



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

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. NESİBE DERYA BAYHAN

DÜZCE - 2022



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

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE EĞİTİM AİLE
SAĞLIĞI MERKEZİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. NESİBE DERYA BAYHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi ABDULKADİR KAYA

DÜZCE – 2022

TEŞEKKÜR

Bu tez çalıŐmasının her aŐamasında bana yardımcı olan tez danıŐmanım Dr. Öğr Üyesi Abdulkadir KAYA' ya, bu tezin hazırlanması sürecinde desteğini, yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Nursel KAYA, Fatih KIR ve Arzu EKİNCİ' ye, birlikte keyif alarak çalıŐtıęım tüm mesai arkadaşlarıma, iyi bir hekim olarak yetişmemde katkısı olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan Anabilim Dalı başkanımız Doç. Dr. Zerrin GAMSIZKAN' a ve her koşulda benim yanımda olup bu günlere gelmemi sağlayan babam Mehmet BAYHAN ve abim Deniz BAYHAN' a teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
EKLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1.Aile Hekimliği Nedir?.....	7
2.2.Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	8
2.3.Ülkemizde Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	9
2.4.Aile Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi.....	10
2.4.1.Dünya’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	11
2.4.2.Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	11
2.4.3.AileHekimliği Uzmanlık Eğitiminde Müfredat.....	13
2.5.Eğitim Aile Sağlığı Merkezi(E-ASM).....	14
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
4.BULGULAR.....	18
5.TARTIŞMA.....	27
6.SONUÇ.....	32
7.KAYNAKLAR.....	34
8.EKLER.....	38
EK 1.Anket Formu.....	38

KISALTMALAR

AH: Aile Hekimliği

AHA: Aile Hekimliği Asistanı

AHU : Aile Hekimliği Uzmanı

ASM :Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

EURACT :Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TAHUD : Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

TAHYK :Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu

TUK :Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Sistemi

TUS :Tıpta Uzmanlık Sınavı

WONCA : Avrupa Aile Hekimliği Birliği

TABLO LİSTESİ

Tablo1. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat, TUKMOS, 2017.....	14
Tablo2. Ülkemizde Aktif Çalışan Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri.....	15
Tablo 3: Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyet, medeni durum ve unvanları.....	19
Tablo 4: Hekimlerin yaş, meslekteki yıl, aile hekimliği alanında çalışılan süre ve EASM’de çalışılan sürelerine ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri.....	21
Tablo 5: Çalışmaya katılan hekimlerin EASM’de çalışma durumları.....	21
Tablo 6: Katılımcıların uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda izlem yapma, EASM gerekliliği ve uzmanlık eğitiminin yeterliliği konusundaki görüşleri.....	22
Tablo 7: Periyodik sağlık muayeneleri ve aile hekimliği hakkındaki bilgi soruları ve verilen cevaplar.....	24
Tablo 8: Verilmesi gereken doğru yanıtların çeşitli değişkenlere göre istatistiksel analizi.....	26
Tablo 9: Kuruma göre uzmanlık eğitiminde EASM’de çalışma durumu.....	27

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.WONCA Ağacı	8
Şekil 2. Asistanların kaçınıcı yıl asistanı olduğunu gösteren grafik.....	20
Şekil 3. Hekimlerin çalıştığı kurumlar.....	20



EKLER LİSTESİ

Ek-1. Anket Formu.....	38
-------------------------------	----



ÖZET

Giriş: Üçüncü basamak hastanelerine başvuran hasta profilleri ile aile hekiminin aile sağlığı merkezinde (ASM) karşılaştığı hasta profiline bir takım farklılıklar içerdiği bilinmektedir. Üçüncü basamak hastanelere daha çok kronik hastalıkların takip ve tedavisi, bunların ileri bir merkezde araştırılması için başvuran hastalar gelirken; birinci basamak sağlık kuruluşlarına gebeler, sağlıklı çocuk izlemleri ve aşılama hizmetleri için çocuklar, periyodik sağlık taramaları için farklı yaş grubundaki kişiler, herhangi bir tanı almamış ve çeşitli ayrışmamış tanıları olan hastalar gelmektedir. Aradaki bu farklılık sebebiyle uzmanlık eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada EASM'nin gerekliliğinin aile hekimliği uzmanları ve asistanları tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı-kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışma, 23/02/2022-23/04/2022 tarihleri arasında aile hekimlerine Google formlar üzerinden ulaşıp anket çalışması yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu ankette hekimlerin sosyodemografik verileri alınırken, birinci basamağa yönelik bilgi soruları da soruldu. Çalışmada EASM'de çalışma durumu ile bilgi sorularına verilen doğru cevaplar karşılaştırıldı. Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum; kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakıldı. İki ayrı grupta numerik veriler Man Whitney U testi, ikiden fazla grupta numerik veriler Kruskal Wallis Testi ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırmalarına ki-kare testi ve Fisher's Exact Testi ile bakıldı. Numerik verilerin korelasyonuna Pearson korelasyon testi ile bakıldı. P anlamlılık değeri <0,05 olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 263 hekim katıldı. Hekimlerin %58,2'si (n=153) kadın, %41,8'i (n=110) erkekti. Çalışmaya katılanların %62'si (n=163) evli, %38'i (n=100) bekarı. Çalışmaya katılan hekimlerin %55,1'i (n=145) tam zamanlı aile hekimliği asistanıyken, %16,3'ü (n=43) sözleşmeli aile hekimliği asistanı, %28,5'i (n=75) ise Aile hekimliği uzmanıydı. Çalışmaya katılan hekimlere uzmanlık

eğitimini aldığı sırada EASM'lerinin olup olmadığı soruldu. %35'inin (n=92) EASM'lerinin olduğu öğrenildi. Hekimlerin sadece % 18,6'sı (n=49) EASM'de çalışmıştı. Yine hekimlerin %15,6'sının (n=41) ise EASM'de çalışırken bir sorumlu eğitici vardı. Uzmanlık eğitimi sırasında EASM olup olmamasına ve burada çalışıp çalışmama durumuna göre bilgi sorularına verilmesi gereken doğru cevaplarda anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,299; p=0,127). EASM de çalışırken sorumlu eğitimcisi olanların verdiği doğru cevap sayısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,049). Saha eğitimini (EASM) gerekli gören ve göremeyenler arasında verilmesi gereken doğru cevap sayılarında anlamlı farklılık görülmedi (p=0,091). Uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli bulan ve bulmayan hekimler arasında da verilen doğru cevaplarda anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,166).

Sonuç: Çalışmamızda EASM gerekliliği ve EASM'de eğitici faktörünün önemi anlaşılmaktadır. Sadece üçüncü basamak hastanelerde eğitim gören asistanların kendilerini yetersiz gördüğu ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu görüldü. Bu durumda her iki poliklinik uygulamasının da uzmanlık eğitimi için ihtiyaç olduğunu; EASM'lerin açılmasının sağlanması gerektiğini ve hastane eğitiminin birinci basamağa yönelik yapılandırılmasının uzmanlık eğitimini daha iyi yönde etkileyeceğini söylemek olasıdır.

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

ABSTRACT

Introduction: It is known that there are some differences between the patient profiles applying to our tertiary care hospitals and the patient profile encountered by the family physician in the family health center (Education FHC). For example, patients who apply to tertiary hospitals for the follow-up and treatment of chronic diseases and to investigate them in an advanced center; Pregnant women, children for healthy child follow-up and vaccination services, people in different age groups for periodic health screenings, patients who have not been diagnosed and have various undifferentiated diagnoses come to primary health care institutions. Due to this difference, the necessity of EASM in specialization training has emerged. It is a fact that EASM is an indispensable part of family medicine residency training. In this study, it was aimed to evaluate the necessity of EASM by family medicine specialists and assistants.

Materials and Methods: Our research is a descriptive-cross-sectional survey study. The study was carried out by conducting a survey on Google forms to family physicians who could be reached between 23/02/2022 -23/04/2022. While making the statistics of the study, numerical data in descriptive statistics are mean, standard deviation, minimum and maximum; Categorical data were given as numbers and percentages. Distribution of numerical data was analyzed with histogram graphics. Numerical data in two different groups were analyzed with Man Whitney U test, and numerical data in more than two groups were analyzed with Kruskal Wallis Test. Comparisons of categorical data were done with chi-square test and Fisher's Exact test. The correlation of the numerical data was checked with the Pearson correlation test. P significance value was accepted as <0.05 . SPSS 23.0 package program was used in the analysis.

Results: A total of 263 physicians participated in the study. 58.2% (n=153) of the physicians were female and 41.8% (n=110) were male. Of the participants in the study, 62% (n=163) were married and 38% (n=100) were single. While 55.1% (n=145) of the physicians participating in the study were full-time family medicine

residents, 16.3% (n=43) were contracted family medicine residents and 28.5% (n=75) were family medicine residents. He was an expert. Physicians participating in the study were asked whether they had EASMs at the time of their residency training. It was learned that 35% (n=92) had EASMs. Only 18.6% (n=49) of the physicians worked in EASM. Again, 15.6% (n=41) of the physicians had a responsible trainer while working at EASM. There was no significant difference in the correct answers according to whether there was an EASM during the residency training and whether or not to work there ($p=0.299, p=0.127$). The number of correct answers given by those who had a responsible trainer while working at the EASM was significantly higher than those who did not ($p=0.049$). There was no significant difference in the number of correct answers to be given between those who deemed field training (EASM) necessary and those who did not ($p=0.091$). There was no significant difference in the correct answers given between physicians who found the specialist training sufficient in terms of content and those who did not ($p=0.166$).

Conclusion: In our study, the necessity of EASM and the importance of the trainer factor in EASM are understood. It was observed that the assistants trained only in tertiary hospitals considered themselves inadequate and had a low level of knowledge. In this case, there is a need for specialization training in both outpatient clinics; It is possible to say that the opening of EASMs should be ensured and the structuring of hospital education for primary care will affect the specialty education in a better way.

Keywords: Family medicine residency training, education family health center

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği; belli bir süreye ve belli bir kişiye bağlı kalmadan yaş, cinsiyet, akut- kronik hastalık fark etmeksizin tüm hastalık gruplarına hizmet eden birinci basamak bir uzmanlık dalıdır.

