon) olarak belirlenmiştir². Bunda yapılan değişikliklerle 5 ay olan pediatri 4 aya, 4 ay olan kadın hastalıkları ve doğum 3 aya düşürülmüş, 1 ay acil tıp rotasyonu eklenmiş ve genel cerrahi seçmeli rotasyonlara eklenmiştir² (Tablo1).

2019 yılındaki müfredatta toplam rotasyon süresi ve klinikteki saha süresi bir önceki ile aynı olarak kalmıştır¹.

Tablo 1: Önerilen uzmanlık eğitim yılı ve rotasyon süreleri

	Önerilen Uzmanlık Eğitim Yılı	Rotasyon Süresi (ay)	Rotasyona Gönderilecek Bölüm
Aile Hekimliği (15,11,2017 tarih ve 1029 No'lu TUK Kararıyla kabul edilmiştir.)	1	4	İç Hastalıkları
	1	3	Kadın Hastalıkları ve Doğum
	2	4	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	2	2	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	3	1	Acil Tıp
	3	1	Deri ve Zührevi Hastalıkları
	3	1	Göğüs Hastalıkları
	2	1	Kardiyoloji
	3	1	Seçmeli rotasyon (Nöroloji/ Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon/ Genel Cerrahi dallarından birinde 1 ay süre ile.)

2.7. KARDİYOLOJİ ROTASYONUNDA HEDEFLenen KLİNİK VE GİRİŞİMSSEL YETKİNLİKLER

Aile Hekimliği uzmanlık eğitim programında Kardiyoloji rotasyonu 1 ay süreden oluşmaktadır. Bu süre poliklinik, elektrokardiyografi değerlendirme, ekokardiyografi değerlendirme, çeşitli tanısal girişimler ve hastalıkları yönetimi programı içermektedir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi için bu alandaki yetkinlikler kazanılması gereken düzeyiyle birlikte klinik (Tablo-2) ve girişimsel (Tablo-3) olarak ayrılarak belirtilmiştir.

Tablo 2: Kardiyoloji rotasyonunda kazanılması gereken klinik yetkinlikler

KARDİYOLOJİ ROTASYONU	
KLİNİK GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	Yetkinlik Düzeyi
AKUT ROMATİZMAL ATEŞ (ARA) YÖNETİMİ	TT
AORT ANEVİZMASI	B
DİSLİPİDEMİLERİN YÖNETİMİ	ETT
İSKEMİK KALP HASTALIĞININ YÖNETİMİ	ETT
KALP KAPAK HASTALIKLARININ YÖNETİMİ	ETT
KALP YETMEZLİĞİNİN YÖNETİMİ	ETT
PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI OLAN HASTA YÖNETİMİ	ETT, K
RİTİM BOZUKLUKLARI	ETT, K

Tablo 3: Kardiyoloji rotasyonunda kazanılması gereken girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler

KARDİYOLOJİ ROTASYONU	
GİRİŞİMSSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ	
ELEKTROKARDİYOĞRAFI ÇEKME VE DEĞERLENDİREBİLME	3
EKOKARDİYOĞRAFI RAPOR DEĞERLENDİRME	2

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tek merkezli, gözlemsel tanımlayıcı çalışma olarak tasarlanmış bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya başlanmadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Sultangazi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 28.09.2022 tarihinde 181-2022 karar numarası ile onay alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin İstanbul'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde eğitim almakta olan aile hekimi uzmanlık asistanları dahil edilmiştir. Gönüllülük esasına dayanan çalışmamızda katılımcılara gerekli bilgilendirmeler yapılmış olup katılımcıların onamları alınarak veriler toplanmıştır. Toplanan veriler arasında kişilerin kimlik bilgileri yer almamıştır. Çalışmamız için hazırlanan anket formu katılımcılarla yüz yüze görüşme veya internet uygulamaları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Ankette katılımcıların yaşı, cinsiyeti, uzmanlık türü, asistanlık yılı, kardiyoloji rotasyonu alıp almadığı ve katılımcıların likert ölçeğine göre birden beşe kadar kendilerini değerlendirebileceği Aile Hekimliği uzmanlık eğitim karnesinde yer alan kardiyoloji rotasyonunda kazanılması gereken klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler sorgulanmıştır. Anket formu ekte sunulmuştur. (Ek-1: Anket formu)

İstatistiksel analiz ile araştırmamızda elde edilen bulguları değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Sayısal değişkenler iki grupta normal dağılıma uyan verilerde Student t testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U ve ikiden fazla gruplarda normal dağılıma uyan verilerde One-Way ANOVA, normal dağılıma uymayan verilerde Kruskal Wallis testi ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare test kullanıldı. Çalışmada sayısal değişkenler arasındaki korelasyon Spearman korelasyon analizi ile test edildi. $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:

- 1- 18 yaşını doldurmuş olmak
- 2-Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul ili Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uzmanlık eğitimi öğrencisi olmak
- 3-Aile hekimliği kliniğinde asistan hekim olarak çalışıyor olmak
- 4-Gönüllü rızasını kabul etmiş olmak

Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:

- 1- 18 yaşından küçük olmak
- 2- Sağlık bilimleri üniversitesi İstanbul ili Eğitim Araştırma Hastanelerinde çalışmıyor olmak
- 3- Aile hekimliği kliniğinde çalışmıyor olmak
- 4- Gönüllü rızasını kabul etmemek

