

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

**ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ EĞİTİM
ORTAMI ALGILARI VE BU ALGILARI
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Arş. Gör. Dr. Eda KURAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM – 2017

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	III
ŞEKİLLER DİZİNİ	IV
KISALTMALAR DİZİNİ	V
TEŞEKKÜR	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tıp Eğitimi Tarihçesi	3
2.2. Anadolu'da Tıp Eğitiminin Gelişimi	8
2.3. Tıp Eğitiminde Uzmanlaşma Süreci ve Aile Hekimliğinin Evrimi	9
2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	18
2.4.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	18
2.4.2. Aile Hekimliği Uzmanının Tanımı.....	19
2.4.2.1. Klinisyen Aile Hekimi.....	19
2.4.2.2. Araştırmacı Aile Hekimi.....	19
2.4.2.3. Eğitici Aile Hekimi.....	20
2.4.2.4. Yönetici Aile Hekimi.....	20
2.4.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı	20
2.4.3.1 Aile Hekimliği Alan/Saha Eğitimi.....	24
2.4.3.2. İç Hastalıkları Rotasyonu	25
2.4.3.3. Kardiyoloji Rotasyonu.....	26
2.4.3.4. Göğüs Hastalıkları rotasyonu	26
2.4.3.5. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu	27
2.4.3.6. Kadın Hastalıkları ve Doğum Rotasyonu	28
2.4.3.7. Genel Cerrahi Rotasyonu.....	29
2.4.3.8. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Niteliği	32

3.2. Araştırma Evreni.....	32
3.3. Örneklem Miktarı	32
3.4. Örneklem Seçimi	32
3.5. Etik Kurul ve İzinler	33
3.6. Araştırma Protokolü.....	33
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	34
3.8. İstatistiksel Analiz.....	39
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
8. KAYNAKLAR	65
EKLER.....	70
EK 1. ETİK KURUL	70
EK 2. MESHÖ	72
EK 3. ANKET FORMU	75

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bileşenleri	22
Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet verileri	40
Tablo 3. Katılımcıların asistanlık süreleri	40
Tablo 4. Katılımcıların mezuniyet yılları	43
Tablo 5. Katılımcıların kurumlarının eğitim hizmet dengesini değerlendirmeleri....	44
Tablo 6. Katılımcıların MESHEÖ ve alt ölçek puan ortalamaları	47
Tablo 7. Cinsiyete göre MESHEÖ ve alt ölçek puanları	51
Tablo 8. Alan seçimine göre MESHEÖ ve alt ölçek puanları.....	52
Tablo 9. Araştırma-yayın yapmakta güçlük çekme durumuna göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları.....	52
Tablo 10. Cinsiyete ve alan seçimine göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları.....	53
Tablo 11. Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları merkeze göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları.....	54
Tablo 12. Katılımcıların asistanlık yıllarına göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları....	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların mezun oldukları üniversiteler.....	41
Şekil 2. Katılımcıların eğitim aldıkları merkezler	42
Şekil 3. Katılımcıların ‘Alanınızı isteyerek mi seçtiniz?’ sorusuna yanıtları	44
Şekil 4. Katılımcıların ‘Araştırma yayın yapmakta güçlükle karşılaşılıyor musunuz?’ Sorusuna yanıtları.....	45
Şekil 5. Katılımcıların ‘Tıpta uzmanlık eğitiminde ulusal otorite kim olmalı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar.....	45
Şekil 6. Katılımcıların ‘Uzmanlık bitirme sınavı nasıl olmalı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar.....	46
Şekil 7. Katılımcıların ‘Kliniğimizde etnik ayrımcılık vardır’ sorusuna verdikleri yanıtlar.....	46
Şekil 8. Katılımcıların ‘Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içerisinde çalışabiliyorum’ sorusuna verdikleri yanıtlar.....	47
Şekil 9. Katılımcıların MESHEÖ sonuçları.....	48
Şekil 10. Katılımcıların mesleki özerklik algısı.....	49
Şekil 11. Katılımcıların mesleki özerklik algıları	49
Şekil 11. Katılımcıların sosyal destek algısı.....	50

KISALTMALAR DİZİNİ

MESHEÖ	: Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
PHEEM	: Postgraduate Hospital Educational Environment Measure
AH	: Aile Hekimliği
TUKMOS	: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
WONCA	: World Organization of Family Doctors
WFME	: World Federation for Medical Education
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan hocam; Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'ateşekkürlerimi sunuyorum.

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı, güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma özellikle tez çalışma aşamasında her konuda yardımda bulunan Dr. Pınar FAKİRULLAHOĞLU'na teşekkür ediyorum.

Fedakârlıklarıyla her zaman yanımda olan sevgili anneme ve çalışmalarımın her aşamasında bana destek veren sevgili eşim Dr. Emre KURAN'a şükranlarımı sunuyorum.

Arş. Gör. Dr. Eda KURAN

ÖZET

Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Çalışan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Ortamı Algıları ve Bu Algıları Etkileyen Faktörler

Amaç: Bu çalışmada çeşitli merkezlerde aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören asistanların eğitim ortamı algılarını belirlemek ve bu algıları etkileyen faktörleri belirlemek ve bu konularda düzenlemelere gidilmesi konusunda önerilerde bulunmak.