Dolayısıyla bu uzmanlık dalının eğitiminde bebek, çocuk, yetişkin ve yaşlı hasta profillerinin izlemi, periyodik sağlık muayeneleri, hastalıkların tanı ve takibinin aile hekimliği asistanlarına hem teorik hem de pratik anlamda gösterilmesi çok önemlidir. Üçüncü basamak hastanelerine başvuran hasta profilleri ile aile hekiminin ASM'de karşılaştığı hasta profilinin bir takım farklılıklar iğerdiği bilinmektedir. Örneğin üçüncü basamak hastanelere daha çok kronik hastalıkların takip ve tedavisi, bunların ileri bir merkezde araştırılması için başvuran hastalar gelirken; birinci basamak sağlık kuruluşlarına gebeler, sağlıklı çocuk izlemleri ve aşılama hizmetleri için çocuklar, periyodik sağlık taramaları için farklı yaş grubundaki kişiler, herhangi bir tanı almamış ve çeşitli ayrışmamış tanıları olan hastalar gelmektedir. Aradaki bu farklılık sebebiyle uzmanlık eğitiminde EASM gerekliliği ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde Türkiye'de çeşitli anabilim dalları ve kliniklerde EASM örnekleri bulunmaktadır. EASM'nin aile hekimliği asistan eğitiminde olmazsa olmazlardan olduğu bir gerçektir. Yapılan çalışmalarda, aile hekimliği EASM'lerinin olduğu yerlerde asistan eğitiminin kalite ve yeterliliği açısından asistan ve öğretim üyesinin memnuniyeti artmaktadır. Benzer şekilde EASM'si olan hekimlerin; bebek değerlendirilmesi, gebe değerlendirilmesi gibi aile hekimliğinde olması gereken önemli ve gerekli konuları daha rahat değerlendirdiği gösterilmiştir.

Dünyanın çeşitli ülkelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıldan 6 yıla kadar değeriklik göstermektedir. Türkiye'de bu süre 3 yıl ile sınırlıdır. Bu sürenin yaklaşık 18 aylık bir kısmı rotasyonlar ile geçmektedir. Geriye kalan 18 aylık sürenin de bir kısmının aile hekimliğinin asıl çalışma alanı olan EASM'lerde geçmesi gerektiği düşünölmekte; fakat bu durumun Türkiye'de az sayıda eğitim araştırma ve üniversite hastanesi aile hekimliği anabilim dalında mümkün olduğunu bilmekteyiz.

Bu anlamda EASM'nin gerekliliğinin aile hekimliği uzmanları ve asistanları tarafından değerlendirilmesine ve bunun hakkında yapılacak araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

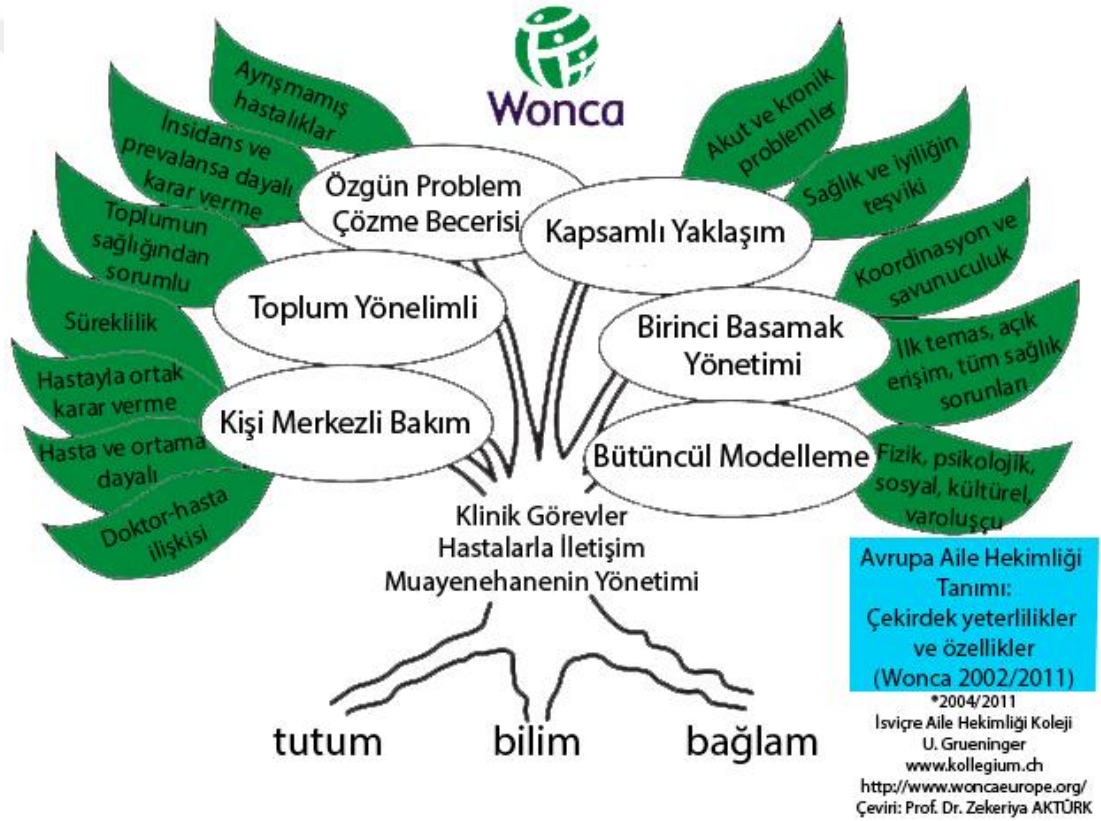
2.1. Aile Hekimliği Nedir?

Aile Hekimliği; hayatın çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi bütün dönemlerinde cinsiyet, hastalık, şikayet gibi herhangi bir ayırımında bulunmadan, birey, aile ve toplum sağlığını geliştirmek üzere ve devamlılık içinde hastalarla ilgilenen birinci basamak bir uzmanlık dalıdır. Tıp etiği ilkeleri ile korele olup sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına oluşabilecek tüm sağlık sorunlarının erken tanı, takip, tedavi ve rehabilitasyonunu üstlenir. Çağın gerisinde kalmayan, nitelikli bir sağlık hizmeti sağlayabilmek için gereken bilgi, beceri ve davranışları edinmiş olmayı gerekli kılan bir uzmanlık dalıdır (1). Aile hekiminin görevleri arasında birinci basamaktaki kurumlarda tanı ve tedavi uygulamaları, koruyucu hekimlik, kayıt tutma, veri toplama, sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi bulunmaktadır. Akademik ve bilimsel bir disiplini olan aile hekimliğinin kendine ait bir kanıt temeli, klinik uygulaması ve araştırması olup birinci basamak hizmet temelli bir uzmanlıktır (2).

2005 yılında WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü) aile hekimliğini şu şekilde tanımlayıp, temel özelliklerini belirlemiştir: Aile hekimliği kendine özgü bir eğitim içeriği olan ve kanıta dayalı birikimlerle oluşturulan bilimsel ve akademik temelli bir modalitedir (Şekil-1). Aile hekimliği/Genel pratisyenlik biriminin özellikleri:

- a) Hastalara süresiz ve açık bir hizmet sağlayarak sağlık sistemine ilk giriş noktasını oluşturur; kişinin herhangi bir özelliğine bakmadan (yaş, cinsiyet gibi) tüm sağlık problemleriyle ilgilenir.
- b) Kişilere sunulan bakımı organize ederek ve birinci basamakta diğer sağlık personeliyle birlikte çalışarak sağlık kaynaklarının verimli kullanımına vesile olur. Diğer uzmanlıkların sunduğu hizmeti gerekli gördüğünde hastayı savunma rolüyle bütünleştirir.
- c) Bakmakla yükümlü olduğu tüm gruplarda; birey, aile ve toplum bazında bireyi merkeze alarak bir çalışma biçimi belirler.
- d) Hastayı muayene etme ve onunla görüşme stili kendine özgüdür. Bu süreç hekim ve hasta arasında zaman içerisinde kendine özgü doğal bir yolla gerçekleşmektedir.

- e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimiyle belirli olan kadarını bu süreç boyunca devamlı olarak sağlamaktadır.
- f) Karar verme süreci rahatsızlıkların toplumdaki insidans ve prevalansına göre şekil almaktadır.
- g) Hastaların sağlık sorunlarını akut veya kronik oluşu fark etmeksizin yönetir.
- h) Gelişimlerinin erken evresindeki henüz ayrışmamış durumdaki ve acil bir şekilde müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkları yönetir.
- i) Kişinin psikososyal ve fiziksel iyilik halini ve devamlılığını etkili ve uygun girişimlerle geliştirir.
- j) Toplumun sağlık durumunun iyi olması için özel bir sorumluluk üstlenir (3).



Şekil 1: Wonca Ağacı

2.2.Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile hekimliği, ilk kez İngiliz hekim Francis Peabody tarafından 1923 yılında gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıp alanında aşırı uzmanlaşmayla birlikte gelişen hastaların muhattap bulamama problemi nedeniyle kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti verecek bir uzmanlık alanının gerektiğini belirtmiştir. Aile hekimliği

uygulaması gerçek anlamda 1947’lerde İngiltere’de dönemin sağlık çalışanlarının Aile Hekimleri Kraliyet Koleji (Royal College of General Practice) kurmasıyla başlamıştır. Aile hekimliği 1950’lerde başlayan süreçte gelişip yaygınlaşarak kapsamlı ve bireysel hizmet verebilecek konuma gelmiştir. Aile hekimliği uzmanlığının genel geçer olarak kabul edilmiş tanımı Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” oturumunda Leeuwenhorst grubu vasıtasıyla 1974 yılında yapılmıştır. Birinci basamak hekimliğinin insanın organ veya sistemlerini teker teker ele almaktansa bir bütün olarak insanı ele alan bir uzmanlık dalı olduğu özellikle vurgulanmıştır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve WONCA’nın yer aldığı "Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi’nde aile hekimliğinin spesifik bir uzmanlık dalı olmasına karar verilmiştir.

Bunun sonucunda bütün ülkelerde tıp fakültesi mezuniyetinden sonra aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi karara bağlanmıştır.

2.3. Ülkemizde Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Birçok devlet dokümanında aile hekimliği 1990 yılı sonrasında yer almıştır. En son sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, kararlaştırılan uygulama şekliyle aile hekimliğinin hayata geçirilemediğine değinilmiştir. Bu kalkınma planında aile hekimliğinin hayata geçirilmesi sağlık alanındaki hedefler arasında yer almaktadır (4). Bunun yanında aile hekimliği uygulamasına mevcut yönetimin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda da değinilmektedir (5). 9 Aralık 2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazetede ”Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yer almış ve uygulamaya başlanmıştır. Aile hekimliği uygulamasına 15 Eylül 2005 tarihinde ilk başlayan il Düzce’dir. Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin birçok amacı bulunmaktadır. Bu amaçlar şöyle sıralanabilir:

- Kaynakların etkin bir şekilde kullanılması
- İkinci ve üçüncü basamaktaki hasta yükünün azaltılarak bunu birinci basamakta karşılayıp uzun bekleme sürelerinin ve yığılmaların önlenmesi
- Artan birinci basamak kurum sayesinde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması
- Hasta memnuniyetlerinin artırılması
- Hastanelerdeki zaman kaybının önlenmesi şeklindedir (5).

