

Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

On-Site Training of Family Medicine and Training Family Health Centers with the Perspective of Family Medicine Residents

Burçin Yıldırım¹, Memet Taşkın Egici²

¹İstanbul Bağcılar 16 No'lu Aile Sağlığı Merkezi

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH, İstanbul

Öz

Amaç: Çalışmamızda aile hekimliğinde saha eğitimini ve özgün bir model olan eğitim aile sağlığı merkezlerini uzmanlık öğrencilerinin penceresinden ele aldık. Aile hekimliği asistanlarının bilgi, beklenti ve düşüncelerini irdeleyerek, saha eğitiminde gelecek perspektifine ışık tutmaya çalıştık.

Materyal ve Metot: Çalışmamız 36 farklı hastanede tam zamanlı uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarına yapılmıştır. Gönüllülük esasına dayalı ve katılımcıların doldurduğu anket çalışmasıdır. Sayısal verileri içeren soruların analizinde ortalama ve standart sapma, frekans ve oran değerleri, nitel verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Açık uçlu sorulardan elde edilen veriler kategorize edilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan toplam 200 kişi katılmıştır. Katılımcılar 24-47 yaş aralığında olup yaş ortalaması $28,6 \pm 2,9$ 'dur. Çalışmaya katılanların yüksek oranda %87,5 (n=175) aile hekimliği asistanı olmaktan memnun oldukları görüldü. Katılımcıların %81'i (n=162) aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Eğitim aile sağlığı merkezi (EASM) hakkında yeterli bilgiye sahip olanların oranı %36,5 (n=73) olarak saptandı. Uzman olduktan sonra aile hekimliği saha eğitiminin bir parçası olmak isterim diyenlerin oranı %76,5 (n=153) olarak bulundu. Çalışmaya katılanların %89,5'inin (n=179) eğitim sorumlusunun aile hekimliği uzmanı olduğu belirlendi. Çalışmaya katılanlardan saha eğitimini EASM' de geçirenler %36 (n=72) olarak bulundu. Saha eğitiminin EASM ve hastane polikliniklerinde verilmesi gerektiğini düşünen katılımcıların oranı %36 (n=72) olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin büyük oranda, uzmanlık eğitimindeki saha eğitiminin EASM'de verilmesi gerektiği ancak hastane aile hekimliği polikliniklerindeki uygulama eğitimlerinin de devam etmesi yönünde kanaate sahip oldukları belirlendi. Uzmanlık eğitim süresinin mevcut haliyle üç yıl olarak devam etmesi çoğunluk tarafından kabul gördüğü ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, standart bir eğitici eğitiminden geçtikten sonra saha eğitiminin bir parçası olmaya istekli oldukları belirlendi.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, uzmanlık eğitimi, saha eğitimi, eğitim aile sağlığı merkezi

Abstract

Objectives: In our research, we considered the subject of on-site training of family medicine and a unique model called "training family health centers" from the aspect of residents. We tried to shed light on the future perspective on site-training by examining the expectations, information, and opinions of family medicine residents.

Materials and Methods: After taking the ethical approval, the research was done with the family medicine residents taking full time career training. The participants filled out a questionnaire and the research is based on voluntariness. In the analysis of queries involving numerical data, average and standard deviation, frequency and ratio values were used, and chi-square test was used in the analysis of qualitative data. Data obtained from open-ended questions were evaluated by being categorized.

Results: Our work was conducted with 200 participants having family medicine resident training in 36 different hospitals. The participants were in the age range of 24-27 and the average age was $28,6 \pm 2,9$. It has been seen that 87.50% (n=175) of the participants joining were pleased to be a family medicine resident. 81% of the participants indicated that the period of education was enough. The ratio of the participants who have enough information about a training family health center has been determined as 36%(n=73). The percentage of the ones who said "I want to be a part of on-site training after the specialization" was 76.50% (n=153). Of the participants 89,50% had a family physician clinic head. The percentage of the participants who spent their on-site training in "training family health centers" was

found as 36%. The percentage of the participants who think that "on-site training education" should be given in "training family health centers" and hospital clinics is 36%.

Conclusion: In our research, it was determined that family medicine residents mostly thought that on-site training should be given at training family health centers, but that the training at family medicine outpatient clinics located in hospitals should continue. It was accepted by the majority that the duration of the residency should last for three years. Residents were willing to become a part of on-site training after they had completed standard training.

Key words: Family medicine, residency training, on-site training, training family health center

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Burçin Yıldırım

16 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Çınar Mahallesi 753. Sokak No: 21/a, Bağcılar / İstanbul

e-posta: yildirimburchin84@gmail.com

Geliş Tarihi: 03.08.2018

Kabul Tarihi: 27.08.2018

Giriş

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.¹

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından başlayarak Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde (EAH) ve Üniversitelerin Aile Hekimliği Anabilim Dalları'nda (ABD) üç yıl süreyle verilmektedir. Önceleri bu eğitim tamamen klinik rotasyonlardan oluşmaktayken Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) 23.06.2009 tarih ve 83 sayılı kararıyla aile hekimliği alanında zorunlu rotasyonlar 18 ay olarak belirlenmiş ve eğitimin 18 aylık bölümünün saha eğitimine ayrılması kararlaştırılmıştır.²⁻³ Bu süre içerisinde uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım açısından yeterlilik kazanmaları hedeflenir.⁴