Yöntem: Araştırmamıza 80'i üniversite 80'i eğitim araştırma hastanelerinden olmak üzere toplam 160 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi katıldı. Katılımcılara internet ortamında MESHEÖ ölçeği uygulandı. Bu ölçek sonucuna göre MESHEÖ ortalama toplam skoru mesleki özerklik algısı, eğitim ortamı algısı ve sosyal destek algısı puanları hesaplandı.

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma kullanıldı. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Tek Yönlü ANOVA testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 105 (%65,6) kadın, 55 (%34,4) erkek asistan katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $28,6 \pm 2,9$ yıl olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan asistanların 49'u (%30,6) 1.yıl asistanı, 57'si (%35,6) 2.yıl asistanı, 54'ü (%33,8) 3.yıl asistanı idi. Katılımcıların 130'u (%81,3) aile hekimliği uzmanlığını isteyerek tercih ederken; 30'u (%18,8) istemeyerek tercih ettiğini belirtmiştir.

Uygulanan anket sonucu katılımcıların MESHEÖ skoru ortalaması $89,98 \pm 22,99$ iken ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında özerklik puanı ortalamasının $33,21 \pm 8,7$; eğitim puanı ortalamasının $30,41 \pm 10,7$; sosyal destek puanı ortalamasının

26,23±6,01 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar MESHEÖ puanı açısından genel olarak değerlendirildiğinde 103 kişiyle (%64,4) büyük çoğunluğun olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı görüşünde olduğu, 39 kişinin (%24,4) sorunlu eğitim ortamı, 10 kişinin (%6,3) mükemmel eğitim ortamı, 8 kişinin (%5) çok yetersiz eğitim ortamı görüşünde olduğu tespit edilmiştir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerinde eğitim alan asistanların MESHEÖ ve alt ölçek skorları değerlendirildiğinde aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

MESHEÖ puanı yönüyle bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0,447$). Özerklik puanı, eğitim puanı, sosyal destek puanı yönüyle de kadın asistanlar ve erkek asistanlar arasında anlamlı fark tespit edilemedi ($p=0,612$; $p=0,493$; $p=0,777$ sırasıyla).

Alanını isteyerek seçenlerin MESHEÖ puanı istemeyerek seçenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,04$). Buna karşın özerklik puanı ve eğitim puanı açısından alanını isteyerek seçenler ve seçmeyenler arasında anlamlı fark tespit edilemezken; sosyal destek puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,12$; $p=0,16$; $p=0,014$ sırasıyla).

Katılımcıların ‘Kurumunuzun eğitim hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verdiği yanıtlar dikkate alındığında MESHEÖ skorunun her ikisi de dengeli olarak yürütülüyor diyenlerin hizmete daha fazla önem veriliyor ve diğer cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p=0,008$ sırasıyla).

Araştırma-yayın yapmakta güçlük çekmediğini ifade edenlerin MESHEÖ puanı, özerklik puanı, eğitim puanı ve sosyal destek puanı araştırma-yayın yapmakta güçlük çekenlere göre daha yüksek bulundu ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,001$ sırasıyla).

Katılımcıların asistanlık yılına göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,574$; $p=0,521$; $p=0,702$ $p=0,409$ sırasıyla).

Sonuç: Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ortamlarından memnuniyetlerini artırmak için tercih yapmadan önce bölüm hakkında yeterince bilgilendirmeli, çalıştıkları ortamda eğitim hizmeti dengeli yürütülmeli, araştırma-yayın yapmalarına fırsat verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: MESHEÖ, aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, algı, mesleki özerklik, sosyal destek, eğitim ortamı

ABSTRACT

Educational Environment Perceptions of Family Physician Assistants Working in University and Education Research Hospitals and Factors Affecting These Perceptions

Objective: In this study, it is aimed to determine the educational environment perceptions of assistants who have family medicine specialty training in various centers and the factors affecting these perceptions and to make suggestions about the regulation of these issues.

Method: A total of 160 family medicine specialty students participated in the study, 80 of which were from university and 80 were from educational research hospitals. MESHEO scale was applied to participants on the internet. According to this scale, MESHEO average total score, occupational autonomy perception, educational environment perception and social support perception scores were calculated.

SPSS 22.0 package program was used in the analysis of the data. In descriptive statistics, number and percentage for categorical data; average and standard deviation for numerical data were used. The convenience of numerical variables to the normal distribution was evaluated by Histogram graph. Student t test, one-way ANOVA tests were used as hypothesis tests. Statistically, the significance limit was accepted as $p < 0.05$.

Findings: 105 (65.6%) female and 55 (34.4%) male assistants participated in the study. The average age of the participants was 28.6 ± 2.9 years. 49 (30.6%) of the assistants were 1st year assistants, 57 (35.6%) were 2nd year assistants and 54 (33.8%) were 3rd year assistants. 130 (81.3%) of the participants, preferred family medicine specialty voluntarily and 30 (18.8%) preferred involuntarily.

According to the applied survey; while the participants' average of MESHEI score was 89.98 ± 22.99 , when the subscales of scale were examined, the average of

autonomy score was $33,21 \pm 8,7$; the average of education score was 30.41 ± 10.7 ; and the average of social support score was 26.23 ± 6.01 . When the participants were assessed in terms of MESHEO score, it was found that 103 (64.4%) of the respondents were satisfied with the educational environment but thought that it would be developed, 39 (24.4%) thought that there was a problematic education environment, 10 (6.3%) thought that it was a perfect educational environment, 8 (5%) thought that it was a very poor educational environment.