4. BULGULAR

Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	175	55,73
	Erkek	139	44,27
Uzmanlık türü	AHU	247	78,66
	SAHU	67	21,34
Asistanlık süresi (yıl)	AHU 0-1, SAHU 0-2	76	24,20
	AHU 1-2, SAHU 2-4	75	23,89
	AHU 2-3, SAHU 4-6	163	51,91
Kardiyoloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	226	71,97
	Hayır	88	28,03

Çalışmaya dahil olma kriterlerine uygun olarak 314 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %55,73'ü kadın, %78,66'sı AHU olarak görev yapmaktaydı. %71,97'si Kardiyoloji rotasyonunu tamamlamıştı. (Tablo-4)

Tablo 5: Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Yaş	23	56	29	30,64	5,23

Katılımcıların yaş ortalaması 30,64±5,23'tü. (Tablo-5)

Tablo 6: Katılımcıların kardiyoloji rotasyonu ile ilgili düşünceleri

		N	%
Kardiyoloji rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?	Evet	151	48,09
	Hayır	163	51,91
Kardiyoloji rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	164	52,23
	Hayır	150	47,77

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %48,09'u Kardiyoloji rotasyonunu eğitim, %52,23'ü süre açısından yeterli bulmamaktaydı. (Tablo-6)

Tablo 7: Katılımcılara göre en uygun kardiyoloji rotasyon süreleri

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Kardiyoloji rotasyon süresini yeterli bulmuyorsanız sizce eğitim süresi ne kadar olmalıdır? (ay)	2	4	2	2,38	0,56

Çalışmaya katılan asistan hekimlere göre kardiyoloji rotasyon süre ortalaması 2,38±0,56 ay olarak saptandı. (Tablo-7)

Tablo 8: Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algıları-1*

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın tanısını koyabilirim.	10	3,18	30	9,55	94	29,94	129	41,08	51	16,24
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın tedavisini planlayabilirim.	45	14,33	77	24,52	109	34,71	61	19,43	22	7,01
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	7	2,23	20	6,37	83	26,43	124	39,49	80	25,48
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın tanısını koyabilirim.	6	1,91	25	7,96	85	27,07	124	39,49	74	23,57
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın tedavisini planlayabilirim.	20	6,37	53	16,88	99	31,53	92	29,30	50	15,92
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	5	1,59	20	6,37	58	18,47	125	39,81	106	33,76
Dislipidemi tanısını koyabilirim.	5	1,59	15	4,78	53	16,88	113	35,99	128	40,76
Dislipidemilerin tedavi sürecini yönetebilirim.	15	4,78	27	8,60	83	26,43	100	31,85	89	28,34
Dislipidemi ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	9	2,87	21	6,69	55	17,52	112	35,67	117	37,26
Kalp yetmezliği tanısı koyabilirim.	13	4,14	34	10,83	122	38,85	99	31,53	46	14,65
Kalp yetmezliği tedavi sürecini yönetebilirim.	35	11,15	70	22,29	122	38,85	61	19,43	26	8,28
Kalp yetmezliği ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	6	1,91	22	7,01	93	29,62	115	36,62	78	24,84

*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcılar Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili 22 madde ile bilgi düzeyini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin bilgi düzeyi dağılımları tabloda gösterilmiştir. (Tablo-8-9)

Tablo 9: Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algıları-2*

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kalp kapak hastalıklarını tanımlayabilecek yeterli bilgi düzeyine sahibim.	37	11,78	93	29,62	105	33,44	58	18,47	21	6,69
Kalp kapak hastalığının tedavi sürecini planlayabilirim.	61	19,43	119	37,90	74	23,57	43	13,69	17	5,41
Kalp kapak hastalığı ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	28	8,92	54	17,20	95	30,25	84	26,75	53	16,88
Akut romatizmal ateş(ARA) tanısı koyabilirim.	13	4,14	65	20,70	114	36,31	94	29,94	28	8,92
Akut romatizmal ateş(ARA) tedavi sürecini planlayabilirim.	32	10,19	79	25,16	106	33,76	71	22,61	26	8,28
Akut romatizmal ateş(ARA) ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	15	4,78	45	14,33	105	33,44	97	30,89	52	16,56
Aort anevrizmasının ön tanısını koyabilir, gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	22	7,01	58	18,47	113	35,99	88	28,03	33	10,51
Periferik damar hastalığının tanısını koyabilirim.	13	4,14	48	15,29	115	36,62	106	33,76	32	10,19
Periferik damar hastalığının tedavisini planlayabilirim.	45	14,33	68	21,66	106	33,76	71	22,61	24	7,64
Periferik damar hastalığı ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim	19	6,05	42	13,38	96	30,57	97	30,89	60	19,11

*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcılar Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardioloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili 22 madde ile bilgi düzeyini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin bilgi düzeyi dağılımları tabloda gösterilmiştir. (Tablo-8-9)

Tablo 10: Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardioloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi*

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aile hekimliğine gelen hastanın gerekli durumlarda Elektrokardiyografisini çekip değerlendirmesini yapabilirim.	1	0,32	12	3,82	37	11,78	153	48,73	111	35,35
Hastanın Ekokardiyografi raporunu değerlendirebilirim.	17	5,41	39	12,42	97	30,89	100	31,85	61	19,43

*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcılar Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardioloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili 2 madde ile bilgi düzeyini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin bilgi düzeyi dağılımları tabloda gösterilmiştir. (Tablo-10)

Tablo 11: Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algı puanlarının değerlendirilmesi-1