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde verilmesi öngörülen 18 aylık uygulama eğitimleri Aile Hekimliği ABD ve EAH'ye ait klinik, poliklinik ve semt polikliniklerinde, eğitim amaçlı iş birliği yapılan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), evde sağlık hizmetleri, huzur ve bakım evleri, palyatif bakım merkezleri ve sınırlı sayıda olarak eğitim aile sağlığı merkezleri (EASM)lerde verilmektedir.⁵ Birinci basamak ve toplum yönelimli klinik bir uzmanlık dalı olması nedeniyle bu yeterliliklerin sahada kazanılabileceği ortadadır.⁶

EASM'ler; eğiticinin koordinasyon ve gözetiminde aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini deneyimlerken aynı zamanda eğitim de almasına olanak sağlayan, üniversiteler ile il sağlık müdürlükleri arasında protokol imzalanarak kurulan yapılardır.⁷

EASM mevzuatının oluşturulduğu 2014 yılından itibaren sadece 17 EASM kurulabilmiş olup, aile hekimliği asistan sayısı göz önüne alındığında çok yetersiz olduğu görülmektedir.⁸

Biz de çalışmamızda aile hekimliği saha eğitimi ve özgün bir model olan EASM'leri uzmanlık öğrencilerinin penceresinden ele aldık. Aile hekimliği asistanlarının bilgi, beklenti ve düşüncelerini irdeleyerek, saha eğitiminde gelecek perspektifine ışık tutmaya çalıştık.

Materyal ve Metot

Kesitsel, tanımlayıcı, analitik nitelikte olan bu çalışma 15 Haziran 2017 - 15 Ekim 2017 tarihleri arasında yapıldı. Çalışma için SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (13/06/2017/1584). Yapılan istatistiksel güç analizinde 200 kişinin çalışmada yer alması planlanmıştır. Çalışmada veri toplamak için tarafımızdan yapılandırılmış, sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği bölüm, asistan eğilimlerini belirleyen Likert tipi 11 adet soru ve asistanlık saha eğitimini değerlendiren 14 adet sorudan oluşan anket formları kullanıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine anketler, yüz yüze görüşme ve web anket şeklinde uygulandı.

SPSS 20 programı kullanılarak yapılan analizlerde veriler, ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek değerler, frekans (sıklık) ve yüzde şeklinde verildi. Kategorik değişkenler arasında çapraz tablolar oluşturuldu ve uygun ki kare testleri yapıldı. Anlamlılık sınırı $p < 0,05$ ve çift yönlü olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya Türkiye'deki 36 farklı hastanede (14 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi [SBÜ SAUM], 22 diğer üniversite) eğitim gören 200 tam zamanlı aile hekimliği asistanı katıldı. Yaş ortalaması $28,60 \pm 2,90$ yıl; en küçük yaş=24 ve en büyük yaş=47 olarak tespit edildi. Katılımcıların çoğunu kadınlar oluşturmaktaydı (%71,50; n=143).

Katılımcıların %48'i (n=96) SBÜ SAUM'larda %52'si (n=104) ise diğer üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarında (ABD), eğitimine devam etmekteydi. Çalışmaya katılanların hekimlik süreleri ortalama $3,80 \pm 2,50$ yıl olarak bulundu.

Çalışmaya katılanların asistanlığa başlamadan önce çalıştıkları yerler sorgulandığında %97'sinin (n=194) en az bir yerde hekimlik yaptığı, sadece %3'ünün (n=6) ise tıp fakültesi mezuniyetinden sonra hiçbir yerde çalışmadan asistanlığa başladığı görüldü. En kalabalık grup olarak katılımcıların %66,50'inin (n=133) uzmanlık eğitiminden önce acil serviste görev yapmış olduğu saptandı.

Çalışmaya katılanların aile hekimliğine özgü saha eğitiminin süresiyle ilgili düşünceleri dört grup halinde incelendiğinde 12 aydan daha az olması gerektiğini düşünenlerin oranı %21,50 (n=43), 12 ay olması gerektiğini düşünenlerin oranı %32,50 (n=65), 18 ay olması gerektiğini düşünenlerin oranı %20,50 (n=41), 18 aydan daha fazla olması gerektiğini düşünenlerin oranı %25,50 (n=51) olarak saptandı.

Çalışmaya katılanlardan %87,50'si (n=175) aile hekimliği asistanı olmaktan memnun olduklarını ifade etti. Aile hekimliği asistanlık süresinin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %81 (n=162) olarak bulundu. Asistanlığında iyi eğitim aldığını düşünenlerin oranı %39,50 (n=79) olarak tespit edildi. Katılımcıların %68,50'inin (n=137) zorunlu rotasyonların süresinin yeterli olduğu kanısı taşıdığı saptandı.

Katılımcılardan; aile hekimliği akademik yapı ve kuruluşları hakkında bilgi sahibi olanların oranı %49,5 (n=99) bulundu. Mevcut aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenler katılımcıların %62,50'sini (n=125) oluşturmaktaydı.

EASM hakkında yeterli bilgiye sahip olanların oranı %36,50 (n=73) olarak saptandı. Katılımcılardan EASM'lerin eğitimi için gerekli olduğunu düşünenlerin oranı %74 (n=148) olarak bulundu, katılımcıların yalnızca %10'u (n=20) EASM'nin eğitimi için gerekli olmadığını düşünmekteydi. Çalışmaya katılanların %76,50'si (n=153) uzman olduktan sonra aile hekimliği saha eğitiminin bir parçası olmak isteyenlerden oluşmaktaydı.