There was no significant difference ($p > 0,05$) between assistants training at the university hospitals and education research hospitals when MESHEO and subscale scores were assessed.

There was no significant difference between the genders in terms of MESHEO score ($p = 0.447$). No significant difference was found between female assistants and male assistants in terms of autonomy score, education score, social support score ($p = 0,612$; $p = 0,493$; $p = 0,777$ respectively).

The MESHEO score of whom selected their field voluntarily was found significantly higher than those who selected their field involuntarily ($p = 0.04$). On the other hand, there was no significant difference between people selected their field voluntarily and involuntarily in terms of autonomy score and education score; social support points were found significantly high ($p = 0.12$, $p = 0.16$, $p = 0.014$ respectively).

Considering the answers given by the participants to the question 'How do you evaluate your institution's education service balance?', participants who said "The both MESHEO scores are conducted in a balanced manner" were significantly higher than those who answered "the service is placed more importance" and those who answered "other" ($p = 0.001$, $p = 0.008$, respectively).

MESHEO score, autonomy score, education score and social support score of whom don't have difficulty in researching and publishing were found higher than

those who have difficulty in researching and publishing ($p = 0,000$; $p = 0,000$; $p = 0,000$; $p = 0.001$ respectively).

There was no significant difference between participants in terms of MESHEO and subscale scores according to assistant years ($p = 0,574$; $p = 0,521$; $p = 0,702$ $p = 0,409$ respectively).

Conclusion: In order to increase the satisfaction of the family medicine specialty students, it is ynecessary to inform them adequately about the department before they make their choice, to conduct the education service in a balanced manner and to give them an opportunity to make research and publications.

Key Words: MESHEO, family medicine specialty students, perception, professional autonomy, social support, educational environment.

1.GİRİŞ

Tıp eğitiminde daha nitelikli bir eğitim arayışı içi yarım yüzyılı aşan bir süre önce dünyada daha görünür olan çalışma ve tartışmalar son kırk yıldır yoğunlaşarak devam etmektedir. Flexner raporu “Tıp eğitiminin genel eğitim/öğretim ilkeleri ışığında yeniden ve kapsamlı bir biçimde tartışılması gerektiğine işaret etmiştir” (1).Flexner raporunun etkisi sadece mezun olan hekimlerin nitelik tartışmasıyla günümüzdeki akreditasyon çalışmalarının temelini atmakla sınırlı kalmamış; rapor, tıp eğitiminin biyomedikal ve hastane-merkezli modele dönüşmesine ve temel bilimler-klinik bilimler ayrışmasına da öncülük etmiştir(2).

WFME’nin (Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu) 1988’de yayınladığı Edinburgh bildirgesi ile önemli bir başka aşamaya geçildiği söylenebilir. Bu bildirge biyomedikal bilimlerdeki gelişmelere rağmen binlerce insanın önlenebilir, iyileştirilebilir hastalıklardan öldüğünü ve milyonlarca insanın ise sağlık hizmetine ulaşamadığına dikkat çekmektedir. Bu nedenleEdinburgh bildirgesinde, tıp eğitimi programlarının içeriğinin ulusal sağlık önceliklerini kapsamayı, yaşam boyu öğrenmeyi destekleyecek şekilde bağımsız öğrenme ve aktif öğrenmeye vurgunun artması, eğitim programlarının hekimlerin sadece bilgi değil, sosyal değerler ve mesleki yeterlikleri de öğrenmesini sağlayacak şekilde olması ve eğitimin sadece hastanede değil toplumun sağlıkla ilgili tüm kurumlarında gerçekleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır(3).

Öğrenme teknolojilerindeki değişim ve sağlık hizmeti sunumundaki değişim de mezuniyet sonrası tıp eğitimini değiştirmeye zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve tıp eğitiminin yeniden düzenlenmesi sırasında kurumlarda önemli değişiklikler olur. Değişime uyum sağlamak için seçilecek strateji, Görünürdeki büyük değişikliğe yönelmeyi ancak bunun yanı sıra ortaya çıkan küçük ayrıntılardaki aksaklıkları bile göz ardı etmemeyi, ilkeler artık hizmete ya da eğitimi desteklemekten çıktıysa ilkelerden vazgeçebilmeyi ve esnekliği gerektirir(4).

Ülkemizde yürütülen sağlık politikalarının bir yansıması da hekimlerin uzmanlık eğitimi ile ilgili düzenlemelerdir. Koruyucu hekimlik uygulamaları ve

birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana sağlık politikası olduğu dönemlerde “genel tıp” eğitimleri verilmiştir. Hastane odaklı hizmetlerin arttığı dönemlerde ise tıpta uzmanlaşmanın arttığı görülür. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık dalı 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır ve 1985 yılından beri bu alanın uzmanlarının eğitilmelerine başlanmıştır. Yine bu tüzüğe göre Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 4 ay İç Hastalıkları, 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1 ay Genel Cerrahi ,1 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1 ay Kardiyoloji, 1 ay Göğüs Hastalıkları rotasyonları ve 18 ay Aile Hekimliği alanı eğitimi olmak üzere eğitim süresi 36 ay olarak belirlenmiştir (5, 6).