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın tanısını koyabilirim.	1	5	4	3,58	,98
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın tedavisini planlayabilirim.	1	5	3	2,80	1,12
Ritim bozukluğuyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim	1	5	4	3,80	,97
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın tanısını koyabilirim.	1	5	4	3,75	,97
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın tedavisini planlayabilirim.	1	5	3	3,32	1,12
İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	1	5	4	3,98	,96
Dislipidemi tanısını koyabilirim.	1	5	4	4,10	,95
Dislipidemilerin tedavi sürecini yönetebilirim.	1	5	4	3,70	1,11
Dislipidemi ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	1	5	4	3,98	1,04
Kalp yetmezliği tanısı koyabilirim.	1	5	3	3,42	1,00
Kalp yetmezliği tedavi sürecini yönetebilirim.	1	5	3	2,91	1,09
Kalp kapak hastalıklarını tanımlayabilecek yeterli bilgi düzeyine sahibim.	1	5	3	2,79	1,09
Kalp kapak hastalığının tedavi sürecini planlayabilirim.	1	5	2	2,48	1,11
Kalp kapak hastalığı ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	1	5	3	3,25	1,19
Akut romatizmal ateş(ARA) tanısı koyabilirim.	1	5	3	3,19	1,00
Akut romatizmal ateş(ARA) tedavi sürecini planlayabilirim.	1	5	3	2,94	1,10
Akut romatizmal ateş(ARA) ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	1	5	3	3,40	1,07
Aort anevrizmasının ön tanısını koyabilir, gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.	1	5	3	3,17	1,07
Periferik damar hastalığının tanısını koyabilirim.	1	5	3	3,31	,99
Periferik damar hastalığının tedavisini planlayabilirim.	1	5	3	2,88	1,14
Periferik damar hastalığı ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim	1	5	4	3,44	1,12

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi tabloda gösterilmiştir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Dislipidemi tanısını koyabilirim”, “İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.” ve “Dislipidemi ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim” maddelerinden alınmıştır. (Tablo-11)

Tablo 12: Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili bilgi düzeyi algı puanlarının değerlendirilmesi

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Aile hekimliğine gelen hastanın gerekli durumlarda Elektrokardiyografisini çekip değerlendirmesini yapabilirim.	1	5	4	4,15	,80
Hastanın Ekokardiyografi raporunu değerlendirebilirim.	1	5	4	3,47	1,10

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi tabloda gösterilmiştir. “Aile hekimliğine gelen hastanın gerekli durumlarda Elektrokardiyografisini çekip değerlendirmesini yapabilirim” ifadesinin ortalama puanı $4,15 \pm 0,80$, “Hastanın Ekokardiyografi raporunu değerlendirebilirim” ifadesinin ise $3,47 \pm 1,10$ olarak hesaplanmıştır. (Tablo-12)

Tablo 13: Katılımcıların kardiyoloji rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler	1,00	5,00	3,34	3,36	,76
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler	1,00	5,00	4,00	3,81	,82

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler toplam puan ortalaması $3,36 \pm 0,76$, girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler toplam puan ortalaması $3,81 \pm 0,0,82$ olarak saptanmıştır.. (Tablo-13)

Tablo 14: Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile kardiyoloji klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Cinsiyet	Kadın	1,00	5,00	3,23	3,17	,72	^a 0,000*
	Erkek	2,00	5,00	3,59	3,60	,74	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	1,00	5,00	3,32	3,33	,76	^a 0,220**
	AHU 0-1 yıl SAHU 0-2 yıl ^a	1,55	5,00	3,50	3,46	,76	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 1-2 yıl	1,41	4,73	3,18	3,11	,70	^b 0,001*
	SAHU 2-4 yıl ^b	1,00	5,00	3,27	3,31	,75	
	AHU 2-3 yıl	1,00	5,00	3,50	3,50	,77	
	SAHU 4-6 yıl ^b	1,00	5,00	3,50	3,50	,77	

^aMann Whitney U Test

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

^bKruskal Wallis Test

Çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile kadiyoloji rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik

puanları değerlendirildi. Erkek cinsiyet olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$). Asistanlık süresi AHU için 0-1 yıl, SAHU için 0-2 yıl olanların puanı HU için 2-3 yıl, SAHU için 4-6 yıl olanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,01$). (Tablo-14)

Tablo 15: Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile kardiyoloji girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	1,00	5,00	4,00	3,72	,81	^a 0,035*
	Erkek	2,00	5,00	4,00	3,92	,83	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	1,00	5,00	4,00	3,85	,82	^a 0,147
	SAHU	1,50	5,00	4,00	3,69	,83	
	AHU 0-1 yıl	1,00	5,00	4,00	3,69	,88	^b 0,001**
	SAHU 0-2 yıl ^a	1,00	5,00	4,00	3,69	,88	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 1-2 yıl	2,00	5,00	4,00	3,83	,75	
	SAHU 2-4 yıl ^{a,b}	2,00	5,00	4,00	3,83	,75	
	AHU 2-3 yıl	1,50	5,00	4,00	3,86	,83	
	SAHU 4-6 yıl ^b	1,50	5,00	4,00	3,86	,83	

^aMann Whitney U Test

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

^bKruskal Wallis Test

Asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile kardiyoloji rotasyonunda hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanları değerlendirildi. Erkek olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$). Asistanlık süresi AHU için 0-1 yıl, SAHU için 0-2 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl SAHU için 4-6 yıl olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,01$). (Tablo-15)