Aile hekimliğinin geleceği hakkında endişeleri sorulduğunda katılımcıların %64'ü (n=128) endişeli olduğunu belirtti. 11 sorudan oluşan Likert ölçeğinde en çok hemfikir olunan konunun, uzman olduktan sonra aile hekimliği saha eğitiminin bir parçası olmak olduğu saptandı (%76,50, n=153).

Aile hekimliği asistanlık süresi ile ilgili olarak katılımcıların %10,50'si (n=21) 3 yıldan az, %66,50'si (n=133) 3 yıl ve %23'ü (n=46) ise 3 yıldan fazla olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılanların %89,50'sinin (n=179) eğitim sorumlusunun aile hekimliği uzmanı, %10,50'sinin (n=21) ise başka branş uzmanları olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılanlardan saha eğitimini EASM'de geçirenler %36 (n=72) olarak bulundu. Bu katılımcıların %16,50'sinin (n=33) EASM rotasyonlarını 4-6 ay süreyle, %19'unun (n=38) ise 7-12 ay süreyle yaptıkları saptandı. Katılımcıların büyük çoğunluğu, %93'ü (n=186) saha eğitimini hastanelerde aile hekimliği polikliniklerinde geçirmekte idi. Hastane polikliniklerinde; 0-3 ayını geçirenler %4 (n=8), 4-6 ayını geçirenler %5,50 (n=11), 7-12 ayını geçirenler %36 (n=72), 12 aydan daha fazla süre kalanlar ise %47,50 (n=95) olarak bulundu. Çalışmaya katılanların %20,50'i (n=41) saha eğitiminde evde sağlık hizmetlerinde görev alıyordu. Bunların %20 (n=40) oranında 0-3 ay süreyle, %0,5'inin ise 4-6 ay süreyle evde sağlık hizmetlerinde çalıştığı saptandı. Katılımcıların %8'i (n=16) saha eğitimlerinin bir bölümünü palyatif bakım kliniklerinde geçirmekte olduğu saptandı. Bu katılımcıların; %4,50 (n=9) oranında 0-3 ay süreyle, %3,50 (n=7) oranında 4-6 ay süreyle palyatif bakımda görev aldığı tespit edildi.

Aile hekimliği saha eğitiminin nerelerde verilmesi gerektiği ile ilgili düşüncelere bakıldığında; %75 (n=150) oranında EASM cevabı verildiği belirlendi. Saha eğitimi olmamalı cevabı veren hiçbir katılımcı olmadı. Saha eğitiminin EASM ve hastane polikliniklerinde verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %36 (n=72) olarak belirlendi. (Tablo-1).

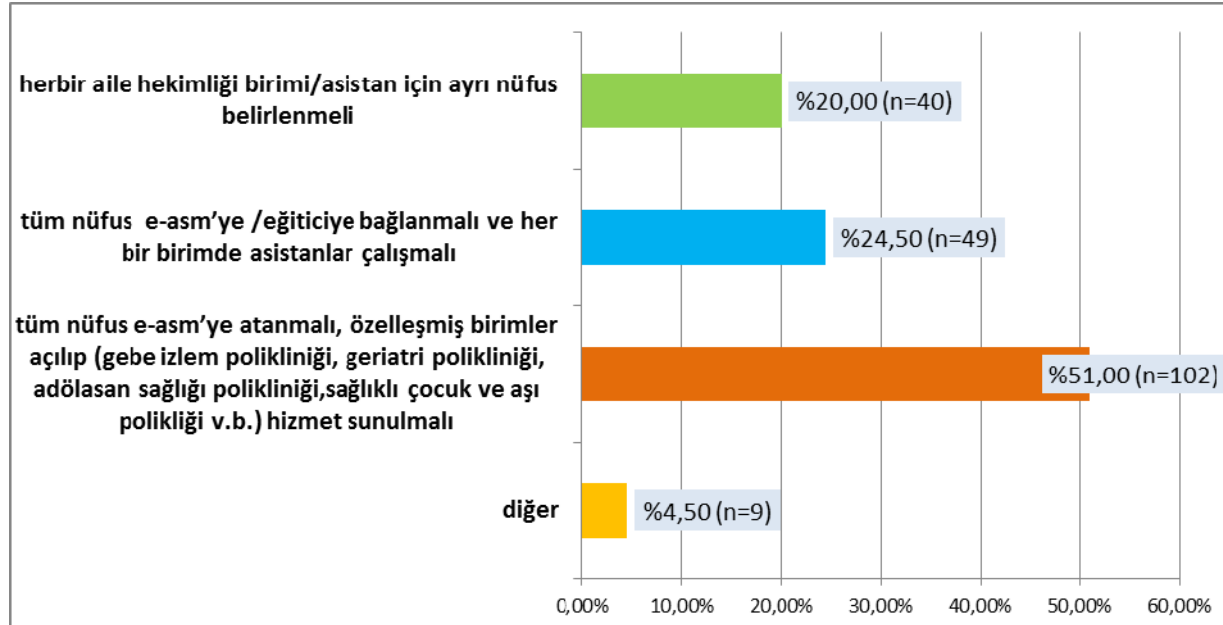
Çalışmaya katılanların EASM'de çalışma durumları incelendiğinde, %14 (n=28) oranında EASM'de daha önce çalışmış ya da hala çalışmakta oldukları tespit edildi. EASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğini inceleyenlerin oranının %11 (n=22) olduğu görüldü. Aile hekimliği yurt dışı eğitim modelleriyle ilgili bilgi sahibi olanların oranının %29 (n=58) olduğu tespit edildi.