Ülkemizde 2005 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir yapılanmaya gidilmiş ve ilk olarak düzce ilimizde aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu sistemde bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilirken, daha önce hükümet tabipleri, sağlık merkezleri ve sonrasında sağlık grup başkanlıkları ile sağlık ocakları tarafından verilen hizmetler ise toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında pilot olarak başlamış ve 2010 yılında 81 il kapsam alanına alınmıştır(6).

Bu tez çalışmasında Türkiye genelinde Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi veren üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören asistan hekimlerimize eğitim ortamı memnuniyeti ölçeği uygulayarak eğitim gördükleri ortamdaki memnuniyet düzeylerini ölçmek, bu memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek ve elde edilen sonuçlara göre Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi ile ilgili önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tıp Eğitimi Tarihçesi

İnsanları hastalıklardan koruyan ve kurtaran hekimlik, tarih öncesi dönemde dini öğeler ve büyü'nün iç içe geçtiği bir kimlikle başlayıp zanaatkara dönüşen ve günümüzde bir bilim insanına çevrilen bir yolculuğu sürdürmektedir (7). Bu sürecin neredeyse tümünde usta- çırak ilişkisi bu mesleğin vazgeçilmezi olmuş, ustalar aynı zamanda ilk tıp eğiticileri olmuştur. Tarihin de bir adım ötesine geçip mitolojiye baktığımızda karşımıza çıkan ilk usta ve ilk eğitici Kheiron'dur. Yarı insan yarı at olan Kheiron, tanrı Apollon'un Koronis'ten olan oğlunu büyütür. Doğanın içinde yaşayan, doğanın sırlarına ermiş bir varlık olan Kheiron'un şifalı sular ve otlardan yararlanma yollarını öğreterek bir hekim olarak yetiştirdiği ise Yunanlıların Asklepios, Romalıların Aesculapius olarak bildiği hekimlik tanrısıdır(7, 8).

Tıp eğitiminin bir okul yapısına ulaştığı ve yazılı bilginin oluşmaya başladığı ilk dönem olarak Eski Yunan dönemi görülmektedir. Bu dönemde öne çıkan yapılar sağlık tanrısı ya da hekimlerin tanrısı olarak bilinen Asklepios için yapılan tapınaklar, Asklepionlardır. Asklepionlar hem ilk hastaneler, hem ilk tıp okulları hem de tapınaklardır. Asklepionların en ünlüleri MÖ 5-6. yüzyıllarda Epidaurus, Kos, Knidos (Datça, Muğla) ve Bergama'da (İzmir) kurulmuştur. Kos adasında MÖ 460 tarihinde doğan Hipokrat, çalışmalarını temel olarak buradaki Asklepion'da gerçekleştirmiştir. Hipokrat'ın öğretileri ve tıp alanındaki uygulamaları kendi dönemi kadar sonraki yüzyıllar boyunca Avrupa'da gelişen tıbbın da temellerini oluşturmuştur. Hipokrat yaptığı araştırmalar sonucunda hastalıkların açıklanabilir nedenleri ve tedavileri olacağını tanımlamış, bunları ayrıntılarıyla yazmıştır. Hipokrat tedavi yöntemlerini anlatırken başarılı olduğu noktalar kadar başarısızlıklarını da açıklamış, etik konulara girmiş bir hekim ve usta olmuştur. Ortaya koyduğu eserler Hipokrat Koleksiyonu olarak bilinir ve ölümünden (MÖ 370) sonra İskenderiye Kütüphanesinde bir araya getirilmiştir(7, 9, 10).

Roma imparatorluğunun yıkılmasından sonra tıp eğitimi ile alakalı özellikle arap ülkelerinde bir yükseliş başlamıştır. Orta çağda tıp eğitiminde öne çıkan ilk

merkez İran'da kurulan hem hastane hem tıp okulu olarak işlev gören Cundişapur hastanesidir. Bu merkez MS 4. yüzyılda Sasani Hanedanı zamanında kurulmuştur. Bu merkezde bir hastane, bir okul ve 40.000 kitabın yer aldığı bir kütüphane yer almaktaydı. Mısır, Roma ve Yunanistan'dan bilim adamları bu merkeze gelip burada çalışmaktaydı. Altıncı-yedinci yüzyıllarda en parlak dönemini yaşayan merkezde tıp ve diğer alanlarda eğitim veren 500, eğitim alan 5000 kişi bulunuyordu. Tıp alanında eğitimini tamamlayanlar için bazı düzenlemeler getirilmişti, tıp dalından mezun olanlar bu alanda çalışabilmek için bir sınava tabi tutuluyorlardı. Bu sınavı geçemeyenler hekim olarak görev yapamıyorlardı. Bu dönemde ilk tıp toplantısı da gerçekleştirilmiş ve farklı ülkelerden yüzlerce hekim katılmıştır. Cundişapur tıp okulunda eski Yunan ve Roma dönemi eserlerinin çevirisi yapılarak öğretilmiştir. Daha sonraları Hintli ve Çinli bilim adamları bu merkeze davet edilerek Hint ve Çin tıbbına ait eserlerin çevirileri de yapılmıştır(11).