Tablo 16: Katılımcıların kardiyoloji rotasyon durumları, düşünceleri ile kardiyoloji klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Kardiyoloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	1,00	5,00	3,50	3,50	,74	^a 0,000**
	Hayır	1,00	5,00	3,07	3,01	,71	
Kardiyoloji rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,00	5,00	3,64	3,63	,79	^a 0,000* *
	Hayır	1,00	4,64	3,18	3,11	,63	
Kardiyoloji rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,00	5,00	3,50	3,50	,77	^a 0,000*
	Hayır	1,00	5,00	3,23	3,20	,72	

^aStudent t Test

*p<0,001

Asistan hekimlerden kardiyoloji rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p<0,05). (Tablo-16)

Tablo 17: Katılımcıların kardiyoloji rotasyon durumları, düşünceleri ile kardiyoloji girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Kardiyoloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	1,50	5,00	4,00	3,91	,79	^a 0,001**
	Hayır	1,00	5,00	3,50	3,56	,86	
Kardiyoloji rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,50	5,00	4,00	4,01	,77	^a 0,000**
	Hayır	1,00	5,00	3,50	3,63	,83	
Kardiyoloji rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	1,50	5,00	4,00	3,94	,83	^a 0,005*
	Hayır	1,00	5,00	4,00	3,68	,80	

^aMann Whitney U Test

*p<0,01

Asistan hekimlerden kardiyoloji rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p<0,05). (Tablo-17)

Tablo 18: Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile kardiyoloji rotasyonunu yeterli bulma durumları

		Kardiyoloji rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?				
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	p
Cinsiyet	Kadın	70	40,00	105	60,00	^a 0,001*
	Erkek	81	58,27	58	41,73	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	107	43,32	140	56,68	^a 0,001*
	SAHU	44	65,67	23	34,33	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 YIL	43	56,58	33	43,42	^a 0,127
	SAHU 0-2 YIL					
	AHU 1-2 YIL	38	50,67	37	49,33	
	SAHU 2-4 YIL					
	AHU 2-3 YIL	70	42,94	93	57,06	
	SAHU 4-6 YIL					

^aPearson Ki Kare Test *p<0,01

Asistan hekimlerden erkekler kadınlara kıyasla ve uzmanlık türü SAHU olanlar AHU olanlara daha yüksek oranda Kardiyoloji rotasyon eğitimini yeterli bulmuştur (p<0,01). Asistanlık süresi ile Kardiyoloji eğitimini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). (Tablo-18)

Tablo 19: Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile kardiyoloji rotasyon süresini yeterli bulma durumları

		Kardiyoloji rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?				
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	p
Cinsiyet	Kadın	81	49,29%	94	53,71%	^a 0,018*
	Erkek	83	59,71%	49	40,29%	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	119	48,18	141	51,82	^a 0,006**
	SAHU	45	67,16	16	32,84	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	AHU 0-1 YIL	44	57,89%	23	42,11%	^a 0,265
	SAHU 0-2 YIL					
	AHU 1-2 YIL	42	56,00%	47	44,00%	
	SAHU 2-4 YIL					
	AHU 2-3 YIL	78	47,85%	87	52,15%	
	SAHU 4-6 YIL					

^aPearson Ki Kare Test *p<0,01

Asistan hekimlerden erkekler kadınlara kıyasla ve uzmanlık türü SAHU olanlar AHU olanlara daha yüksek oranda Kardiyoloji rotasyon eğitim süresini yeterli bulmuştur ($p<0,01$).Asistanlık süresi ile Kardiyoloji eğitim süresini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-19)

Tablo 20: Katılımcıların kardiyoloji rotasyonu klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Yaş	Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı	r 0,143	0,578
Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi	p ^a 0,012*	^a 0,000**
hedeflenen klinik temel yetkinlikler	N 313	314
Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı	r -0,029	
Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi	p ^a 0,605	
hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler	N 313	

^aSpearman Korelasyon Test * $p<0,05$ ** $p<0,001$

Asistan hekimlerin yaşları ile Kardiyoloji rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,143$, $p<0,05$). Asistan hekimlerin Kardiyoloji rotasyonu girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlik puanları ile Kardiyoloji rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,578$, $p<0,001$) (Tablo-20)

5. TARTIŞMA

2019 yılında güncellenen son haliyle Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 18 ay klinik rotasyonlar ve 18 ay saha aile hekimliği uygulama eğitimleri olmak üzere toplamda 36 aylık bir süreden oluşmaktadır. Rotasyonlar aile hekiminin karşılaştığı başvuruların birinci basamak dışında da alacağı hizmetlerin öğrenilmesini sağlamaktadır. 18 aylık rotasyon süresinde öğrenilen birikim aile hekimliği saha uygulamasında eğitici kişi ile birlikte aile hekimliği disiplinine göre sentezlenir⁵¹. Çekirdek eğitim programları tarafından oluşturulan rotasyonların içeriği net olmasına rağmen rotasyon yapılan hastanenin şartları, klinikteki işleyiş, klinik içindeki yoğunluk durumu, bakılan hasta sayıları, klinik eğitim sorumlularının aile hekimi uzmanlık öğrencilerine bakış açıları gibi nedenlerin çeşitlilik durumlarından dolayı her rotasyondan kazanılan bilgi birikimi ve verim aynı olmamaktadır. Rotasyondaki aile hekimi uzmanlık öğrencileri bazı kliniklerde tüm bu eğitici ve öğretici faaliyetlerde yeterince bulunamadıklarından ötürü daha az verimde rotasyon sürecini tamamlamaktadırlar⁵². Bu nedenlerden dolayı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin rotasyonlarda edinmesi gereken bilgi ve yeterliliklerin sınırlarının iyi çizilmiş olması gerekmektedir.