Katılımcıların EASM'nin birimleri ne şekilde düzenlenmesi gerektiğiyle ilgili beklentilerine bakıldığında; tüm nüfus EASM'ye atanmalı, özelleşmiş birimler açılıp (gebe izlem polikliniği, geriatri polikliniği, adolesan sağlığı polikliniği, sağlıklı çocuk ve aşı polikliniği v.b.) hizmet sunulmalı düşüncesinde olanların oranı %51 (n=102), tüm nüfus EASM'ye /eğiticiye bağlanmalı ve her bir birimde asistanlar çalışmalı fikrinde olanların oranı %24,50 (n=49), her bir aile hekimliği birimi/asistan için ayrı nüfus

belirlenmeli düşüncesinde olanların oranı %20 (n=40), diğer şekillerde tasarlanmalı fikrinde olanların oranı %4,50 (n=9) olarak bulundu (Şekil-1).

Aile hekimliği akademisyenlerinin aile hekimliği saha eğitimindeki rolüyle ilgili beklentiler incelendiğinde; katılımcıların %75'i (n=150) bire bir uygulamalı eğitim, katılımcıların %66'sı (n=132) gerektiğinde danışarak eğitim, katılımcıların %64'ü (n=128) eğitim toplantıları aracılığıyla eğitim, katılımcıların %11'i (n=22) ise internet üzerinden uzaktan eğitim vermeleri gerektiğini belirtmiştir (Katılımcıların bir kısmı birden fazla şık işaretlemiştir).

Birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanlarının %72 (n=144) oranında standart bir eğitici eğitiminden geçtikten sonra aile hekimliği saha eğitiminde rol üstlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Yine birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanlarının %63,50 (n=150) oranında birebir uygulamalı eğitimde bulunarak, %56 (n=112) oranında gerektiğinde danışarak eğitim vererek, %41,50 (n=83) oranında eğitim toplantıları aracılığıyla birinci basamak saha eğitimine katkıda bulunmaları beklentisi olduğu görülmüştür.



Şekil 1. EASM ve Birimlerinin Tasarlanmasıyla İlgili Düşünceler

Katılımcılardan; kliniğinde EASM bulunanların saha eğitimi EASM'de verilmesi beklentisi %91,70 (n=66) oranında, kliniğinde EASM bulunmayanların saha eğitimi EASM'de verilmesi beklentisi %65,60 (n=84) oranında saptandı. Çalışmaya katılanlardan; hastanesinde EASM'si bulunanlardan saha eğitimi ASM'de verilmeli beklentisinde olanların oranı %38,90 (n=28) bulunurken, hastanesinde EASM bulunmayanlardan saha eğitimi ASM'de verilmesi beklentisinde olanların oranı %64,10 (n=82) olarak tespit edildi. Katılımcılardan EASM de çalışmış olanların aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi EASM'de verilmelidir oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek, ASM'lerde verilmelidir oranı istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p < 0,001$ $p = 0,001$) (Tablo-2).

Katılımcılardan SBÜ SAUM'larda uzmanlık eğitime devam edenler %84,4 (n=81) oranında, üniversite hastanelerinde uzmanlık eğitime devam edenler ise

%66,3 (n=69) oranında saha eğitiminin EASM'de verilmesi beklentisi içinde olduğu saptandı. SBÜ SAUM'larda uzmanlık eğitimine devam edenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,003).

Çalışmaya katılanlardan EASM'de daha önce çalışmış ya da hala çalışmakta olanların saha eğitimi EASM'de verilmeli düşüncesi oranı %100 (n=28), EASM'de hiç çalışmamış olanlarda ise bu oran %70,90 (n=122) saptandı. Katılımcılardan EASM de çalışmış ya da çalışmakta olanların saha eğitimi EASM'de verilmelidir düşüncesi oranı %25 (n=7), EASM'de çalışmamış olanlarda ise bu oran %59,90 (n=103) olarak tespit edildi. EASM de çalışmış ya da çalışmakta olan katılımcıların; aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi EASM'de verilmelidir düşüncesinin oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek, EASM lerde verilmelidir düşüncesinin oranı istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0,001 p=0,001).

EASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni inceleyen katılımcılar %90,90 (n=20) oranında aile hekimliği saha eğitiminin EASM'de verilmesi gerektiğini düşüncesindeyken, bu yönetmeliği incelemeyen katılımcıların %73 (n=130) oranında saha eğitiminin EASM'de verilmesi gerektiğini fikrindeydi (p=0,068).

Katılımcılardan; EASM'de çalışanlardan, EASM içindeki her bir aile hekimliği birimi/asistan için ayrı nüfus belirlenmesi düşüncesi oranı %35,70 (n=10) olarak saptandı. EASM'de çalışmayanlardan, her bir aile hekimliği birimi/asistan için ayrı nüfus belirlenmesi düşüncesi oranı %17,40 (n=30) olarak tespit edildi. EASM'de çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında EASM birimlerinin tasarlanması düşüncelerinde anlamlı fark saptandı (p=0,016).