Türkiye’de aile hekimliğinin tarihsel gelişimi şöyledir: 1961 yılında hükümet tabipliğinden vazgeçilerek onun yerine nüfusun temel alınacağı bir sistemde sağlık ocaklarının getirilmesi 224 sayılı kanun ile kabul edilmiştir. Bu kanun doğrultusunda tüm yurttaki 1983 yılında uygun sağlık düzenlemeleri yapılmıştır. Aile hekimliğinin kanunsal süreci 5 Temmuz 1983 tarihli Tababet Uzmanlık Tüzüğü’yle başlamaktadır. İlk aile hekimliği anabilim dalının kuruluşu 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimine ise İstanbul, Ankara ve İzmir’deki sağlık bakanlığına ait eğitim araştırma hastanelerinde 1985 yılında başlanmıştır. Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) ise 1990 yılında Ankara’da kurulmuştur. Aile hekimliği anabilim dalı olarak Gazi Üniversitesi’nden sonra 1992 ‘de Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde kurulmuştur. Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’nin (AHUD) ismi 1998 yılında bakanlar kurulu kararıyla güncellenerek Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olmuştur. 2000 yılında yapılan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (2001–2005) Türkiye’nin birinci basamak sisteminde aile hekimliğinin yer alacağı açık bir şekilde belirtilmiştir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ise 2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) dahilinde olmuştur Türkiye’nin 81 ilinde aile hekimliği uygulamasına Sağlıkta Dönüşüm Projesi vesilesiyle 2010 yılı aralık ayıyla birlikte başlanmıştır (6).

2.4.Aile Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi

5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde ‘Aile Hekimliği’ kavramı ilk kez resmîyet kazanmıştır. Resmîyet kazandıktan sonra ülkemizde anabilim dalı olarak ilk aile hekimliği anabilim dalı 1984’te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş olmasına rağmen eğitime başlanamamıştır. Uzmanlık eğitiminin başlangıcı İzmir, Ankara ve İstanbul’daki sağlık bakanlığına ait eğitim araştırma hastaneleriyle birlikte 1985 yılında ancak olabilmıştır (7,8). Süreç içerisinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu ilerlemede üniversite hastanelerinin eğitime başlaması önemli payı oluşturur. Bu sayede uzmanlık eğitimi konusunda dünya standartlarına uygun bir gelişim sağlanabilmıştır (9). Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), ki bu kuruluş aile hekimliğinin gelişimi konusunda çalışmalarına ilk başlayan kurullardan biridir; 2007

yılında uzmanlık eğitiminin çekirdek müfredatını oluşturmuştur.

Bu müfredat şunları içermektedir:

- Saha rotasyonununun 1 yıl olması gerektiği,
- Her rotasyon için asistanın kazanması gereken bilgi ve birikimi detaylı olarak belirten bir müfredat oluşturulmuştur (10). Lakin mevcut sağlık sisteminde aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi sadece hastane rotasyonlarıyla sınırlandırılmıştır. Bu uygulamaya TAHUD ve TAHYK tarafından onaylanan bir uygulama olmamıştır. Alınan eğitimin yarı süresinin aile hekimliği saha uygulamasında geçmesi gerektiğini ancak bu şekilde aile hekimliği temel disiplininin öğrenilebileceğini belirtmiştir. Bütün bunların sonucunda, 2009 yılı Temmuz 18 itibariyle, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 18 ay aile hekimliği uygulama eğitimi ve 18 ay zorunlu rotasyonlar şeklinde oluşmasına karar vermiştir (9).

2.4.1 Dünya’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Aile hekimliği disiplini çerçevesinde eğitim almış, aile hekimliği uzmanları dünyadaki sağlık sistemlerinin temel basamaklarından olan birinci basamak kurumların primer hekimleridir (11). Avrupa konseyinin 1986 yılında aldığı karar gereği, Avrupa topluluğuna üye ülkelerin birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimleri, tıp fakültesi eğitimi sonrası en az 2 yıl süresince aile hekimliği eğitimi almış hekimlerden oluşması gerektiği kararlaştırılmıştır. 1 Ocak 1995 tarihini bu kararı hayata geçirmek için belirlemiştir. Bu konseyde aynı zamanda aile hekimleri için uzmanlık eğitimi 3 yıl şeklinde belirlenmiştir (12,13). Dünya’da aile hekimliğinin uzmanlık eğitimi süreleri ülkeden ülkeye değişmekle beraber genel olarak 3 ile 5 yıl arasındadır. Türkiye’de de buna benzer olarak bu süre 3 yıldır (13).

2.4.2 Türkiye ‘de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Eğitim ve araştırma hastanelerinde ve tıp fakültelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 1985 yılından beri 3 yıldır. Daha önceleri aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı sadece rotasyonlardan oluşmaktaydı. Bu durum Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 82 sayılı 2010 Haziran tarihli kararına kadar devam etti. Aile

hekimliği disiplinine uygun, onun ilke ve esaslarını yansıtan saha eğitimine on sekiz aylık süre verilmiştir ve böylece diğer rotasyonların süresi kısalmıştır. Hal böyle olunca aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin gözden geçirilerek revize edilmesi gerekliliği doğmuştur. Aile hekimliği branşının temel ilke ve esaslarına uygun olan çekirdek müfredatın hazırlanışında 2007 yılı Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun oluşturduğu müfredat temel alınmıştır. Bu müfredatın asıl amacı bir aile hekiminin edinmiş olması gereken temel bilgi ve yeterlilik düzeyini, buna ait ölçme değerlendirme yöntemlerini, eğitimin temel yapısını eğitim veren birimlere tanımlamaktır (14). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi esasında 3 kısımdan oluşmaktadır:

- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi içindeki uygulama eğitimi
- Düzenli eğitim etkinlikleri
- İlgili bölümlerde rotasyonlar.

Aile hekimliği uygulama eğitimi hastayla birebir temas halindeyken yapılmalıdır. Çünkü esas öğrenme şekli hastayla yüz yüze temas halindeyken olmalıdır. Asıl öğrenme yöntemi diğer branşlarda da olduğu gibi hastayla bir tecrübe edinme ve yaşanan bu tecrübeyi analitik düşünme süzgecinden geçirerek öğrenmeye dönüştürmektir. Kişisel çıkarımlar ve bu çıkarımlardan öğrenmenin yanı sıra meslektaşlardan öğrenme de bu öğrenmeyi pekiştirmektedir. Bunu sağlamak adına aile hekimleri belirli sıklıklarla bir araya getirilirler ve birbirlerinin tecrübelerinden faydalanırlar. Öğrenme süreçlerine bu sayede bir katkı sağlanmış olur.

Aile hekimliğinde rotasyonların çok önemli bir yeri vardır. Aile hekimliği saha uygulamasında çok nadir olarak karşılaşılan birtakım hastalıklarla hastane polikliniklerinde daha sık karşılaşılabılır. Bu durum daha kısa sürede öğrenmeyi sağlar. Yine bu rotasyonlar sayesinde aile hekimleri hasta devralarak onların bütün sorumluluğunu ve bakımını üstlenir. Bu sayede hastalara diğer basamaklarda ne yapıldığını görmüş olur. Düzenli eğitim etkinlikleri sayesinde tüm branşlardaki uzmanlık öğrencileri bir araya gelir. Burada aile hekimliği disiplininin klinik bakış açısı ve yaklaşımı güçlendirilmeye çalışılır. Rotasyonlarda öğrenilenlerin pekiştirilmesi ve aile hekimliği bakış açısından değerlendirilmesi sağlanır. Aile hekimliği uygulama eğitimi birtakım kendine özgü değerlendirme yöntemlerine

gereksinim gösterir. Ölçme değerlendirme eğitimin başında başlayıp tüm eğitim süreciyle birlikte devam eder. Asistan uzmanlık eğitimine başladığında bireysel öğrenme hedeflerinin belirlenmesi sağlanır daha sonra ise tüm eğitim sürecinde bu hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Eğitim bittiğinde uzmanlık öğrencisinin kendi başına aile hekimliği yapması için yetkilendirilir ve ulaşılmış olduğu yeterlilik düzeyi ölçülür. Bunun yanında uzmanlık eğitimi programının ve eğiticilerinin de düzenli olarak geliştirilip değerlendirilmesi eğitimin niteliğinin kalitesi açısından çok önemlidir. Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili müfredat öncelikle uzmanlık eğitimi veren kurumları, eğiticileri ve uzmanlık öğrencilerini ilgilendirmektedir. Aile hekimliği uzmanlık müfredatı oluşturulurken, Tıpta Uzmanlık Kurulu gerekli rotasyonları ve sürelerini belirlemiştir. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminin esaslarına dayanarak Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı'nı oluşturmuştur. Bu müfredat 23.08.2011 tarihi itibarıyla yürürlüktedir (15).

Aile hekimliği uzmanlık eğitime başlamak için tıp fakültesinden mezun olarak tıpta uzmanlık sınavında herhangi bir aile hekimliği programına yerleştirilmiş olmak gereklidir. Asistanlık süresi 36 ay olmakla birlikte zorunlu rotasyon süresi 18 aydır.

2.4.3 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Müfredat

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi total süresi 36 ay olup, 18 aylık diğer branş rotasyonlarından oluşturmaktadır (Tablo 1). 18 ay süren bu rotasyonlar; 4 ay İç Hastalıkları, 4 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1 ay Dermatoloji, 1 ay Kardiyoloji, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay Seçmeli (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz'dan biri), 1 ay Acil Tıp şeklindedir (14).