Beslenme, çevresel faktörler ve toplulukların değişen demografik yapısı gibi olaylarla, diğer kronik hastalıklar gibi kardiyovasküler hastalıklar da giderek artmakta olup geleceği tehdit edici boyuta gelmektedir. Ülkemizde ölümlerin %71’inin kronik hastalıklar nedeni ile olduğu, ilk sırada da kardiyovasküler hastalıklar yer almakta ve ulusal düzeyde ölüme sebep olan ilk on hastalığın içinde ; iskemik kalp hastalığı (%21.7), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%5.8), hipertansif kalp hastalıkları (%3.0), inflamatuvar kalp hastalıkları (%1.9) bulunmaktadır. Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri arasında aile öyküsü, sigara kullanım öyküsü, yaş, hipertansiyon, düşük dansiteli lipoprotein ([LDL]) düzeyinin yüksek, yüksek dansiteli lipoprotein ([HDL]) düzeyinin düşük olması, hiperkolesterolemi, diyabetes mellitus (DM) ve azalmış fiziksel aktivite gibi faktörler bulunmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile stroke, koroner kalp hastalıkları, Tip 2 diyabetin %80 oranında önlenileceği görülmüştür. Primer korunma; sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite,

kilo kontrolü, kan basıncının kontrolünün sağlanmasını içeren uygulamalardır. Aile hekimlerinin, Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin taranması ve riskli davranışların (diyet, sigara içme vs.) değiştirilmesi ile ilgili danışmanlık sunulması için çok önemli bir basamak olduğu vurgulanmıştır. Son zamanlarda genç erkeklerde KVH mortalitesindeki artışa ve genç kadınlardaki mortalitedeki azalmaya ilişkin endişe verici bir rapor yayınlanmıştır⁵⁴. Kardiyovasküler hastalık mortalitesi riski taşıyan kişilerin erken tespiti, doğrudan aile hekiminin görevidir⁵⁵. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kardiyovasküler hastalık ölümlerinin yarısından fazlasının nüfus düzeyinde basit yöntemlerle önlenilebileceğini belirtmektedir. Geller ve ark. Almanya'da aile hekimine sık başvuruların hastalıkları önlemede mükemmel fırsat olduğunu ve tedavi için aile hekimliğinin doğru bir başvuru yeri olduğunu belirtmiştir⁶⁶.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin şekilde verilebilmesi ile toplumun hastalık yükü azalacak ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının daha kaliteli sağlık hizmeti vermesine olanak sağlanacaktır⁵³. Aile hekimliği uygulaması ile başarılı bir sevk zincirinin oluşturulması ve hastanın doğru uzmanlık branşına sevkini sağlamak kolaylaşmaktadır.

Atadağ Y. ve ark.larının yaptığı çalışmada Kardiyoloji polikliniğine aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrası dönemde önceki döneme göre kronik iskemik kalp hastalığı tanılı hastaların daha düşük oranda başvurduğu; kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve flutter, hiperlipidemi, dispne, çarpıntı, kalp kapağı protezi, kardiyak üfürüm, göğüs ağrısı tanılı hastaların ise daha yüksek oranda başvurduğu($p<0,001$) saptanmıştır⁶⁷. Kardiyoloji polikliniğinde sık konulan tanılar arasında aile hekimliği uzmanlığı sonrası dönemde anlamlı olarak azalan sadece kronik iskemik kalp hastalığı tanısı olmuştur. Bu hastaların takip sürecinde aile hekimlerinin başarısı ve güvenilirliği gibi etkenlerin hastane başvurusunu azalttığı çıkarımında bulunulabilir. Diğer konulmuş sık tanıların ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrası dönemde arttığını görmekteyiz. Bu tanıların neredeyse yarısının (göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı, kardiyak üfürüm) daha çok belirti / bulgu şeklindeki ICD-10 tanıları olduğu görülmektedir. Diğerleri ise kronik hastalık grubundadır (kalp yetmezliği, hiperlipidemi, atriyal fibrilasyon ve flutter, kalp kapağı protezi, esansiyel hipertansiyon). Bu artışın sebebi hastaların kalp rahatsızlığının

ölümle ilişkisinin yüksek olması nedeniyle direk branş uzmanına görünmek istediklerinden olduğu düşünülebilir. Çalışmadaki bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde; aile hekimlerinin birinci basamaktaki bir grup hastayı etkin bir şekilde yönetebildiği ve bu hastaların üçüncü basamağa başvuru ihtiyacını azalttığı görülmüştür⁶⁷. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan aile hekimliği uzmanlığına verilen önem artırılarak, uluslararası örnekler incelenerek ülkemize uygun olarak eksiklerin de giderilmesiyle aile hekimliği sistemi daha işlevsel ve yüz güldürücü bir sistem haline gelecektir.

Yaptığımız çalışmamızda demografik veriler incelendiğinde, çalışmamıza katılan 314 katılımcının 175'ü kadın (% 55,73), 139'u (%44,27) erkek olarak saptanmıştır. Uzun ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada da katılımcıların %58,6'sı kadın, %41,4'ü ise erkektir⁵⁸. Aile Hekimliği asistanlarının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu çeşitli dernekler ve Sağlık Bakanlığı kayıtlarında da mevcuttur.