Katılımcılardan; eğitim sorumlusu aile hekimliği uzmanı olanların, saha eğitimi hastanelerde aile hekimliği polikliniklerinde verilmelidir düşüncesi oranı %44,10 (n=79), eğitim sorumlusu aile hekimliği uzmanı olmayanların oranı %71,40 (n=15) bulundu. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p=0,018).

Tablo 1. Aile Hekimliği Asistanlarının Saha Eğitiminin Nerelerde Verilmesi Gerektiği ile İlgili Beklentileri (Bazı Katılımcılar Birden Fazla Cevap Vermiştir)

	n	%
Yalnız EASM	39	19,50
Yalnız ASM	25	12,50
Yalnız Hastanelerde Aile Hekimliği Polikliniklerinde	8	4
Diğer	3	1,50
EASM + ASM	9	4,50
E-ASM + Hastane Polikliniği	72	36
ASM + Hastane Polikliniği	10	5
EASM + Diğer	1	0,50
EASM + ASM + Hastane Polikliniği	33	16,50
EASM + ASM + Diğer	4	2
Saha Eğitimi Olmamalı	0	0

Tablo 2. Hastanesinde EASM Bulunma Durumu ile Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitiminin Verileceği Birimlerle İlgili Beklenti Arasındaki İlişki(Bazı Katılımcılar Birden Fazla Cevap Vermiştir)

		Hastanesinde EASM bulunma durumu				p
		Hayır		Evet		
		N	%	n	%	
Sizce aile hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi nerelerde verilmelidir	EASM	84	65,60	66	91,70	<0,001
	ASM'lerde	82	64,10	28	38,90	0,001
	Hastanelerde Aile Hekimliği Polikliniklerinde	62	48,40	32	44,40	0,587
	Diğer	6	4,70	2	2,80	0,714
	Saha eğitimi olmamalı	0	0,0	0	0,0	-

Tartışma

Çalışmamıza katılanların yaşı 24 ile 47 arasında değişmekte olup ortalama $28,60 \pm 2,90$ olarak tespit edilmiştir. Bu durum Kodaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzer olup (ort $29,43 \pm 3,80$) asistanların beklenen yaş ortalaması ile uyumludur.⁹

Katılımcıların %71,50'sini kadınlar oluşturuyordu. İstanbul'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistanlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların oranı %75 olarak bulunmuştur.¹⁰ İzmir'de bir üniversite hastanesi asistanları arasında yapılan çalışmada dahili bilimlerde çalışan asistan hekimlerin %53,20'sinin kadın, cerrahi bilimlerde çalışan asistan hekimlerin %57,90'unun erkek olduğu görülmüştür.¹¹ Yine İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada asistanlardan cerrahi branşta çalışanların %76,20'si erkek, dahili branşlarda çalışanların %57,60'ı kadın olarak bulunmuştur.¹² Uzmanlık eğitiminde; dahili bilimleri daha çok kadınlar tercih etmekle birlikte aile hekimliğini daha yüksek oranlarda kadınların tercih ettiği görülmektedir.

Çalışma grubumuzun %87,50'si aile hekimliği asistanı olmaktan memnundu. Kanada'da yapılan bir çalışmada ilk yılındaki 317 aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin %92'si aile hekimliğini seçmekten memnun olduğunu ifade etti.¹³ 31 ayrı branştan 1145 asistan hekimin katılım sağladığı Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından 2017'de hazırlanan "Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Raporu" sonuçlarına göre asistanların %48,90'ının buldukları bölümden memnun olduğu görüldü.¹⁴ 2015 yılında ABD'de yapılan 24 uzmanlık dalından 1700'den fazla kişinin katıldığı bir çalışmada uzmanlık öğrencilerinin %84'ü kariyer seçimlerinden memnun olduğunu belirtti.¹⁵ Aile hekimliği asistanlarında memnuniyet oranı diğer branş asistanlarına göre oldukça yüksek ve yurt dışı oranlara yakın olduğu görüldü. Bu durum aile hekimliğinin isteyerek seçildiğinden ve/veya disiplinin özelliğine bağlı olarak çok ağır nöbet ve çalışma şartları olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların çoğu (%66,50) aile hekimliği asistanlık süresinin aynı kalmasını uygun görmektedir. Benzer şekilde Ünlüoğlu ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı

çalışmada katılımcıların %63'ü eğitim süresini uygun bulmuştur.¹⁶ Yine 2011 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada uzmanlık öğrencilerinin %68'i mevcut asistanlık süresinin yeterli olduğunu belirtmiştir.¹⁷ Avrupa Birliği, aile hekimliği uygulamaları için mezuniyet sonrası en az üç yıllık uzmanlık eğitimini şart koşturmaktadır.¹⁸ WONCA Europe üyesi ülkelerde aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi 3 ile 6 yıl arasında değişmektedir.¹⁹ İzmir'de iki tıp fakültesi hastanesinde temel bilimler, tıbbi farmakoloji ve patoloji dallarında uzmanlık eğitimi alan asistanlar arasında yapılan çalışmada %68,50'si uzmanlık sürelerini yeterli bulmuştur.²⁰ Süre tartışmaları sadece aile hekimliği uzmanlık eğitimine özgü değildir. Birçok tıp branşının uzmanlık eğitiminde benzer tartışmalar yapılmakta, zaman zaman TUK'un aldığı yeni kararlarla değişiklikler yapılmaktadır. Özellikle hızlı ve çok sayıda aile hekimliği uzmanı yetiştirilmesi beklenen bu dönemde asistanlık süresinin uzatılması uygun olmayacaktır.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%49,50) asistanlığında iyi eğitim aldığına inanmaktadır. Sancaktar ve arkadaşlarının 2013'te Aydın'da yaptığı çalışmada benzer oranlar bulunmuş, asistanların %51,50'si aldıkları uzmanlık eğitimini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.²¹ Uzmanlık eğitimi esas itibariyle bir yetişkin eğitimidir ve bu eğitimin en temel özelliği eğitilen merkezli ve eğitilenin ihtiyaçlarına yönelik olmasıdır.²²