Tablo 1. Aile Hekimliği Uzmanlığı Çekirdek Müfredat, TUKMOS, 2019

ROTASYON DALI	ROTASYON SÜRESİ (AY) Aralık 2017 itibarıyla
İç Hastalıkları	4

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2
Göğüs Hastalıkları	1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	1
Kardiyoloji	1
Acil Tıp	1
Seçmeli (Nöroloji / Genel Cerrahi /Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon'dan bir tanesi olmak kaydıyla)	1
Toplam	18

2.5 Eğitim Aile Sağlığı Merkezi(EASM)

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 18 aylık saha eğitimi olmasına rağmen bu süre üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde geçirilmektedir. Üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinin birinci basamak yaklaşımını yansıtması oldukça zor ve yetersizdir. Bu eksikliği gidermek için EASM kavramı oluşturulmuştur. EASM'ler 2014 yılında yayınlanan bir yönetmelikle açılmaya başlanmıştır. Türkiye'de Mart 2022 itibariyle tespit edebildiğimiz kadarıyla 103 AH A.D./kliniği mevcuttur. Bunlardan 86 tanesi TUK tarafından eğitim kliniği onayı almış olup diğerleri başvuru veya değerlendirme aşamasındadır. Eğitim kliniği onayı alanların 26 tanesi SBÜ'ye bağlı EAH'lerde 60 tanesi ise SBÜ dışındaki üniversitelere bağlı tıp fakülteleri bünyesinde kurulan A.D.'lerdir. Bu 60 tıp fakültesinden 16'sı Sağlık Bakanlığı ile afiliye olup Sağlık Bakanlığına bağlı EAH'de bulunmaktadır (16). Türkiye'de Mart 2019 yılı itibariyle toplam 17 AH Kliniği'ne bağlı 71 AH Birimi mevcuttur (Tablo 2) (17). Yalnızca hastane rotasyonlarından oluşan aile hekimliği uzmanlık eğitimi Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) 2010 yılı kararıyla değiştirilmiş ve 18 ay diğer branş rotasyonları ve 18 ay aile hekimliği uygulaması şeklinde düzenlenmiştir (18). Birinci basamakta nitelikli ve verimli yetiştirilmiş hekimlerle çalışmak aile hekimliği eğitiminin temel gayesidir. Bunun yanında birinci basamak şartlarında üstün kabiliyet gösterebilen hekimlere ulaşılma amacındadır. Eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerde buna yönelik

olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri şeflikleri, aile hekimliği anabilim dalları ve TAHUD işbirliği ile EASM'ler oluşturulmuştur. Bu EASM'lerde uzmanlık eğitiminin yürütülmesi planlanmıştır. Bu gelişme üzerine EASM'lerin ilk aşaması 2004 ün Kasım 11'i itibariyle Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve devamında 2011 Ekim 11'i itibariyle de Kanun Hükmünde Kararname ile atılmıştır. Uygulanması kararlaştırılan EASM yönetmeliğine göre EASM, eğiticinin yönetiminde aile hekimliği asistanları ve yardımcı sağlık personelinin oluşan birimlere ayrılmış, bu birimlerde aile hekimliği hizmetinin verildiği kurum olarak tanımlanmıştır (19).

Şu an Türkiye'de 203 AH doçenti bulunmakta, bunların 87'si profesörlüğe atanmıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulundan onay alan 86 AH eğitim kliniğinde, 250'den fazla öğretim elemanı ile yaklaşık 3750 asistanın eğitimi devam etmektedir. İlk anabilim dalının kurulmasından bu güne geçen süre 30 yıla yaklaşırken akademik AH bölümlerinin nicel ve nitel gelişimi, Avrupa'da birçok ülkeyle kıyaslanabilir düzeydedir (20).

Tablo 2. Ülkemizde Bulunan Mart 2019 tarihli Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

KURUM	EASM	BİRİM
Marmara Üniversitesi	2	5
Dokuz Eylül Üniversitesi	4	6
Katip Çelebi Üniversitesi	3	6
Şişli Hamidiye Etfal EAH	2	7
Okmeydanı EAH	1	3
Haseki EAH	1	2
Ankara EAH	1	5
Bursa Yüksek İhtisas EAH	1	4
Konya EAH	1	2
Tepecik EAH	1	2
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	2
Bağcılar EAH	2	8
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	2

Samsun 19 Mayıs Üniversitesi	1	2
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH	1	4
SBÜ Ümraniye EAH	1	6
Haydarpaşa Numune EAH	1	5

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi: Araştırmamız tanımlayıcı-kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışma, 23/02/2022-3/04/2022 tarihleri arasında Google formlar üzerinden ulaşılabilen aile hekimliği uzmanı ve asistanlarına anket çalışması yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Evren: Türkiye’de çalışan aile hekimliği asistanları ile aile hekimliği uzmanları

Örneklem: Çalışmalar incelendiğinde çalışmanın temel sonuçlarından biri olan EASM’de çalışma oranları dikkate alınarak bir güç analizi yapılmıştır. Benzer bir çalışma dikkate alınarak örneklem büyüklüğü Tip I hata (0,05), hedeflenen güç (0,80) dikkate alınarak hesaplanmış ve 263 kişiye anket yapılmıştır.

Araştırmanın değişkenleri:

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, meslekteki yıl, medeni durum, unvan)

Bağımlı Değişkenler: EASM hakkındaki anket sorularının değerlendirilmesi, ayrıca aile hekimliği uygulamasına ait bilgi düzeyi sorularının değerlendirilmesi

Dahil olma ve dışında tutulma kriterleri:

Aile hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan asistanlar ve aile hekimliği uzmanları çalışmaya dahil edildi.

Öğretim üyeleri, uzmanlık eğitimi alanların dışındaki aile hekimleri çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma tasarımı: Anket çalışması olan bu çalışmada Türkiye’de farklı eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde çalışan aile hekimliği asistanları ile aile hekimliği uzmanlarına Google anketler aracılığıyla ulaşılmıştır. Anketimizde 3 bölüm halinde 45 adet çoktan seçmeli soru yer almaktadır. İlk bölümde

sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümünü EASM ve alınan uzmanlık eğitimi ile alakalı 20 soru oluşturmaktadır. Üçüncü bölümde ise aile hekimliği uygulaması ile alakalı bilgi sorularına yer verilmiştir. Anketin 25 soruluk kısmını bu bölüm oluşturmaktadır. Bu sorular periyodik sağlık muayenesi, sağlıklı çocuk izlemi, gebe izlemi hakkında olup EASM ve hastane polikliniği yapan asistanların bilgi düzeyi farkının ölçülmesi amaçlanmıştır. Alınan toplam puanlar hesaplanırken üçüncü kısımdaki bilgi sorularına verilmesi gereken doğru cevaplara 1 puan verilerek hesaplanmıştır. Emin değilim cevabına ve yanlış cevaplara ise 0 puan verilmiştir.

İstatistiksel analiz:

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum; kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakıldı. İki ayrı grupta numerik veriler Man Whitney U testi, ikiden fazla grupta numerik veriler Kruskal Wallis Testi ile analiz edildi. Çoklu analizlerde Post-Hoc testlerinden Tamhane testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırmalarına ki-kare testi ve Fisher's Exact Testi ile bakıldı. Numerik verilerin korelasyonuna Pearson korelasyon testi ile bakıldı. P anlamlılık değeri $<0,05$ olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

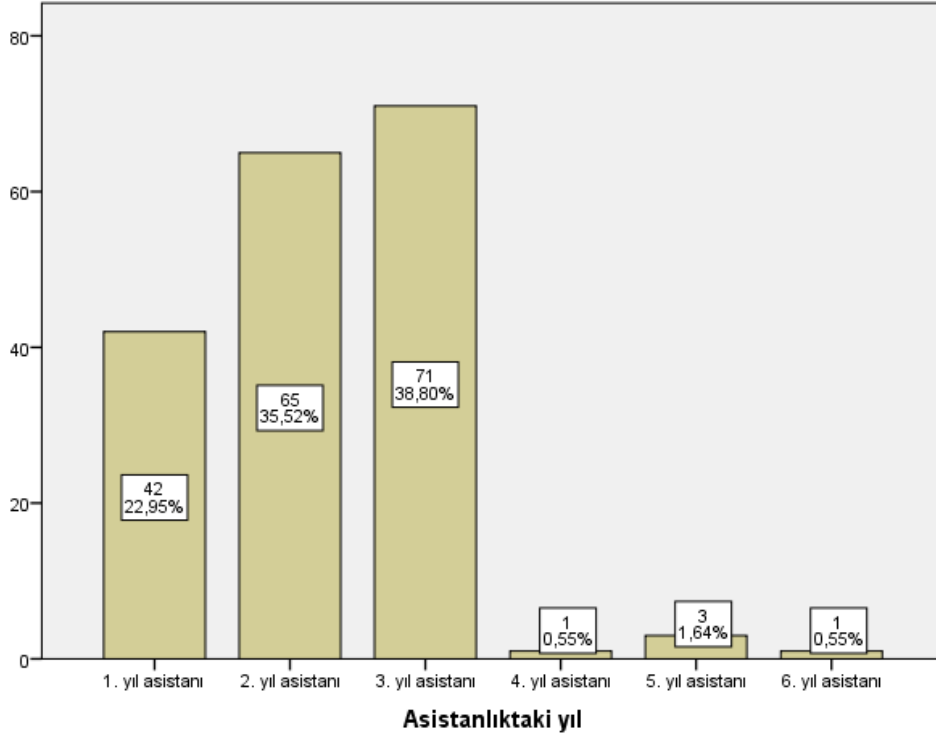
4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 263 hekim katıldı. Hekimlerin %58,2'si (n=153) kadın, %41,8'i (n=110) erkekti. Çalışmaya katılanların %62'si (n=163) evli, %38'i (n=100) bekarı. Çalışmaya katılan hekimlerin %55,1'i (n=145) tam zamanlı aile hekimliği asistanyken, %16,3'ü (n=43) sözleşmeli aile hekimliği asistanı, %28,5'i (n=75) ise aile hekimliği uzmanıydı (Tablo3).

Tablo 3: Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyet, medeni durum ve unvanları

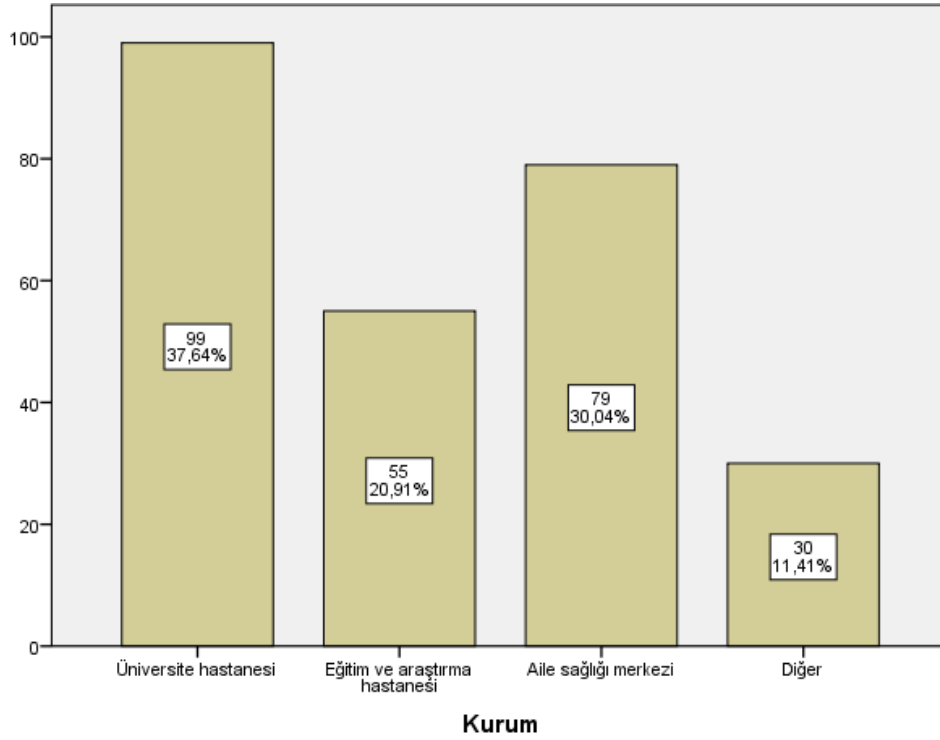
Sosyodemografik özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	153	58,2
	Erkek	10	41,8
Medeni Durum	Evli	163	62,0
	Bekar	100	38,0
Unvan	AHA	142	55,1
	SAHU	43	16,3
	AHU	75	28,5

Hekimlerin asistanlıkta kaçınıcı yılda oldukları sorgulandı. En fazla sayıda %38,80 (n=71) ile 3. yıl asistanı oldukları görüldü. En az sayıda ise SAHU asistanlarının birer kişi ile 4. ve 6. yıl asistanları olduğu görüldü. Tüm asistanların kaçınıcı yıl asistanı olduğu şekil 2'de verilmektedir.