Çalışmamızda ankete katılanların %52,23'ü Kardiyoloji rotasyonunu süre açısından yeterli bulmaktadır. Çekirdek müfredata göre 1 aylık olan kardiyoloji rotasyon süresi, rotasyon süresini yeterli bulmayan aile hekimi asistanlarına göre ortalama $2,38 \pm 0,56$ ay olarak önerilmiştir. Sancaktar ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %52,2'sine göre rotasyon sürelerinin yeterli olduğu görülmüştür⁵⁹. Benzer şekilde Ünlüoğlu ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı çalışmada da katılımcıların %63'ü eğitim süresini uygun bulmuştur⁵⁶. Yine 2011 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada uzmanlık öğrencilerinin %68'i mevcut asistanlık sürelerinin yeterli olduğunu belirtmiştir⁵⁷.

Çalışmamızda katılımcıların %51,91'i kardiyoloji rotasyonunu eğitim açısından yeterli bulmamıştır. Sancaktar ve ark.larının 2013 yılında Aydın'da yaptığı çalışmasında aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak belirttikleri en önemli sorunlardan birinin “Rotasyonlarda yeterli eğitimin verilmemesi (%40,0)” olmuştur⁵⁹.

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler toplam puan ortalaması $3,36 \pm 0,76$, girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler toplam puan ortalaması

3,81±0,0,82 olarak saptanmıştır. James G. Jollis ve ark.larının yaptığı çalışmada; hastaların ve hastanelerin özelliklerine göre ayarlandıktan sonra, bir kardiyolog tarafından hastaneye kabul edilen miyokard enfarktüsli hastaların bir yıl içinde ölme olasılığı birinci basamak hekimi tarafından başvuranlara göre yüzde 12 daha az bulunmuştur ($P<0.001$)⁶⁰. Bunun nedenlerinden birinin ek eğitim ve deneyim nedeniyle, kardiyologların akut miyokard enfarktüsünün komplikasyonlarının tanı ve yönetimine daha iyi aşina olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Belirli bir uzmanlık alanı olan hekimler, ilgi alanlarındaki deneyimleri nedeniyle gelişmiş becerilere sahip olabilirler.

Çalışmamızda hedeflenen klinik temel yetkinliklerde asistanlık süresi AHU için 0-1 yıl, SAHU için 0-2 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl, SAHU için 4-6 yıl olanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,01$). Hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerde asistanlık süresi AHU için 0-1 yıl, SAHU için 0-2 yıl olanların puanı AHU için 2-3 yıl SAHU için 4-6 yıl olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,01$). Bu da saha-alan çalışmalarının da kardiyoloji eğitime katkıda bulunduğunu düşündürmektedir.

Asistan hekimlerden Kardiyoloji rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların hem klinik temel yetkinlikler sonucu hem de girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerdeki sonuçları istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bu duruma farklı hastanelerde alınan eğitimlerin yetkinlik farklılığına neden olabileceği ve alınan rotasyonlarda yeterli klinik tecrübenin edinilememiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Abdülkadir Aydın ve ark.larının yaptığı çalışmada aile hekimliği uzmanlığı öncesi dönem ile sonrası dönem kıyaslandığında uygulama sonrasındaki bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine başvuran grafikte hasta artış hızında belirgin bir azalma, takip eden yıl içindeyse başvuru oranında düşüş olduğu görülmüştür⁶¹. Düşüşün sebebinin; kardiyoloji polikliniğine birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunan hastaların sağlık hizmetlerini aile hekimlerinin devralması olduğundan kaynaklandığını düşünebiliriz. Aile hekimliği, yanlış yönlendirmeleri, ikinci ve üçüncü basamaklarda gereksiz hasta yığılmalarını, gereksiz sağlık harcamalarını, hasta mağduriyetini engeller⁶²⁻⁶³.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin yaşları ile kardiyoloji rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,143$, $p<0,05$). Bu durumun yaşla birlikte hekimlikte geçirilen süre arttığından klinik tecrübenin artması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda asistanlık süresi ile kardiyoloji eğitimini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Sur ve ark. (2000) da, aile hekimliği asistanlarının yaptıkları asistanlık süresi ile EKG okuma becerileri arasında önemli bir fark bulmamıştır⁶⁴.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Kardiyoloji rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesinde en yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Dislipidemi tanısını koyabilirim”, “İskemik kalp hastalığıyla gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim.” ve “Dislipidemi ile gelen hastanın gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirebilirim” maddelerinden alınmıştır. Woolley ve ark. (1992) çalışmalarında da, aile hekimlerinin iletim anormalliklerini, iskemik değişiklikleri, ritim bozukluklarını ve eksen sapmasını teşhis etmekte güçlük çektiklerini bulmuşlardır. Bu çalışmalar, aile hekimliği asistanlarının belirli tanıları yorumlamak için daha etkili eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir⁶⁵..

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir bileşeni ve ilk başvurulacak hekimleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilebilmesi için kaliteli ve standartize eğitim almış yeterli sayıda aile hekimi yetiştirilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanlığının tanımı ve özellikleri doğrultusunda birinci basamak hekiminin sahip olması gereken 6 temel yeterlilik vardır. Kapsamlı yaklaşım, birinci basamak yönetimi, toplum yönelimli olma, kişi merkezli bakım, özgül sorun çözme becerileri ve bütüncül yaklaşımdan oluşan bu altı temel özelliğin kazanılabilmesi için bu hedeflere yönelik hazırlanmış olan çekirdek eğitim müfredatı çerçevesinde uzmanlık eğitimi almış olmak büyük öneme sahiptir⁵⁰.