Çalışmamıza katılan asistanların %68,50'si zorunlu rotasyon sürelerinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Sancaktar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada rotasyon süreleri katılımcıların %52,20'si tarafından yeterli görülmüştür.²¹ İstanbul'da yapılan benzer iki ayrı çalışmada zorunlu rotasyon sürelerinin yeterliliği her bir rotasyon için ayrı ayrı sorulmuş, %56,30 ile %85 arasında değişen oranlarda rotasyon süreleri yeterli bulunmuştur.⁹⁻¹⁰ Bu sonuçlar ışığında aile hekimliği asistanlarının eğitim ihtiyaçlarının; rotasyonlardan ziyade saha eğitimi konusunda yoğunlaştığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılanlardan aile hekimliği saha eğitiminin süresinin 12 aydan daha az, 12 ay, 18 ay ve 18 aydan fazla olması gerektiğini düşünenlerin oranı %21,50 ile %32,50 arasında, birbirine çok yakın olarak belirlendi. WONCA aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresinin en az %50' sinin aile hekimliği bölümlerinde, eğitici olarak aile hekimlerinin bulunduğu birimlerde geçirilmesi gerektiğini deklare etmiştir.²³ Dağılımın bu kadar geniş zaman aralıklarında birbirine yakın oranlarda tespit edilmesi, saha eğitiminde henüz ülke çapında belli bir standardın sağlanamaması ve saha eğitimi kavramının farklı algılanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Nitekim; sözleşmeli aile hekimlerine verilecek aile hekimliği uzmanlık eğitimine ait TUK tarafından belirlenen esasların 6. maddesinde: 'Sahadaki sözleşmeli aile hekimleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun (THSK) ilanındaki kontenjanlara başvurabilmek için "TUS'a girip aldıkları puan ile THSK'ya başvururlar." ibaresi bulunmakta, bu ve benzeri ifadeler saha eğitimi kavramı konusunda kafa karışıklığı yaratabilmektedir.²⁴

Elde ettiğimiz en önemli sonuçlardan biri de aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, standart bir eğitici eğitiminden geçtikten sonra aile hekimliği saha eğitiminin bir parçası olmaya istekli olduklarıdır. Kanada'da 2013 yılında yapılan bir çalışmada 568 aile hekimliği asistanının %77,70'i gelecekteki kariyerlerinin bir parçası olarak eğitici olmak istiyordu.²⁵ Bizim çalışmamızda da katılımcıların çok yakın oranlarda (%76,50) katılımcı uzman olduktan sonra aile hekimliği saha eğitiminin parçası olmak istediğini belirtti. Katılımcıların aile hekimliği saha eğitiminin nerelerde

verilmesi gerektiği ile ilgili düşüncelerine bakıldığında en yüksek oranda, %75 EASM'de verilmesi düşüncesi saptanmıştır. Katılımcılardan %19,50'si saha eğitiminin yalnızca EASM'de verilmesi gerektiğini belirtirken, EASM ve hastane polikliniklerinde birlikte verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %36 olarak tespit edilmiştir. Adıyaman ve arkadaşlarının 2016 yılında İstanbul'da yaptığı çalışmada katılımcıların %91,30'u uzmanlık eğitimine 1. basamak sağlık hizmetinin (EASM vs.) eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.¹⁰ Aydın'da 2013'te yapılan çalışmada katılımcıların %88'i aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamak saha eğitiminin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.²¹ Yine EASM'lerle ilgili mevzuat düzenlenmeden önce İzmir'de yapılan 2014 tarihli benzer bir çalışmada katılanların % 92,70'i Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında aile sağlığı merkezi rotasyonu olması gerektiğini belirtmiştir.²⁶ 2014 yılında çıkarılan EASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nin eksik ve yetersizliklerine gelen eleştiriler,⁵ akabinde 2015 ve sonraki yıllarda yaygınlaşmaya başlayan EASM'lerin kurulma aşamasında yaşanan aksaklıkların sonucu olarak bizim çalışmamızda diğer çalışmalara nispeten daha düşük oranda saha eğitimi ve EASM'nin gerekliliği kabul görmüş olabileceği gibi, ilk defa bir çalışmada aile hekimliği asistanlarına saha eğitiminden ziyade EASM'nin eğitimi için gerekli olup olmayacağının bizzat sorulmuş olması da bizim çalışmamızda nispeten daha düşük oranda gerekli olduğu cevabı almamıza neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların kurumlarındaki saha eğitimi programı kapsamında; %36'sının EASM, %5'inin ASM, %93'ünün hastanede aile hekimliği polikliniği bulunduğu tespit edildi. Türkiye'deki uzmanlık öğrencileri hastane ortamında aile sağlığı merkezi ortamından daha fazla zaman harcamaktadır ve birinci basamakta görebileceklerinden daha farklı hasta gruplarını görmektedir.²⁷ Türkiye'de aile hekimliği saha eğitimleri, eğitim kurumları arasında da büyük farklılık göstermekte olup standardize edilememiştir. Bazı Avrupa ülkelerinde de durum benzerdir. Bu ülkeler; Avusturya, Yunanistan, Moldovya, Romanya ve İsviçre'dir. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitimi amacı ile 36 ayın tamamında hastane ortamında eğitim alınması pek uygun görünmemektedir.²⁸