Şekil 2: Asistanların kaçınıcı yıl asistanı olduğunu gösteren grafik

Hekimlerin en fazla %37,64 (n=99) ile üniversite hastanesinde çalıştıkları görüldü. Hekimlerin çalıştığı kurumlara ait sayı ve yüzdeler şekil 3’de görülmektedir.



Şekil 3: Hekimlerin çalıştığı kurumlar

Katılımcıların yaş ortalamaları $31,30 \pm 5,45$ olarak bulundu. Katılımcılar ortalama $6,56 \pm 5,21$ (minimum=1, maksimum=31) yıllık hekimlerdi. Hekimlerin aile hekimliği alanında çalıştığı sürenin ortalaması $4,27 \pm 3,56$ (minimum=1, maksimum=26) olarak hesaplandı. Asistanlık eğitimi sırasında EASM’de çalışan hekimlerin ne kadar süre çalıştıkları sorgulandı. Hekimler ortalama $6,33 \pm 4,31$ (minimum=1, maksimum=24) ay olarak EASM’de çalışmışlardı (Tablo 4).

Tablo 4: Hekimlerin yaş, meslekteki yıl, aile hekimliği alanında çalışılan süre ve EASM’de çalışılan sürelerine ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	263	24	53	31,30	5,45
Meslekteki toplam yıl	263	1	31	6,56	5,21
Aile hekimliği alanındaki çalışılan süre (Yıl)	263	1	26	4,27	3,56
EASM’de çalışılan süre (Ay)	46	1	24	6,33	4,31

Çalışmaya katılan hekimlere uzmanlık eğitimini aldığı sırada EASM’lerinin olup olmadığı soruldu. %35’inin (n=92) EASM’lerinin olduğu öğrenildi. Hekimlerin sadece % 18,6’sı (n=49) EASM’de çalışmıştı. Yine hekimlerin %15,6’sının (n=41) ise EASM’de çalışırken bir sorumlu eğiticisi vardı (Tablo 5).

Tablo 5: Çalışmaya katılan hekimlerin EASM de çalışma durumları

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Uzmanlık eğitimini aldığınız sırada EASM var mıydı?	Evet	92	35,0
	Hayır	171	65,0
Uzmanlık eğitiminde EASM’de çalıştınız mı?	Evet	49	18,6
	Hayır	214	81,4
Uzmanlık eğitiminde EASM’de çalıştığınızda sorumlu eğitimciniz var mıydı?	Evet	41	15,6
	Hayır	25	9,5

Katılımcılara EASM ile ilgili 15 soru soruldu. Sorulara evet, hayır ve emin değilim şeklinde cevaplar alındı. Bu sorulara verilen cevaplar tablo 6’da verilmiştir. “Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında saha eğitimi (EASM) sizce gerekli midir?” sorusuna %93,5 (n=246) ile neredeyse katılımcıların çoğu evet cevabını vermişti. ”Uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?” şeklindeki soruya ise %48,3(n=127) katılımcı hayır cevabını verdi. ASM’lerde sıklıkla yapılan bağışıklama, gebe izlemi, bebek-çocuk izlemi, periyodik sağlık muayeneleri konularında yeterli izlem yapıp yapmadıkları hakkında sorulan sorulara hekimlerin çoğunluğu hayır cevabını verdi. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sık karşılaşılan hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi konularında ise çoğunluk evet diyerek yeterli sayıda hasta gördüğünü belirtti.

Tablo 6:Katılımcıların uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda izlem yapma, EASM gerekliliği ve uzmanlık eğitiminin yeterliliği konusundaki fikirleri

	Evet	Hayır	Emin değilim
	Sayı/Yüzde	Sayı/Yüzde	Sayı/Yüzde
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında saha eğitimi (EASM) sizce gerekli midir?	246/93,5	8/3	9/3,4
Aile hekimliği uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?	74/28,1	127/48,3	62/23,6
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda bağışıklama hizmeti yaptınız mı?	73/27,8	162/61,6	28/10,6
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda gebe izlemi yaptınız mı?	77/29,3	162/61,6	24/9,1
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda bebek-çocuk izlemi yaptınız mı?	85/32,3	149/56,7	27/10,3

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda geriatrik hasta takibi yaptınız mı?	68/25,9	151/57,4	44/16,7
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde periyodik sağlık muayenelerini yeterince yaptığımızı düşünüyor musunuz?	67/25,5	154/58,6	42/16
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince gaytada gizli kan değerlendirmesi yaptığımızı düşünüyor musunuz?	56/21,3	167/63,5	40/15,2
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince mamografi önerisi yaptığımızı düşünüyor musunuz?	75/28,5	149/56,7	39/14,8
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince papsmear önerisi yaptığımızı düşünüyor musunuz?	71/27,0	153/58,2	39/14,8
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda evlilik öncesi değerlendirme ve danışmanlık hizmeti verdiğinizi düşünüyor musunuz?	72/27,4	156/59,3	35/13,3
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde kanser taramalarını yeterli sayı ve nitelikte yaptığımızı düşünüyor musunuz?	51/19,4	166/63,1	46/17,5
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda diyabet taraması yaptınız mı?	121/46	107/40,7	35/13,3
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda hipertansiyon hasta değerlendirmesi yaptınız mı?	128/48,7	102/38,8	33/12,5
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda hiperlipidemi taraması yaptınız mı?	125/47,5	106/40,3	32/12,2
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yeterli sayıda depresyon taraması yaptınız mı?	43/16,3	175/66,5	45/17,1

Periyodik sağlık muayeneleri ve aile hekimliği uygulamaları hakkındaki bilgi soruları ve verilen cevaplar değerlendirildi. Sorulan toplam 25 sorunun 22 tanesine verilmesi gereken gerçek doğru sayıları çoğunlukta ydı. “Nagele formülüne göre tahmini doğum tarihi SAT+3 ay -7 gündür.”, “Risk faktörü olmayan 52 yaşında kadın hastada açlık ve tokluk kan şekerleri normal ise her yıl tekrar bakılması gerekir.” ve “Birinci basamakta depresyon taramasında Beck depresyon ölçeği kullanılır.” Sorularına ise verilmesi gereken gerçek doğru sayıları yanlış cevaba göre daha azdı. Diğer sorular ve verilen cevaplar tablo 7’de görölmektedir.

Tablo 7: Periyodik sağlık muayeneleri ve aile hekimliği hakkındaki bilgi soruları ve verilen cevaplar

	Doğru Sayı/Yüzde	Yanlış Sayı/Yüzde	Fikrim yok Sayı/Yüzde
Gebelik boyunca aile sağlığı merkezinde 3 izlem yapılır.	72/27,4	156/59,3	35/13,3

Nagele formülüne göre tahmini doğum tarihi SAT+3 ay -7 gündür.	154/58,6	90/34,2	19/7,2
Anemi bulguları olmayan gebeye 16.gebelik haftasında 40-60 mg /gün demir proflaksisi başlanır.	202/76,8	32/12,2	29/11,0
Gebede D vitamini proflaksisi 12.gebelik haftasından başlar ve doğumdan sonra 6.aya kadar devam eder.	206/78,3	32/12,2	25/9,5
Gestasyonel diyabet öyküsü olan kişilere postpartum 6-12. Haftalar arasında OGTT yapılmalıdır.	139/52,9	86/32,7	38/14,4
İlk 6 ay bebek her istediğinde, sayı sınırlaması olmadan günde en az 8 kez emzirilmelidir.	230/87,5	20/7,6	13/4,9
Anemi bulguları olmayan yeni doğana doğumdan sonra 1mg/kg/gün demir desteği başlanmalıdır.	70/26,6	169/64,3	24/9,1
Tip I dışındaki tüm gelişimsel kalça çıkığı olguları ortopedi uzmanına sevk edilmelidir.	164/62,4	43/16,3	56/21,3
Çocuklarda arteryel hipertansiyon taraması 4.yaştan sonra yılda 1 kez yapılmalıdır.	77/29,3	150/57,0	36/13,7
Güncel aşı takvimine göre hepatit A aşısının ilk dozu 12.ayda ikinci dozu 24.ayda yapılır.	100/38,0	133/50,6	30/11,4
5-49 yaş kadın izlemi yılda 1 kez yapılmalıdır.	142/54,0	91/34,6	30/11,4
Mastit emzirme kontrendikasyonlarındandır.	26/9,9	228/86,7	9/3,4
Obezite tespit edilen hastalara ilk olarak yaşam tarzı değişikliği önerilir.	256/97,3	4/1,5	3/1,1
Annede aktif tüberküloz, HIV ve meme başında HSV enfeksiyonu varlığında emzirme kontrendikedir.	234/89,0	21/8,0	8/3,0
Yaşam tarzı değişikliği önerilen hastalar ayda 1 kez kontrole çağrılmalıdır.	152/57,8	72/27,4	39/14,8
Başka bir risk faktörü olmayan 35 yaş üstü yetişkinde serum lipid profili taraması her 5 yılda bir yapılmalıdır.	201/76,4	39/14,8	23/8,7
Proflaktik düşük doz(81 mg) aspirin kullanımı kadınlarda 40 yaş ve üstünde önerilir.	67/25,5	153/58,2	43/16,3
Risk faktörü olmayan 52 yaşında kadın hastada açlık ve tokluk kan şekerleri normal ise her yıl tekrar bakılması gerekir.	137/52,1	88/33,5	38/14,4
Tarama amacıyla tiroid değerlendirilmesi için TSH istenir.	218/82,9	39/14,8	6/2,3
Risk faktörü olmayan yetişkinlerde kolorektal kanser taramasında kolonoskopi 50 yaş üstü her 10 yılda bir yapılır.	206/78,3	49/18,6	8/3,0
Serviks kanseri için PAP smear veya HPV testi taraması 30-65 yaş arası her yıl yapılmalıdır.	85/32,3	160/60,8	18/6,8
Bebeklerde 3.ayda hemogram kontrolü yapılmalıdır.	87/33,1	147/55,9	29/11,0
Birinci basamakta depresyon taramasında Beck depresyon ölçeği kullanılır.	203/77,2	17/6,5	43/16,3

Rotavirüs aşısının erişkin aşılamaında yeri yoktur.	219/83,3	28/10,6	16/6,1
Tüberküloz taraması kronik böbrek yetmezliği olanlara yapılmalıdır.	108/41,1	78/29,7	77/29,3

Kalın yazılan kısımlar verilmesi gereken doğru cevaplardır.