İslamiyetin Arap yarımadasında yaygınlaştığı dönemlerde hekimlik özellikle desteklenmiş ve saygın bir meslek olarak görülmüştür. Bu dönemde de tıp alanındaki gelişmeler devam etmiş Abbasiler döneminde 9. yüzyılda Bağdat'ta kurulan modern anlamdaki ilk hastane kurulmuştur. Bu hastaneninyanında da büyük bir kütüphane yer almaktaydı. El-Razi'nin ifade ettiği gibi hekimlerin, hastaların yatakları başında uygulama yapmak kadar teorik bilgiyi de edinmeleri gerekiyordu ve kütüphaneler hem kitapların okunduğu hem de derslerin yürütüldüğü mekanları oluşturuyorlardı. Bu dönemde öncelikle Yunan tıp kaynaklarının çevirilerini gerçekleştiren ve 20 cilt tıp kitabı yazan Yuhanna İbn Mesaveyh öne çıkmıştır. Halifeye hekimlik yapmanın yanında kendi özel okulunda da öğrencilerini yetiştirmiştir. Kitaplarında insanları şarlatanlara karşı uyararak eğitim almış hekimlere başvurmalarını önermiştir. Huneyn bin İshak ise yine bu dönemde yetişmiş, tıp eğitimine önemli katkılar sunmuş bir hekimdir. Profesyonel etiği ve standartları teşvik etmiş, yazdığı kitaplar İslam dünyasında tıp ve eczacılık eğitiminin temellerini oluşturmuştur(9, 12).

Arap dünyasının en ünlü isimlerinden biri kuşkusuz El-Razi'dir. Hipokrat'ın yaklaşımlarını benimsemiş, Galen'e açıkça karşı çıkmıştır. Birçok hastalıkla ilgili yaklaşımları bugünkü bilgilere temel oluşturmuştur. Bir tıp eğiticisi olarak yayılan ünü birçok ülkeden kişiyi ondan ders almak üzere ülkeye çekmiştir. Klinik tıp ve

yatak başı eğitimi öne çıkaran tıp alanındakieserleri kendisinden sonraki 300 yıl boyunca Avrupa’da temel başvuru kaynağı olmuştur. Hasta-hekim ilişkisine ve etik değerlere verdiği önemi El-Mürşid adlı eserinde dile getirmiştir. Hekimlere hastalarına durumlarıyla ilgili soruları arkadaşça sormalarını ve sonra hikayelerini anlatmalarına izin vermelerini önermiştir. Hekimlerin hastaların yanıtlarına ve açıklamalarına ilgi göstermesini, bu arada da hastalarının durumlarını gözlemesini vurgulamıştır. El-Razi’nin bu yaklaşımları onun uzun yıllar boyunca saygı duyulan bir hekim ve öğretici olmasını sağlamıştır(9, 12).

Arap ülkelerinde 10. yüzyılın sonuna gelindiğinde üç tip tıp okulu bulunmaktaydı.Bunlardan ilki Bağdat, Şam ve Kahire’dehastanelerle birlikte bulunan merkezler ki buralarda ders salonları, kütüphaneler, eczaneler birarada yer alıyordu. İkinci tip okullar El-Razi’nin de sahip olduğu gibi özel okullardı ve yetiştiricinin ününe gelen öğrenciler buralarda eğitim almaktaydı. Üçüncü türde ise ünlü bir hekimin yanında usta-çırak ilişkisi içinde hekimlik mesleği öğreniliyordu(9, 12).

Arap dünyasında tıbbın ve hekimliğin duraklamaya başladığı 11. yüzyılın başlarında tıp dünyasının en etkili ismi bu topraklarda ortaya çıkmıştır. İran ve Irak’ta üstün yetenekli bir çocuk olarak yetişen İbn-i Sina’nın, Hipokrat ve Galen’in öğretilerinden yola çıkarak oluşturduğu eserleri 17. yüzyıla kadar Avrupa üniversitelerinde okutulmuştur. En önemli eseri Kanun’dur. Bu eseri hem hekimlik bilgisini teorik ve pratik olarak tanımlaması hem de hastalıkların belirtileri, tanıları ve tedavileri ile korunma yollarına sistematik yaklaşımıyla dikkat çekmiştir (9, 12).

Orta Çağ boyunca Avrupa’da hekimlik ve eğitimi daha çok dinin ve din adamlarının kontrolünde manastırlarda ve katedrallerde sürdürülmüştür. Oysa ki bu çağın sonuna doğru ortaya çıkan üniversiteler Avrupa’da tıp eğitiminin ortaya çıkış noktaları olmuşlardır. Düzenli eğitim veren ilk tıp okulu olarak bilinen Salerno Tıp Okulu (İtalya) 1096 yılında kurulmuştur. Okulda Hipokrat, Galen ve İslam bilim insanlarının kitapları okutulmuştur. Okulun öğrenci seçimi, klinik danışmanlık, sınav, hekimin sorumlulukları ve mesleğe giriş töreni gibi tanımlanmış süreçleri bulunmaktaydı. İlk kez Salerno’dan mezun olanlara doktor denilmeye başlanmıştı. 1224 yılında II. Frederick’in, Napoli Krallığı’nda çalışacak tüm hekimlerinSalerno

Tıp Okulundan onay alma zorunluluğunu getirmesiyle bu okul Avrupa'da resmi olarak tanınan ilk tıp okulu olmuştur. Salerno'nun açılmasını izleyen yıllarda Avrupa'da dört tıp okulu daha kurulmuştur: Montpellier (1137, Fransa), Bologna (1150, İtalya), Padua (1222, İtalya) ve Paris(1280 Fransa)(9, 10, 13).