Çalışmamıza katılanların %20,50'sinin hastanesinde saha eğitiminde evde sağlık hizmetleri bulunuyordu. Katılımcıların %8'i saha eğitimlerinin bir bölümünü palyatif bakım kliniklerinde yapıyordu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı'na göre aile hekimliği klinik uygulama eğitimi; hastane aile hekimliği poliklinikleri ve EASM'lerde yürütülmektedir.²⁹ Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile hekimliğinde olası yan dal uygulanması durumunda en sık belirtilen alan "geriatri" idi.³⁰

Yurt dışı örneklerle baktığımızda ise Hollanda'da üç aylık bir yaşlı bakımevi rotasyonu bulunmaktadır.²⁸ ABD'de asistanların, geriatrik hasta için aldığı eğitimlerin yanısıra en az 100 saatlik hemşirelik bakımı eğitimi almaları gerekmektedir.³¹ Kanada'da sunulan uzmanlık eğitimi programlarında 4-24 haftalık geriatri ve palyatif bakım eğitimi bulunmaktadır.³²⁻³³ İngiltere'de de seçmeli olarak geriatri rotasyonu bulunmaktadır.³⁴ Günümüz aile hekimliği sisteminin hizmet kapsamı arasında evde sağlık hizmetinin olmasının yanı sıra kendine kayıtlı nüfus ve vereceği hizmetler göz önünde bulundurulduğunda beklenen yaşam süresinin artması ile kronik hastalık artışı nedeniyle, ülkemizde bir aile hekimliği uzmanının, geriatrik hasta yaklaşım ve

yönetimi, palyatif bakım konusunda yeterlilik kazanması eğitiminin önemli bir parçası haline gelmektedir.

EASM ve birimlerinin tasarlanmasıyla ilgili düşünceler incelendiğinde tüm nüfus EASM'ye atanmalı, özelleşmiş birimler açılıp (gebe izlem polikliniği, geriatri polikliniği, adölesan sağlığı polikliniği, sağlıklı çocuk ve aşı polikliniği v.b.) hizmet sunulmalı düşüncesinde olanların oranı %51 olarak saptandı. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde gebe ünitesi, çocuk ünitesi, yaşlı ünitesi, ergen ünitesi, evde bakım ünitesi ve hospis günlük bakım ünitesi gibi birimler tasarlanabilir.³⁵ EASM'de çalışmış olanlarda çalışmayanlara göre, her bir aile hekimliği birimi/asistan için ayrı nüfus belirlenmeli düşüncesi oranı anlamlı olarak yüksekti, bu durumu EASM'de çalışmış olmanın uzmanlık öğrencisinin mesleki özgüvenini yükseltmiş olması ve aile hekimliği disipliniyle daha fazla bağdaşan iş tanımlarının olmasına bağlayabiliriz.

Katılımcıların %89'u uzaktan eğitim modelini desteklemediğini belirtti. Benzer şekilde Ankara ilinde 2013 yılında yapılan bir çalışmada da katılımcıların %71,40'ı uzaktan eğitimin aile hekimliği uzmanlık eğitiminde bulunmaması gerektiğini belirtmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde temel çekirdek yeterliliklerden biri olan iletişim, hasta merkezli bakımın vazgeçilmez öğelerindedir.³⁰ Bu nosyonun kazanılmış olması katılımcıların çoğunluğunun uzaktan eğitime olumsuz bakmasının sebebi olabilir.

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının çoğunluğunun eğitim aile sağlığı merkezleriyle ilgili henüz yeterli bilgilerinin olmadığı görüldü. Buna rağmen katılımcıların yüksek oranda EASM'nin eğitimi için gerekli olduğunu düşünmesi, birinci basamak saha eğitimine duyulan ihtiyacı göstermesi açısından önemli gözükmektedir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, standart bir eğitici eğitiminden geçtikten sonra aile hekimliği saha eğitiminin bir parçası olmaya istekli olduklarını belirledik. Aynı zamanda katılımcıların çoğunluğu birinci basamakta çalışan ve eğitici eğitiminden geçmiş bir aile hekimliği uzmanından birebir eğitim almayı istemektedir. Bu durum eğitici vasfı da olan aile hekimliği uzmanı sayısının yeterli sayıya ulaşması açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların çoğunluğu EASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ni ve yurt dışı aile hekimliği modellerini incelememişti. Asistanların kendi eğitimleriyle ilgili olan bu konularda farkındalığının artırılması yararlı olacaktır.

Özgün klinik yaklaşımıyla kişilere kendi ortamı ve bağlamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan bir disiplin olan aile hekimliğinin uzmanlık eğitiminin belirli süreler dışında hastane ağırlıklı olarak ve uzmanlık sonrası esas çalışılacak yer olan birinci basamaktan kopuk sürdürülmesi, hem asistanların eğitim sonunda çalışacakları ortama ve şartlarına yabancı kalmalarına hem de ülkenin birinci basamak hizmetlerinde eğitim odaklı gelişimin zafiyete uğramasına neden olabilecektir. Eğitici ve eğitim alanın gözlem yapma, deneyim kazanma, sorunları algılayabilme ve eksik noktaları geliştirmek için öneri sunacakları uygun ortamın oluşabilmesi saha eğitiminin birinci basamakta verilmesiyle mümkün olabilecektir.