Çalışmada verilmesi gereken doğru sayıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p=0,433$). Evli hekimler bekar hekimlerden anlamlı fazla sayıda doğru cevap vermişlerdi ($p<0,001$). AHA, SAHU ve AHU arasında bakıldığında ise verilmesi gereken doğru yanıt sayısında anlamlı bir farklılık izlendi ($p<0,001$). AHU'ların verdiği doğru yanıt sayısı daha yüksekti. Bunu sırasıyla SAHU ve AHA'lar izliyordu. Asistanlıktaki yıl açısından baktığımızda yine verilmesi gereken doğru yanıt sayısında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,01$). Asistanlıktaki yıl arttıkça verilen doğru yanıt sayısı artıyordu. Buna göre en yüksek doğru cevap sayıları 5 ve 6. yıl asistanlarındaydı. Verilmesi gereken doğru cevap sayıları çalışılan kuruma göre de anlamlı farklılık gösteriyordu ($p<0,001$). Buna göre aile sağlığı merkezi ve diğer kurumlarda çalışan hekimlerin doğru yanıt sayısı üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerden daha yüksekti. Uzmanlık eğitimi sırasında EASM olup olmasına ve burada çalışıp çalışmama durumuna göre verilmesi gereken doğru cevaplarda anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,299$; $p=0,127$). EASM'de çalışırken sorumlu eğitimcisi olanların verdiği doğru cevap sayısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,049$). Saha eğitimini gerekli gören ve görmeyenler arasında verilmesi gereken doğru cevap sayılarında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,091$). Uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli bulan ve bulmayan hekimler arasında da verilen doğru cevaplarda anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,166$). Tüm bu veriler tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Verilmesi gereken doğru yanıtların çeşitli değişkenlere göre istatistiksel analizi

		Verilmesi gereken doğru yanıt		
		Ortalama	Standart Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	15,86	3,63	0,433
	Erkek	15,37	4,03	
Medeni Durum	Evli	16,33	3,65	<0,001
	Bekar	14,56	3,81	
Unvan	AHA	14,26	3,93	<0,001

	SAHU	16,91	3,63	
	AHU	17,64	2,20	
Asistanlıktaki yıl	1. yıl asistanı	13,67	3,92	0,010
	2. yıl asistanı	14,43	3,25	
	3. yıl asistanı	15,52	4,51	
	4. yıl asistanı	15,00	.	
	5. yıl asistanı	19,67	4,16	
	6. yıl asistanı	20,00	.	
Kurum	Üniversite hastanesi	14,46	3,77	<0,001
	Eğitim ve araştırma hastanesi	14,15	4,55	
	Aile sağlığı merkezi	17,46	2,39	
	Diğer	17,60	2,58	
Uzmanlık eğitimi aldığınız sırada EASM var mıydı?	Evet	16,00	3,61	0,299
	Hayır	15,47	3,90	
Uzmanlık eğitiminde EASM’de çalıştınız mı?	Evet	16,18	3,78	0,127
	Hayır	15,53	3,80	
Uzmanlık eğitiminde EASM’de çalıştığınızda sorumlu eğiticiniz var mıydı? (Sadece EASM’de çalışmış olanlar cevaplayacak.)	Evet	16,63	3,61	0,049
	Hayır	15,08	3,52	
Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında saha eğitimi (EASM) sizce gerekli midir?	Evet	15,75	3,83	0,091
	Hayır	14,38	4,41	
	Emin değilim	14,22	1,92	
Aile hekimliği uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?	Evet	16,26	3,61	0,166
	Hayır	15,56	3,99	
	Emin değilim	15,13	3,59	

Yapılan post hoc analizlerde unvana göre doğru sayısına bakıldığında SAHU ve AHU olanlar AHA olanlardan anlamlı derecede fazla doğru cevap vermişlerdi (Her iki durum için de $p<0,001$). Çalışılan kuruma göre ise aile sağlığı merkezinde çalışanların doğru sayısı üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde çalışanlardan anlamlı yüksek bulundu (Her iki durum için de $p<0,001$).

Çalışılan kuruma göre uzmanlık eğitiminde EASM’de çalışma durumu da anlamlı farklılık gösteriyordu ($p=0,001$). Buna göre aile sağlığı merkezi ve diğer kurumlarda çalışan hekimlerin EASM’de çalışma oranı üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerden daha yüksekti. Bu durum tablo 9’da

gösterilmiştir.

Tablo 9: Kuruma göre uzmanlık eğitiminde EASM’de çalışma durumu

	Uzmanlık eğitiminde EASM’de çalıştınız mı?		p
	Evet (n)	Hayır (n)	
Üniversite hastanesi	12	87	0,001
Eğitim ve araştırma hastanesi	8	47	
Aile sağlığı merkezi	16	63	
Diğer	13	17	



5.TARTIŞMA

Çalışmamızda aile hekimliği eğitiminde önemli yeri olan; yeterli periyodik sağlık muayenesi, yeterli hasta takibi ve sağlık taramalarının yapılıp yapılmadığı, asistan eğitimindeki EASM gerekliliği, mevcut asistan ve uzmanların bilgi ve görüşleri değerlendirilerek analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda; çalışmaya katılan hemen hemen tüm hekimlerin uzmanlık eğitimine EASM'nin olumlu yönde katkı sağladığını düşündükleri tespit edildi.

Hekimlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturuyordu. Uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?" şeklindeki sorumuza katılımcıların yaklaşık yarısı hayır cevabını verdi. Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmaya paralel olarak aile hekimlerin %50,5'i asistanlığında iyi eğitim aldığına inanmamaktadır (21). 2013'te Aydın'da Sancaktar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada benzer oranlar elde edilmiş, aile hekimlerinin %48,5'i aldıkları uzmanlık eğitimini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir (22). Uzmanlık eğitimi asıl olarak eğitilen merkezli olup, temel olarak eğitilenlerin ihtiyaçlarına yönelik olarak geliştirilen bir yetişkin eğitimidir(23). Dolayısıyla bu eğitimin aile hekimlerinin düşüncelerine yönelik olarak düzenlenmesi gerekir.

"Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında saha eğitimi sizce gerekli midir?" sorusuna neredeyse katılımcıların çoğu evet cevabını vermişti. Yine Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada %74 oranında hekim EASM'nin eğitiminde yer alması gerektiğini belirtmiş. Çalışmaya katılanlar, aile hekimliği saha eğitimi nerede verilmeli hakkındaki soruya %75 oranında EASM' de verilmeli olarak yanıt vermiş (21). 2016 yılında İstanbul'da Adıyaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada asistanların %91,3'ü uzmanlık eğitiminde birinci basamak sağlık hizmetinin olması gerektiğini belirtmişlerdir (24). İzmir'de 2014 tarihli EASM'ler hakkındaki mevzuat yapılmadan önce yapılan benzer bir çalışmaya katılan hekimler % 92,7 oranında aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapılırken ASM rotasyonu alınması gerektiğini belirtmiştir (25). Çalışmamıza katılan katılımcıların %35'inin EASM'si bulunmaktaydı. Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada EASM si olan hekim oranı %36'dır (21). Bu anlamda çalışmamız ile uyum olduğu görüldü.

2013'te Aydın'da Sancaktar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılanların %88'i aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamak saha eğitiminin olması gerektiğini söylemişlerdir (22). Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %62,8 oranında katılımcı saha eğitiminin gerekliliğini bildirmiştir (26). Ünlüoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yer alan hekimler %70,3 oranında uzmanlık eğitiminde birinci basamak rotasyonunun olması gerektiğini belirtmiştir (27).

Türkiye'de birçok ülkeyle benzer şekilde 3 yıllık bir aile hekimliği uzmanlık eğitim sistemi vardır. Bu eğitimin 18 ayının rotasyon programlarında geçirilmesi, kalan 18 ayın ise birinci basamak sağlık hizmetinde aile hekimliği polikliniğinde geçirilmesi planlanmıştır. Ancak birinci basamakta saha eğitimi konusunda bazı kurumlarda gerekli koşulların oluşturulamaması nedeniyle mecburi bir uygulama bulunmamaktadır. Bu nedendir ki Türkiye'de uzmanlık öğrencileri hastane ortamında birinci basamak ortamından daha fazla çalışmaktadır ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında karşılaşılabileceklerinden daha farklı hasta popülasyonları görmektedirler (28). Çalışmamıza katılan hekimlerin de büyük çoğunluğunun EASM'sinin olmadığı ve birinci basamak sağlık hizmetinde hasta takibi yapmadığı görülmektedir.

2013'te Aydın'da Sancaktar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan hekimler birinci basamak ortamında saha eğitiminin gerekli oluşunun sebebini %67,9 oranında uzman olduktan sonra 'birinci basamak sağlık hizmetinde çalışılacağı için' olarak belirtmişlerdir. Saha eğitiminin gerekli olduğunu belirten hekimler, yeterli bir saha eğitimi nasıl olmalı sorusuna %79,6 oranında 'birebir uygulama yapılmalı' şeklinde yanıt vermişlerdir (22). Bu sonuçlar, aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi alırken birinci basamak sağlık kurumunda belirli bir miktar çalışarak işleyiş hakkında fikir sahibi olmayı ve birinci basamak sağlık hizmetinde tecrübe kazanmak istediklerini göstermektedir.