Aile hekimlerinin tüm dünyada ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde; riskli bireyleri belirleyerek erken tanı almasında ve bireyleri eğitime, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırma ve tedaviye uyumlarını sağlamada çok önemli sorumlulukları vardır. Bu sorumluluklar eğitim süreci boyunca kazandırılmalıdır. Aile hekimliği asistanlarına verilen eğitimle ilgili geri bildirim sağlamak, bu eğitimin gelişimi için önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızda katılımcılarımıza aile hekimliği uzmanlık süreci ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Alınan yanıtlar değerlendirildiğinde ;

- Asistan hekimler çekirdek müfredatına göre edinilmesi gereken klinik ve girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler konusunda kendilerini yetersiz bulmuşlardır. Kardiyoloji rotasyonunda uzmanlık eğitimi müfredatı yetersiz bulunduğundan gerekli eklemeler ve değişikliklerin yapılması asistanlık eğitiminin gelişimi açısından uygun olacaktır.
- Katılımcıların kendilerini en yeterli hissettikleri aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı konularından sırasıyla dislipidemi tanısının konulması, tedavi sürecinin ve sevk sürecinin yönetilmesi ve iskemik kalp hastalıklarının sevk sürecinin yönetilmesi iken en yetersiz hissettikleri kalp kapak hastalıklarının tanısının konulması,

tedavi sürecinin planlanması ile ritm bozukluklarının tedavisinin planlanması olmuştur.

- Ayrıca çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikleri ve bilgi düzeyi ölçülmeye çalışılmış ve sonuç çeşitli istatistikler ile değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamız aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecinde kardioloji rotasyonunun eksik kalan yönlerini ortaya çıkarmaktadır. Rotasyonlarda kazanılması beklenen temel yeterliliklerin asistan karnesi ile değerlendirilmesi, yetersiz olan kısımların geribildirimle belirlenip yeterli düzeye getirilmesi için gerekli çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKÇA

1. TUKMOS 11.09.2019. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>
2. Uzmanlık Kurulu. Rotasyon Uygulamaları Hakkındaki 82 no' lu TUK Kararı. 21–23/06/2010. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13221/0/rotasyonlarpdf.pdf>
3. Kardiyoloji Asistanlarının Çekirdek Eğitim Programında Tanımlanan Klinik Yetkinliklere İlişkin Özdeğerlendirmeleri Aylin YILDIRIR* (ORCID: 0000-0001-8750-5287) Araştırma Doi:10.25282/ted.84465
4. Alanyalı FM, Geroğlu B, Kurnaz MA, Can H, Öngel K. İzmir ilinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği disiplini konusunda bilgileri ve uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2014;5(4):1-7.
5. Bulut F, Civaner MM. Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, hastalık var!”. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2016;3(2):66-73.
6. Peabody, FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877-882.
7. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing World. BMJ, 1998; 317(7147):1807-1809.
8. Rakel RE. The family physcian. In: Textbook of Family Practice. Philadelphia, Saunders, 1995:2-3.
9. The Millis Commission report. GP. 1966;34(6):173-88.
10. Wilson VE. Implementing the Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice. JAMA. 1969;210(10):1906-1910.
11. The Willard Commision Report. Meeting the challenge of family practice, Chicago: American Medical Association, 1966.
12. The Future General Practitioner – Learning and Teaching; London; RCGP, 1972.
13. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner-learning and teaching. London: British Medical Journal. 1972.
14. Pereira Gray DJ. A System of training for general practice. Occasional Paper No. 4. London: Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977.

15. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.
16. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European conference on the teaching of general practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
17. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. Report of the working party on the second European conference on the teaching of general practice (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977;27:117.
18. Alma Ata Bildirgesi. (Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Eylül 1978) Erişim adresi: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1-
19. Başak O, Aktürk Z, Topsever P. WONCA Europe – 2002. Aile hekimliği / Genel pratisyenlik Avrupa tanımı (Türkçe versiyonu). Çeviri Ed. Başak O. 2003. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3.
20. Aktürk Z, Yaman H, Topsever P, Akdeniz M. WONCA Europe 2005. Aile hekimliği Avrupa tanımı. Çeviri Ed. Başak O, Saatçi E. 2011. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4
21. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
22. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Evans P. EURACT working group. The European definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2005 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.
23. Mola E, Eriksson T, Bueno MJO, Gay B, Kersnick J, Miftode R ve ark. EURACT working group. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.
24. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000;320:354-357
25. Tababet-i belediye icrasına dair nizamname. Düstur Tertip I, C. 2. 814-6.
26. Aydın E. 19. yüzyılda Osmanlı sağlık teşkilatlanması. Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM. 2004;15(15):185-207.
27. Unat EK, Samastı M. Mekteb-i tıbbiye-i mülkiye (sivil tıp mektebi) 1867-1909. İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. 1990;1-2.