Padua Tıp Okulu, 16. yüzyılda Avrupa'da tıp eğitiminin en önemli merkezi haline gelmiştir. Dönemin önde gelen isimleri bu tıp okulunda çalışmışlardır.(9)Hollanda'da kurulanLeiden Üniversitesi 17.yüzyılın sonu ile 18.yüzyılın başında en parlak dönemini yaşamıştır(9, 10).

İngiltere'de 1786 yılında açılan Londra Hastanesi Tıp okulu üniversite biçiminde açılan ilk tıp okulu olmuştur. Aberdeen, Glasgow, St. Andrew ve Edinburg tıp okulları bu dönemde öne çıkan okullar olmuşlardır. Edinburg, Boerhaave'in öğrencilerinin bir araya gelmesiyle 1726 yılında Britanya'da ilk tıp fakültesinin kurulduğu şehir olmuştur(9, 10, 14).

ABD'de ilk tıp okulu, 1750 yılında Philadelphia'da Benjamin Franklin ve Thomas Bond'un kurduğu Pennsylvania Hastanesinde ve iki Edinburg mezunu, Shippen ve Morgan tarafından 1765 yılında kurulmuştur. Pennsylvania Tıp Okulu, Avrupa'daki örneği gibi usta-çırak ilişkisine dayalı, klinik ağırlıklı bir eğitim programıyla yola çıkmıştır(9, 10, 13). 1800'lü yıllara gelindiğinde ABD'de 40 tıp okulu ve 400'e yaklaşan sayıda tıp eğitimi veren kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlarda eğitim görmenin tek koşulu giriş ücretini ödeyebilmektir ve dört-altı ay içinde mezun olunabilmektedir. Her öğrenci seçtiği bir hekimle bir-üç yıl birebir çalışmakta ve mesleği ondan öğrenmektedir. Temel bilimlerin klinikte çok az önemi vardır. Yineleme ve ezberleme en çok kullanılan öğrenme stratejisidir. Başvuru kitapları ancak 1850'li yıllarda basılmaya başlanmıştır. Birlikte çalışılan hekim hem temel eğitici hem de rol modeldir(15).

1800'lü yılların sonlarına gelindiğinde ABD'de tıp mezunlarının nitelikleri çok fazla tartışılmaya başlanmıştır. Öyle ki sonunda Chicago Tıp Okulunun açtığı yolda ilerleyen Harvard Tıp Okulu, Avrupa tıp eğitimi modelini temel alan, eğitimin giriş ve mezuniyet standartlarının belirlendiği, eğitim süresinin üç yıla çıkarıldığı bir

programı 1869 yılında uygulamaya sokmuştur. Ancak tıp eğitiminde en yüksek düzeyde standartları tanımlayan 1893 yılında Johns Hopkins Tıp Okulunun kuruluşu olmuştur(9, 16). Sadece dört yıllık mezuniyet öncesi eğitimi tamamlayanları programına kabul eden bu okul, bilim temelli ve hastane merkezli dört yıllık bir program yürütmüştür. Bu eğitim programlarının uygulanması ile öğrenciye verilen bilginin miktarı çok artmış, temel bilimler önem kazanmış ve yeni disiplinler oluşmuştur. 1900'lü yıllarla birlikte öğrencilerin “ezberleyen” kimliğinden “düşünen” kimliğine değişimini öngören eğitim prensipleri disiplin temelli eğitimin de bir özelliği haline gelmiştir. Eğitimin temel amaçları öğrencilere eğitimciden bağımsız gerçekleri görebilme ve yargılayabilmeyi, kendi kendilerine öğrenebilmeyi ve eğitim süreci sonrasında da bilgilerini yenileyebilmeyi, bilginin edilgen alıcıları olmak yerine aktif öğrenenler olmayı öğretmek olmuştur(15).

ABD’de çalışmalarını sürdüren Carnegie Foundation’ın yürüttüğü bir çalışma tıp eğitiminde ciddi etkiler oluşturmuş ve köklü değişimlere yol açmıştır. Eğitimci Abraham Flexner tarafından ABD ve Kanada’daki tüm tıp fakülteleri ziyaret edilerek hazırlanan 1910 tarihli “Flexner Raporu” ülkedeki tıp eğitimini tarihsel gelişiminde özetlemekte, okullardaki eğitim programlarının dökümünü yapmakta ve tıp eğitiminin gelişimi için öneriler sunmaktadır. Raporda tıp eğitiminin standartlardan uzak olduğu, eğitim programlarının içeriklerinin belirli olmadığı, ön koşullar taşımayan çok sayıda kurum tarafından verildiği ve önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır.(12) Bu rapor sonrasında tıp fakültelerinin standartları değerlendirilerek tıp fakültelerinin sayısı 30 yıl içinde 155’ten 66’ya düşmüş, tıp eğitimi öncesi kolej eğitimi zorunlu hale gelmiş ve tıp eğitiminin ilk iki yılı klinik öncesi temel bilimler, son iki yılı klinik eğitim olacak şekilde yapılandırılmıştır (17).