Bu çalışma 23.03.2018 tarihinde 7. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, Barcelona: WHO Europe Office.
www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf, Erişim tarihi: 15.06.2018.
2. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. Türk Aile Hek Derg 2015;15(2):88-9.
3. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Erişim adresi:
<http://www.tuk.saglik.gov.tr/TR,31474/aile-hekimligi.html>, Erişim Tarihi: 20.05.2018
4. Wonca Europe 2011. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. 2011 edition.
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, Erişim Tarihi: 03.07.2017.
5. Uğurlu, M, Üstü, Y. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreci ve Geliştirilmesi Gereken Noktalar. Ankara Medical Journal 2018;18:123-8.
6. Apaydın Kaya Ç, Uzuner A, Ünal PC, Çiççili S, Akman M. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi Jour Turk Fam Phy 2017;8(1):14-20.
7. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 26 Eylül 2014 tarihli ve 29131 sayılı Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm> Erişim tarihi: 15.06.2018.
8. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı’na (THSK) Verilmek Üzere Hazırlanan Kısa Rapor. Ankara: TAHUD; 2017, Ocak.
<http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf>, Erişim Tarihi: 25.06.2018.
9. Kodaş H. Aile Hekimliği Asistanlarının Uzmanlık Eğitimleri Konusunda Güncel Sorunları ve Geleceklerine Bakış Açısı (Tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği; 2017.
10. Adıyaman C. Aile Hekimliği Asistanlarının Uzmanlık Eğitimine Bakışı (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul; 2016.
11. Tan MN, Özçakar N, Kartal M. Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi. Marmara Medical Journal 2012;25:20-5.
12. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkaleli MB. Cerrahi ve Cerrahi Dışı Kliniklerdeki Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. Tepecik Eğit Hast Derg 2010;20(1):33-40.
13. Oandasan IF, Archibald D, Ross S.vGiving curriculum planners an edge: using entrance surveys to design family medicine education. Can Fam Physician 2015;61(4):e204-10.
14. Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay/Çalıştay Raporu. Ankara: Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı; 2017.
http://www.yok.gov.tr/documents/10279/2922270/tip_dallarında_egitim_calistayi.pdf/e30037bd-9fbb-4f53-8f05-42f13d6b3abe, Erişim tarihi:25.06.2018.
15. Porter S. Want to know what medical residents think about their residency training? Just ask them. <http://www.aafp.org/news/education-professional-development/20150812residentreport.html>, Erişim tarihi: 05.11.2017.
16. 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.
17. 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.
18. McKee M, MacLehose M, Nolte L, Ellen. Health Policy And European Union Enlargement. UK: McGraw-Hill Education; 2004.

19. Wonca, EURACT. <http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database> (Erişim Tarihi: 25.04.2018).
20. Çiçek C Terzi C, Solak A ve ark. Üniversite Hastanelerinde Temel Bilimler Alanında Uzmanlık Eğitimi: Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Bakış Açısı İle. Mikrobiyoloji Bülteni 2005;39:491-501.
21. Sancaktar Ö, Demirağ S. Uzmanlık Eğitimi Programlarıyla İlgili Gelişmelerin Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları ve Gelecekle İlgili Beklentileri Üzerine Etkisi (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın; 2013.
22. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioğlu S. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Medical Journal 2013;35:25-32.
23. Wonca Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education June 2013.
1. http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20ofor%20web_250714.pdf, Erişim tarihi: 05.11.2017.
24. Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 Tarih ve 406 Sayılı Kararı ile Belirlenen Usul ve Esaslar, https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_usul_esaslar.pdf, Erişim tarihi: 05.11.2017.
25. Victor K. Ng, Burke AC, Narula A. Residents as teachers: Survey of Canadian Family Medicine Residents. Canadian Family Physician September 2013, 59 (9) e421-e427
26. 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.
27. Maç, Ç, Öztürk G. "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile Hekimliği Poliklinikleri ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Kayıtlarının Karşılaştırılması". Ankara Med J 2018;18:14-21.
28. Metsemakers JFM. Family medicine training in Turkey: some thoughts. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012;16(1):23-34.
29. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu 2013, www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092754.pdf Erişim tarihi: 05.11.2017.
30. Uzuner A, Topsever P, Unluoğlu I, et al. Residents' Views About Family Medicine Specialty Education. BMC Medical Education 2010;10:29.
31. <http://www.pinnaclehealth.org/professionals-and-job-seekers/graduate-medical-education/osteopathic-medicine-residencies/family-practice-residency-program/residency-curriculum> (Erişim tarihi: 11.05.2018).
32. Postgraduate-Program Overview <http://mcmasterfht.ca/education/postgraduate/> Erişim tarihi: 12.05.2018.
33. Care of the Elderly. <https://medm-backend.fammedmcmaster.ca/wp-content/uploads/2018/07/Care-of-theElderly.pdf> Erişim tarihi: 12.05.2018.
34. Comparisons of UK General Practice and US Family Practice. JABFP 1999;12(2):162-72.
35. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi. Ankara Med J 2012;12(1):16-21.