Çalışmamızda ASM'lerde sıklıkla yapılan bağışıklama, gebe izlemi, bebek-çocuk izlemi, periyodik sağlık muayeneleri konularında yeterli izlem yapıp yapmadıkları hakkında sorulan sorulara hekimlerin çoğunluğu hayır cevabını verdi. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında daha çok değerlendirilen hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet konularında ise çoğunluk evet diyerek yeterli sayıda hasta gördüğünü belirtti. Bu durum hasta profilinin üçüncü basamak hastaneler ile

ASM'ler arasında farklılık gösterdiğini açıklar. Maç'ın yapmış olduğu çalışmada da EASM ve hastane polikliniklerine başvuran hastalar ve aldıkları tanılara bakılarak aralarında yaş, cinsiyet ve koyulan tanılar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (29). Diğer çalışma ise aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin EASM ve asistanlık saha eğitimi ile alakalı beklenti, bilgi ve düşünceleri hakkındadır. Bu çalışmaya katılan asistanların büyük kısmı saha eğitiminin EASM'lerde verilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (30). Eğici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimler, EASM ile ilgili geri dönüşlerinde, EASM'de görev almanın hem klinik tecrübelerini pekiştirdiklerini hem de ASM yönetimini görme fırsatı elde ettiklerini ifade etmektedirler (31). Türkiye'deki uzmanlık öğrencileri ASM'de üçüncü basamak hastane ortamına göre daha az vakit geçirmektedir ve birinci basamakta karşılaşılabilecekleri hasta profilinden daha farklı hasta profili ile karşılaşmaktadır. Türkiye'de aile hekimliği saha eğitimleri, kurumlar arasında da ciddi farklılıklar göstermekte olup bir standarda kavuşturulamamıştır (32). Birtakım Avrupa ülkelerinde de durum böyledir. Bu ülkeler; Yunanistan, Avusturya, İsviçre, Moldovya ve Romanya'dır. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 36 ayın tamamında hastane ortamında geçirilmesi alınan eğitimin kalitesi açısından yeterli değildir (33).

Çalışmamızda uzmanlık eğitimi sırasında EASM olup olmamasına ve burada çalışıp çalışmama durumuna göre verilmesi gereken doğru cevaplarda anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak EASM'de çalışırken sorumlu eğitimcisi olanların verdiği doğru cevap sayısı sorumlu eğitimcisi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti . Bu durum sorumlu eğitimcisi olan EASM'lerde çalışan hekimlerin yeterliliklerinin daha yüksek olduğunu ve sadece EASM'nin bulunuşunun bilgi açısından yeterli olmadığını bir sorumlu eğitimcinin de bulunması gerektiğini göstermektedir. Yetişir'in çalışmasında saptanan sonuçlarla EASM'nin periyodik izlemler konusunda aile hekimliği asistanlarına olumlu yönde katkı sağladığı düşünülmüştür. Ayrıca EASM'de çalışan grup lehine doğru cevap verme oranını yüksek tespit etmişlerdir (34). 2015 yılında Yağız tarafından Ankara'da yapılan Ankara'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimliği uzmanlarının aile hekimliği asistanlarına eğitim almak ile ilgili görüşleri adlı çalışmada katılımcı uzmanların önemli bir bölümü asistanların uzman yanında eğitim alması gerektiğini

belirtmişlerdir (35). Aile Hekimliği uzmanlarının, asistanların birinci basamakta eğitim almasını önermesi EASM'lerin saha eğitiminde mutlaka olması gerekliliğini göstermiştir.

2018 yılında Şahin tarafından İstanbul'da yapılan Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin Yeri adlı çalışmada katılımcıların EASM memnuniyetini değerlendiren sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde %88,8'i 'EASM'de çalışmış olmaktan memnunum', %96,2'si 'EASM saha için önemlidir', %85'i ise 'EASM'de çalışmayı diğer asistan hekimlere tavsiye ederim' cevabını vermişlerdir (36). Bu çalışmalara ortak olarak baktığımızda asistanların, sahada çalışan uzmanların ve eğiticilerin görüşleri saha eğitiminin birinci basamakta olması gerektiği yönündedir. EASM'lerin bu ihtiyacı fazlasıyla karşılayacağı düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun EASM ihtiyacı hissetmesi de bunu destekler niteliktedir.

2016 yılında Ünal ve arkadaşlarının yapmış olduğu aile hekimliği uzmanlık eğitiminde klinik eğitim ve alan adlı çalışmada belirtildiği gibi aile hekimliği ünitelerinde sunulan klinik uygulamalar ile hastanelerde sunulan klinik uygulamalar farklılık göstermektedir. Dolayısıyla farklı bilgi birikimi ve uygulamalar gereklidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitiminin üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde, birinci basamağa özel tasarlanmadan verilmesi sahada Aile Hekimliği uzmanlarından beklenen uygulamalarla uyuşmamaktadır. Aile Hekimliği polikliniklerinde günlük karşılaşılan hastalar ile EASM polikliniklerinde karşılaşılan hastalar birbirinden farklıdır (37). Çalışmamıza katılan hekimlerin ASM'lerde sıklıkla yapılan bağışıklama, gebe izlemi, bebek-çocuk izlemi, periyodik sağlık muayeneleri konularında kendilerini yeterli bulmayışları bu durumu destekler niteliktedir.

Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde "EASM'miz vardır." ifadesine hekimlerin çoğu yoktur şeklinde belirtmişlerdir (38). Literatüre baktığımızda, çeşitli çalışmalarda hekimler aile hekimliği asistanlığı sırasında birinci basamakta saha eğitimi için eğitim aile sağlığı merkezi rotasyonuna gitmek istediklerini belirtmişlerdir (39, 40, 41).

Çalışmamıza katılan hekimlerin asistanlıktaki durumlarını sorguladığımızda %55,1'i (n=142) aile hekimliği asistanı,%28,5'i (n=75) aile hekimliği uzmanı iken

%16,3'ü (n=43) SAHU eğitimi alan hekimdi. Ankara'da Yılmaz ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan aile hekimleri ile yapılmış bir çalışmada katılanların %24,1'i aile hekimliği uzmanı, %16,8'i sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekim, %53,4'ünün pratisyen hekim olduğu saptanmıştır (28).

Çalışmamızda verilen doğru yanıt sayısına bakıldığında AHU'lar en yüksek doğru sayısına sahipti. Bunu sırasıyla SAHU ve AHA'lar takip ediyordu. AHU'ların ilk sırada olmasının nedeni uzmanlık eğitimleri tamamlamış olmaları ve daha fazla klinik tecrübe ve bilgi sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir. SAHU'ların AHA'lardan daha fazla doğru sayısına sahip olmaları ise birinci basamak polikliniğinde hasta takibi yapıyor oluşları, aile hekimliğini ilgilendiren konularda daha fazla çalışmaları ve dolayısıyla bu konularda daha fazla bilgi sahibi olmaları ile açıklanabilir.

Aile hekimliği uzmanlığının esasında birinci basamak uzmanlığı olmasına rağmen şu anki mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitim sisteminde birinci basamakta eğitime yeterli zaman ayrılmadığı görülmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi boyunca bir uzmanlık öğrencisi 18 ayını hastane rotasyonlarında, 18 ayını ise birinci basamakta geçirmelidir. Ancak çoğu eğitim kurumunda bu sürelerin büyük kısmı sadece hastane ortamında eğitim ile geçirilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık adayı olan hekim mezun olduğunda çalışacağı yerde yani birinci basamakta eğitimini almalıdır. Bu hastane ortamında hiç eğitim almayacağı şeklinde yorumlanmamakla beraber eğitiminin büyük bölümünü birinci basamakta alması gerektiği düşünülmelidir. Bu da gösteriyor ki uzmanlık öğrencileri için eğitim merkezi gereksinimi mevcuttur (42).

6.SONUÇ

EASM'nin aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki gerekliliği ve önemi her geçen gün daha çok idrak edilmektedir.

EASM'de çalışan uzmanlık öğrencilerinin geri bildirimleri ve yapılan araştırmalar bu şekilde düzenlenmiş saha eğitiminin yararlarını destekler konumdadır. Özellikle birinci basamakta verilen hizmetin kalitesini artırmak gayesiyle yetiştirilen aile hekimliği uzmanlarının, ASM'yi görmeden ve orada hasta muayene etmeden mezun olmaları, bir cerrahın ameliyathanede çalışmadan uzmanlık eğitimi alması gibi düşünülebilir. Uzmanlık eğitiminin EASM'ler, hastanelerdeki aile hekimliği poliklinikleri, aşı poliklinikleri ve sigara bırakma gibi uzmanlık eğitimini bütünleyen birimlerle de pekiştirilmesi aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amaç ve hedeflerine ulaşmasına yardımcı olacak, aynı zamanda toplumun sağlığını olumlu yönde etkileyecek ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasında ilerleme sağlayacaktır.

Hastane ve EASM'deki hasta grupları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar; yaş grupları, cinsiyet ve konulan tanılardır. Ülkemizde zorunlu hizmet nedeniyle aile hekimliği uzmanları hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında görev almaktadırlar. Hastane aile hekimliği polikliniği ve EASM'yi sağladığı katkılar yönünden karşılaştıracak olursak; hastane poliklinikleri hasta çeşitliliği ve tetkik-tedavi konusunda sağladığı olanaklar yönünden ön plana çıkmaktadır. EASM'ler ise birinci basamak hizmet sunumu ve idari yönden asistana yeterlilik sağlar. Dolayısıyla aile hekimliği asistanlık eğitiminde EASM poliklinik eğitimi daha ağırlıklı olarak hastane aile hekimliği poliklinik eğitiminin de yer alması gerektiği söylenebilir. Bu durumda her iki poliklinik uygulamasının da uzmanlık eğitimi için ihtiyaç olduğunu; EASM'lerin açılmasının sağlanması gerektiğini ve hastane eğitiminin birinci basamağa yönelik

yapılandırılmasının uzmanlık eğitimini daha iyi yönde etkileyeceğini söylemek olasıdır.

Birinci basamakta yeterli uzman hekimlerin yetiştirilebilmesi için eğitim odaklı oluşturulan deneyimli, personel açısından desteklenen, eğiticinin uygulama yapabilmesine imkan tanıyan, hasta sayısından çok eğitim açısından ön plana çıkan yeni bir EASM yapılanması gerekmektedir.

Aile hekimliği uzmanlık müfredatının saha eğitimi için EASM'ler, semt poliklinikleri ve hastane polikliniklerine göre daha fazla deneyim kazandıracak bir eğitim ortamı sağlayabilir. Bunun mezuniyet sonrası dönemde birinci basamaktaki özellikle koruyucu hekimlik adına sonuçları, ülkemizin sağlık alanında iyileşmesine olanak tanır ve sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlar.

7.KAYNAKLAR

1. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2014.
<http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092826.DOCX>.
Erişim Tarihi: 03.03.2022.
2. WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005.
<http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree>. Erişim Tarihi: 03.03.2022.
3. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Derneği Yayınları. 2011.
4. Moore G. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal, Ann Intern Med 2003; 138: 244-247
5. Royal Collage of General Practitioners. History of General Practice Before NHS. <https://www.gponline.com/nhs-70-founding-rcgp/article/1485054> Erişim Tarihi: 04/02/2022.
- 6 . Goss B. M. Contracting for general practice: another turn of wheel story. Primary Core Values'da. Ed.Pringle M. BMJ Books 1998;14-20
7. Ünlüoğlu İ. Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplinin Gelişimi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, Eylül 2008; 2 (33): 425-429
8. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek, Aile Hekimliği Dergisi, 1997; 1(1): 46-49
9. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor; Türk Aile Hek. Derg. 2011;15(2):88-90
10. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik

Kurulu (Board) Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı, Haziran 2007, Ankara

11. Rakel RE, Rakel DP, editör. Saatçi E, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı. Elsevier Health Science; 2019

12. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Akademi Yayınevi. Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi. 1-10

13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara, 1.Basım;2004.

14. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları. 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar.ss:216.

<https://tipfakultesi.adiyaman.edu.tr/files/tipfakultesi.adiyaman.edu.tr/tuk%20rotasyonlar.pdf> Erişim Tarihi: 07.05.2022.

15. TUKMOS, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Çekirdek Müfredat Hazırlama Kılavuzu, v.1.1, 2013 <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf> Erişim Tarihi: 20.04.2022.

16. Başak, O. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi ve Rotasyonlar, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi; 2011, 15(2):85-87.

17. Egici MT, Gökseven Y, Öztürk Zeren G. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. Türk Aile Hek Derg 2019; 23 (4): 165-175.

18. Tıpta Uzmanlık Kurulu 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı Karar; 2010. <http://www.tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf>. Erişim tarihi: 30.03.2022.

19. Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu)'ndan: Eğitim aile sağlığı merkezleri ödeme ve sözleşme yönetmeliği (2014). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm>. Erişim Tarihi: 04.03.2022.

20. Erdem Ö. Türkiye'de aile hekimliğinin kısa tarihçesi, anabilim dalları ve akademisyenleri. Öztürk O, editör. Aile Hekimliği Literatürü ve Akademik Süreç Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.11-7.

21. Yıldırım B, Egici MT. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından aile hekimliği saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezleri. Ankara Med J 2018; 18(3): 300-11.

22. Sancaktar Ö, Demirağ S. Uzmanlık Eğitimi Programlarıyla İlgili Gelişmelerin Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları ve Gelecekle İlgili Beklentileri Üzerine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Aydın; 2013.
23. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioglu S. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Medical Journal 2013; 35: 25-32.
24. Kodaş H. Aile Hekimliği Asistanlarının Uzmanlık Eğitimleri Konusunda Güncel Sorunları ve Geleceklerine Bakış Açısı I: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi . İstanbul; 2017.
25. Alanyalı FM, Geroğlu B, Kurnaz MA, Can H, Öngel K. İzmir İlinde Bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplini Konusunda Bilgileri ve Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician 2014;5(4):1-7.
26. Uzuner A, Topsever P, Ünlüoğlu İ. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. BMC Medical Education 2010, 10:29
27. Ünlüoğlu İ, Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özunal M, Sayalı E, Uzuner A, Ünalın P, Ünalın M. Aile Hekimliği Asistanlarının ve Anabilim Dallarının Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulamaları ve Uzmanlık Eğitimleri ile İlgili Düşünceleri. Çalışma Raporu. 2008
28. Metsemakers J FM. Türkiye'de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşünceler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice 2012; 16(1):29-34
29. Maç ÇE, Öztürk Zeren G. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. Ankara Med J 2018; 18(1): 14-21.
30. Uzuner A, Kaya ÇA, Akman M, Ünalın PC, Çifçili S. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri kurma deneyimi. The Journal of Turkish Family Physician 2017; 8(1): 15-22.
31. Egici MT, Gökseven Y, Öztürk Zeren G. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. Türk Aile Hek Derg 2019; 23 (4): 165-175.

32. Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özunal M, Ünal PC, Ünalacak M. Aile Hekimliği Asistanlarının ve Anabilim Dallarının Türkiye’deki Aile Hekimliği Uygulamaları ve Uzmanlık Eğitimleri İle İlgili Düşünceleri. Yayınlanmamış rapor, 2008.
33. McKee M, MacLehose M, Nolte L, Ellen. Health Policy And European Union Enlargement. UK: McGraw- Hill Education; 2004.
34. Yetişir Y. Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde Çalışmanın Aile Hekimliği Asistanlarının Periyodik İzlemler Konusundaki Bilgi Düzeyine Katkısı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Ankara, 2018.
35. Yağız FC. Ankara’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan Aile Hekimliği uzmanlarının Aile Hekimliği asistanlarına eğitim vermek ile ilgili görüşleri. Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Ankara, 2015.
36. Şahin HH. Türkiye’de Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinin yeri. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Düzce, 2018.
37. Ünal PC, Akman M, Uzuner A. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde klinik eğitim ve alan. Turkish Family Physician 2016;1 (3):25-34.
38. Doğan Ü. Türkiye’deki Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim ve Çalışma Koşulları Hakkındaki Görüşleri.. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Konya, 2020.
39. Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özunal M, Sayalı E, Uzuner A. Aile hekimliği asistanlarının Türkiye’deki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimleri ile ilgili düşünceleri. Çalışma Raporu. 2007.
40. Özcan S, Sezer T, Tahmiscioğlu G, Anber N.Sertdemir Y, Kurdak H, Bozdemir N. Aile hekimliği asistanları: Özellikleri ve farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2009; 13(4): 187-92.
41. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012; 51(1): 21-29.
42. Takahashi O, Ohde S, Jacobs JL, Tokuda Y, Omata F, Fukui T. Residents’ experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. J Gen Intern Med 2009; 24 (6): 716– 20.

8.EKLER

Ek-1:Anket Formu

1. DEMOGRAFİK BİLGİLER

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz : Erkek Kadın
- 3- Medeni durumunuz: Evli Bekar
- 4- Aile hekimliğinde pozisyonunuz? Asistan SAHU Uzman
- 5- Asistan eğitiminde kaçınıcı yılınız?.....
- 6- Hekimlik mesleğinde kaçınıcı yılınız?.....
- 7- Aile hekimliği alanında kaçınıcı yılınız?.....
- 8- Çalışmakta olduğunuz kurum?
 - Üniversite Hastanesi
 - Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - Aile sağlığı merkezi

2. EASM İLE İLGİLİ BİLGİLER

- 1- Uzmanlık eğitimini aldığınız yerde EASM var mı? Evet Hayır
- 2- Uzmanlık eğitiminde EASM'de çalıştınız mı? Evet Hayır
- 3- Asistanlık eğitiminiz sırasında kaç ay EASM'de çalıştınız?.....
- 4- Uzmanlık eğitiminde EASM'de çalıştığınızda sorumlu eğitimciniz var mıydı?
Evet Hayır
- 5- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, hastane rotasyonları dışında saha eğitimi (EASM) sizce gerekli midir? Evet Hayır Emin değilim

- 6- Aile hekimliği uzmanlık eğitimini içerik açısından yeterli buluyor musunuz?
Evet Hayır Emin değilim
- 7- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda bağışıklama hizmeti yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim
- 8- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda gebe izlemi yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim
- 9- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda bebek-ocuk izlemi yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim
- 10- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda geriatrik hasta takibi yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim
- 11- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde periyodik sağlık muayenelerini yeterince yaptığınızı dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 12- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince gaytada gizli kan değerlendirmesi yaptığınızı dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 13- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince mamografi önerisi yaptığınızı dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 14- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde periyodik sağlık muayenesi kapsamında yeterince papsmear önerisi yaptığınızı dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 15- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda evlilik öncesi değerlendirme ve danışmanlık hizmeti verdiğinizi dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 16- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde kanser taramalarını yeterli sayı ve nitelikte yaptığınızı dűřünüyor musunuz? Evet Hayır Emin değilim
- 17- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda diyabet taraması yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim
- 18- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda hipertansiyon hasta değerlendirmesi yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim

19- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda hiperlipidemi taraması yaptınız mı? Evet Hayır Emin değilim

20- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminizde yeterli sayıda depresyon taraması yaptınız mı?

Evet Hayır Emin değilim

3. AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SORULARI

(Aşağıdaki soruları doğru yanlış fikrim yok şeklinde cevaplayınız.)

		DOĞR U	YANLIŞ	FİKRİ M YOK
1	Gebelik boyunca aile sağlığı merkezinde 3 izlem yapılır.			
2	Nagele formülüne göre tahmini doğum tarihi SAT+3 ay -7 gün olarak hesaplanır.			
3	Anemi bulguları olmayan gebeye 16.gebelik haftasında 40-60 mg /gün demir proflaksisi başlanır.			
4	Gebede D vitamini proflaksisi 12.gebelik haftasından başlar ve doğumdan sonra 6.aya kadar devam eder.			
5	Gestasyonel diyabet öyküsü olan kişilere postpartum 6-12. Haftalar arasında OGTT yapılmalıdır.			
6	İlk 6 ay bebek her istediğinde, sayı sınırlaması olmadan günde en az 8 kez emzirilmelidir.			
7	Anemi bulguları olmayan yeni doğana doğumdan sonra 1mg/kg/gün demir desteği başlanmalıdır.			
8	Tip I dışındaki tüm gelişimsel kalça çıkığı olguları ortopedi uzmanına sevk edilmelidir.			
9	Çocuklarda arteryel hipertansiyon taraması 4.yaştan sonra yılda 1 kez yapılmalıdır.			
10	Güncel aşı takvimine göre hepatit A aşısının ilk dozu 12.ayda ikinci dozu 24.ayda yapılır.			
11	5-49 yaş kadın izlemi yılda 1 kez yapılmalıdır.			
12	Mastit emzirme kontrendikasyonlarındandır.			
13	Obezite tespit edilen hastalara ilk olarak yaşam tarzı değişikliği önerilir.			
14	Annede aktif tüberküloz,HIV ve meme başında HSV enfeksiyonu varlığında emzirme kontrendikedir.			
15	Yaşam tarzı değişikliği önerilen hastalar ayda 1 kez kontrole çağrılmaldır.			
16	Başka bir risk faktörü olmayan 35 yaş üstü yetişkinde serum lipid profili taraması her 5 yılda bir yapılmalıdır.			

17	Profilaktik düşük doz(81 mg) aspirin kullanımı kadınlarda 40 yaş ve üstünde önerilir.			
18	Risk faktörü olmayan 52 yaşında kadın hastada açlık ve tokluk kan şekerleri normal ise her yıl tekrar bakılması gerekir.			
19	Tarama amacıyla tiroid değerlendirilmesi için TSH istenir.			
20	Risk faktörü olmayan yetişkinlerde kolorektal kanser taramasında kolonoskopi 50 yaş üstü her 10 yılda bir yapılır.			
21	Serviks kanseri için PAP smear veya HPV testi taraması 30-65 yaş arası her yıl yapılmalıdır.			
22	Bebeklerde 3.ayda hemogram kontrolü yapılmalıdır.			
23	Birinci basamakta depresyon taramasında Beck depresyon ölçeği kullanılır.			
24	Rotavirüs aşısının erişkin aşılmasında yeri yoktur.			
25	Tüberküloz taraması kronik böbrek yetmezliği olanlara yapılmalıdır.			