Bu yüzyıl Flexner’le başlayan ve ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların tıp eğitimi üzerine raporlarıyla zenginleşen bir dönem olmuştur. Eğitimin içeriğini oluşturan tıp bilimi alanındaki değişimler kadar öğrenme ve öğretim alanındaki değişimler de bu yıllardaki tıp eğitiminde sürekli bir gelişim ve yenilenmeye yol açmıştır. ABD’de yaşanan gelişmelerin sürükleyiciliğinde, tıp okulları tüm dünyada kurulmaya ve hızla çoğalmaya başlamıştır(17).

20.yüzyılda Tıp eğitiminin eğitim yönü fark edilmiş, eğitim sürecinin mesleki değil eğitimsel olduğu kabul görmüştür.(18) Bu kabul görüş usta-çırak ilişkisine öğretici-öğrenen boyutunu katmış, tıp okullarında eğitim konuları da tartışılmaya başlanmıştır. Her tıp okulunda eğitimle ilgili birimler oluşturulmaya başlanmıştır. İlk tıp eğitimi birimi 1958 yılında Case Western Reserve Üniversitesinde (ABD) kurulmuş, bunu 1959 yılında Chicago'daki Illinois Üniversitesi (ABD) ve Virginia Tıp Okulu (ABD) izlemiştir. Avrupa'da ise ilk tıp eğitimi bölümü 1973 yılında Dundee Üniversitesinde (İskoçya), 1977 yılında Maastricht Üniversitesinde (Hollanda) açılmıştır(19).

2.2. Anadolu'da Tıp Eğitiminin Gelişimi

Anadolu'da tıp eğitimi konu edildiğinde hem Selçuklu hem de Osmanlı döneminde “darüşşifa” ve “darültıp” ifadeleri karşımıza çıkmaktadır. Darüşşifa bugünkü hastanelere denk gelirken darültıp tıp eğitimi veren kurumlardır(20).

Osmanlı İmparatorluğu'ndaki hekim eğitimi de kurumsal niteliği olan, sistemli bir okul eğitimi değildir. Hekimler, hastane ya da özel muayenelerinde yanlarına çırak alarak hekim yetiştirmektedir. Osmanlı döneminde ilk tıp eğitimi 1399 yılında Bursa'da Yıldırım Beyazıt Darüşşifası içinde kurulan darültıpta verilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nda ayrı bir tıp okulu olarak kurulan ilk yapı Süleymaniye Medresesi'dir. 1557 yılında tamamlanan okul; hastane, eczane ve aşevi gibi yapıların da bulunduğu bir bütünlükte yapılmıştır(21).

Osmanlı'da artan hekim ihtiyacını karşılamak için modern nitelikteki tıp okulu girişimleri 19.yy da başlamış ve ilk modern tıp okulu 14 Mart 1827 tarihinde Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi'nin çabalarıyla kurulmuştur; adı “Tıbhane”dir. Bu okul orduya hekim yetiştirmeye başlamıştır. Taşra ve kırsal kesime hekim gönderebilmek amacıyla 1867 yılında ilk sivil tıp okulu olan “Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye”nin kurulması gerçekleşir. 1908 yılında sivil tıp okulunun başına Dr. Cemil Paşa getirilerek düzenlemeler yapılmış, okulun adı fakülteye dönüştürülerek ilk “Tıp Fakültesi” kavramı 14 Kasım 1908 tarihinde kabul edilmiştir. Cumhuriyet Dönemi'nde gerçekleştirilen üniversite reformu sonrasında 1 Kasım 1933 tarihinde

İstanbul Üniversitesi ilk ve tek üniversite, tıp fakültesi de ilk ve tek tıp fakültesi olarak açılmıştır(20).

1963 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin açılmasıyla tıp eğitiminde ilk değişim gerçekleşmiştir. Yeni açılan tıp fakültesi amfi derslerinden oluşan, eğitici merkezli, organ-sistem temelli entegre eğitim programı yaklaşımını uygulamaya başlamıştır. Bu değişim daha sonraki yıllarda açılan birçok tıp fakültesi için örnek olmuştur(22).

Türk tıp eğitiminde bu tarihten sonra tıp fakülteleri programlarında değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Eğitim programlarının iyi ve kötü yanları, içerikleri ve tıp fakültesi mezunlarından beklenen yeterlilikler tartışılmaya başlanmıştır. Fakülteler tek bir yaklaşım yerine farklı yaklaşımların birlikte kullanıldığı karma yaklaşımları, amaçları ve olanakları ölçüsünde kullanmaya başlamışlardır. Tüm dünyada olduğu gibi tıp fakülteleri içinde tıp eğitimi alanında çalışmalar ve yenilikler yapan özel birimler oluşturulmaya başlanmıştır. Bu alanda ilk oluşturulan yapı olan İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü, 21 Nisan 1977 tarihinde kurulmuştur. Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü, 1983 yılında Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezine dönüştürülmüştür (23).