28. Vilayet sıhhat müdür ve hükümet tabipleri ile belediye sağlık işleri müdür ve belediye tabiplerine ait vazife talimatnamesi. Aile Hek Derg. 1997;1(2):109-116.
29. Hükümet tabibinin vazifeleri. Sağlık Dergisi. 1954;28(10):607-619.
30. Öner C. Tıpta uzmanlık eğitiminde aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Türk Aile Hek Derg 2015;19(4):165-169.
31. Dirican, MR. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. 1970;7:1-15.
32. Kasapoğlu A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Journal of Sociological Research. 2016;19(2):131-174.
33. Fişek N. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin yazılar. 1983; (Kitaplaşmamış yazılar 1: Sağlık Yönetimi).
34. Fişek N. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine çalışmalar. Sağlık Dergisi. 1997;3:1-15.
35. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.
36. ÜNLÜOĞLU İ. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar.
37. Yaman H. Türkiye’de aile hekimliği alanında yapılan tezlerin kalitatif değerlendirmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2011; 3:1-6
38. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community. 1993;16:7/7/93.
39. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995.
40. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001.
41. Gülten FB, Urgan M. Avrupa’da aile hekimliği. Erişim adresi: <http://ailehekimisi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimligi%20C4%9Fi.pdf>
42. Çeçem KB, Yusuf Ü, Uğurlu MJAMJ. Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. 2015; 15
43. Association GM. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/ 2021 Nisan Accessed Nisan, 2021.

44. Freire JM, Navarro-Lopez VJEedbeEMT. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. 2004:239-291
45. Casado Vicente V, Luque Hernández M, Martínez Pérez JA, Medina Ferrer E, Monreal Hajar A, Pita Fernández S, Ramos Natal A, Toquero de la Torre F. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005;
46. Justin Allen, Bernard Gay, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. WONCA. Published online 2005.
47. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. 1983. T.C. Resmî Gazete 18230, 21.11.1983.
48. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı 2010. Erişim adresi: <https://www.tahud.org.tr/file/6c6ee414-06b1-457a-979b-45ab54cfbf6f/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itim%20Program%C4%B1%202010.pdf>
49. TAH-YK 2013. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çerçeve programı. <https://www.tahud.org.tr/file/ad628fbc-a777-434a-9b3b-770ac9a5fe3a/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itimi%20Mufredat%C4%B1%202013.pdf>
50. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(3):412-418.
51. Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı 15.11.2017. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/29465/0/aile-hekimligi-mufredat-v23pdf.pdf>
52. Ceyhun G, Şener F. Sağlık bakanlığının aile hekimliği konusundaki hazırlıkları ve uygulamaları. Aile Hekimliği II, İletişim yayınları, Cep Üniversitesi, 1996, İstanbul.
53. Türkiye’de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>. adresinden 14.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
54. O’Flaherty ME, Ford ES, Allender S, Scarborough P, Capewell S. Coronary heart disease trends in England and Wales from 1984 to 2004: concealed levelling of mortality rates among young adults. Heart 2007; E-pub ahead of print.

55. Perk, Joep. "High time to join hands between family medicine and cardiology!." *European heart journal* 28.24 (2007): 2962-2963.
56. Ünlüoğlu İ, Cebeci S, Konur M ve ark. Aile Hekimliği Asistanlarının ve Anabilim Dallarının Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulamaları ve Uzmanlık Eğitimleri ile İlgili Düşünceleri, 2008. www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092754.pdf, Erişim tarihi: 05.11.2017.
57. İşcan G, Gülmez G, Yıldırım E, Adahan Sunay D, Bilge Y. Aile Hekimliği Asistanların Aile Hekimliği Uzmanlığı ve Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili Düşünceleri. 10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 2011. www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092754.pdf, Erişim tarihi: 05.11.2017.
58. Uzuner A, Topsever P, Ünlüoğlu İ. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Medical Education* 2010, (İnternet) (erişim tarihi: 28.05.2017) https://www.researchgate.net/publication/43180925_Residents%27_views_about_family_medicine_specialty_education_in_Turkey
59. Sancaktar Ö. Uzmanlık Eğitimi Programlarıyla İlgili Gelişmelerin Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları ve Gelecekle İlgili Beklentileri Üzerine Etkisi (Tez) Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013
60. Outcome Of Acute Myocardial Infarction According To The Specialty Of The Admitting Physician James G. Jollis, M.D., Elizabeth R. DeLong, Ph.D., Eric D. Peterson, M.D., M.P.H., Lawrence H. Muhlbaier, Ph.D., Donald F. Fortin, M.D., Robert M. Califf, M.D., And Daniel B. Mark, M.D., M.P.H doi: 10.1056/nejm199612193352505
61. AYDIN, Abdülkadir, et al. Aile hekimliği uygulamasının bir eğitim ve araştırma hastanesine ayaktan hasta başvurularındaki etkisi. *Arch Clin Exp Med*, 2017, 2.3: 74-8. DOI: 10.25000/acem.330603
62. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Mavi Ofset. Ankara, 2004
63. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği; Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539
64. Sur, D.K., Kaye, L., Mikus, M., Goad, J. & Morena, A. (2000). Accuracy of electrocardiogram reading by family practice residents. *Family Medicine* 32: 315–319
65. Woolley, D., Henck, M. & Luck, J. (1992). Comparison of electrocardiogram interpretations by family physicians, a computer, and a cardiology service. *Journal of Family Practice* 34: 428–432.
66. Geller JC, Cassens S, Brosz M, Keil U, Bernarding J, Kropf S, Bierwirth RA, Lippmann-Grob B, Schultheiss H-P, Schlu"ter K, Pels K. Achievement of guideline-defined treatment goals in

primary care—the German Coronary Risk Management (CoRiMa) study. Eur Heart J 2007;28:3051–3058. First Published on November 19, 2007. doi:10.1093/eurheartj/ehm520.

67. Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler Yıldız Atadağ1 , Abdulkadir Aydın2 , Didem Kaya3 , Hatice Dilber Köşker4 , Fatih