2.3.Tıp Eğitiminde Uzmanlaşma Süreci ve Aile Hekimliğinin Evrimi

Osmanlı döneminde tıp doktorlarının uzmanlık eğitimi ve uzmanlık ünvanlarını düzenleyen genel bir uygulama bulunmamaktaydı. Türkiye’de tıp eğitimi sonrası uzmanlık eğitiminde ilk düzenleme 1929 yılında yapılmıştır. 08.05.1929 tarihli “Tababet ve ihtisas vesikaları hakkında nizamname” ile hekimlerin üç alan üzerinde uzmanlık eğitimi alabilecekleri hükme bağlanmıştır. Bu alanlar klinik uzmanlıklar, laboratuvar uzmanlıkları ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) olarak ayrılmıştır. Klinik uzmanlıklar kendi içinde dokuz, laboratuvar uzmanlıkları ise beş alana ayrılmıştır. Uzmanlık süresi iç hastalıkları ve genel cerrahi için üç yıl, tüm diğer uzmanlıklar için iki yıl, koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) uzmanlığı için ise dört yıl olarak belirlenmiştir. Genel bir kural olarak hekimlerin hıfzıssıhha uzmanlığı için mezuniyetlerinden üç yıl, dahiliye ve genel cerrahi uzmanlığı için iki ve diğer

uzmanlıklar için ise bir buçuk yıl sonra sınava girmelerine izin verilmiş böylece sahadaki hekim açığı kapatılmaya çalışılmıştır (23).

Koruyucu hekimlik uzmanlığı yapacak hekimlerde aranan şarttamamı dört sene olacak şekilde bakteriyoloji, parazitoloji ile hıfzıssıhha laboratuvarlarında ve enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde(emraz-ı intaniye) çalışmış olmasıydı. Bu süre,daha önce parazitoloji veya bakteriyoloji ile ilgilendiğinin belgelenmesi durumunda üç seneye çekilebilirdi (23). Bu tüzükte koruyucu hekimlik kavramı ilk defa ele alınmış ve koruyucu hekimliğin uzmanlık eğitimi için verilen süre diğer uzmanlıklara kıyasla daha uzun tutulmuştur.

1929 yılında yayınlanan bu tüzük üstünde küçük değişiklikler yapılarak 1947 yılına kadar kullanılmıştır.

Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler üç gruba ayrılmıştır. Bunlardan birincisi hükümet tabipleri olarak adlandırılan koruyucu hekimliğin yanı sıra sağlık sosyal yardım işleri, nüfus işlemleri ve eczacılık işlemleri ile ilgili görevleride olan hekimlerdi(24). İkinci grup hekimler ise seyyar tabiplerdir. “Seyyar tabiplik” masrafları il özel idareleri tarafından karşılanan ve kırsal alana sağlık hizmetlerinin götürülmesini sağlayan bir uygulamadır. Seyyar tabipler her ayın 20 günü köyleri dolaşırlardı. Bu hekimlerin görevleri arasında tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, bağışıklama, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve eğitim hizmetleri de vardı (25). Üçüncü grup ise birinci basamak tedavi hizmetlerini veren “muayene ve tedavi evi tabipleri” dir. Bu evlerde koruyucu sağlık hizmeti verilmemektedir. Muayene ve tedavi evleri 5-10 yataklı kurumlardır. Bu kurumlardan beş yataklı olanlarda, o ilçede veya beldede görevli hükümet tabibi, hükümet tabibi yoksa belediye tabibi görev yapmaktaydı. Eğer kurum 10 yataklı ise bu durumda yeni bir hekim görevlendirilmekteydi. Hekim dışında bu kurumlarda bir sağlık memuru ve hizmetli görev yapmaktadı. 1924 yılından itibaren kurulmaya başlanan bu kurumların sayısı, 1950 yılında 300’e ulaşmıştır. Bu tarihten itibaren yenilerinin kurulmasına son verilmiştir(26).

Bu dönemde daha sonraki dönemlere örnek oluşturabilecek bir deneme yapıldı. Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri kuruldu. Bir muayene ve tedavi evi olarak hizmet etmekte olan bu kurumun, diğer muayene ve tedavi evlerinden farklı olarak tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de bölgesel tabanlı olarak (Etimesgut ve bağlı köyler) vermesine karar verildi(27). Bu merkezin tedavi edici hizmetlerin yanında sıtma ve frengi başta olmak üzere bütün salgın hastalıklarla mücadele, annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası bakımları ile çocuk sağlığı ile ilgili hizmetlerin yürütülmesi, okullarda koruyucu sağlık uygulamaları ile ilgili eğitimleri yapmak ve köylerin çevre sağlığı ile ilgili uygulamalarını yerine getirmek gibi görevleride vardır. Dispanserin diğer önemli bir özelliği Türkiye’de ilk defa sevk sistemini işletmesidir. Dispanser sadece 15 gün süre ile yatacak hastaları kabul etmekte, diğer hastaları Ankara Numune Hastanesine sevk etmekteydi. Bölgedeki gebe kadınlar doğumdan 10 gün önce dispansere yatırılmakta, zor olan doğum olguları ise Ankara Doğumevine sevk edilmekteydi.1937 yılında merkezin ismi “Etimesgut Sağlık Merkezi” olarak değiştirildi(27). Etimesgut örneğinin başarılı olması üzerine Türkiye’de 5-25 yataklı yeni sağlık merkezleri kurulmaya başlandı.1946 yılına kadar dokuz yeni (Etimesgut hariç)sağlık merkezi hizmete açılmıştır(28).

Aynı dönemde “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı” yayınlandı. Bu plana göre sağlık hizmetleri yeniden örgütlenecekti. Bu yeni örgütün temel ilkesi “nüfusa göre hizmettir”. Her 20.000 nüfus ya da 40 köy için koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulacağı bir “sağlık merkezi” kurulacak ve bu sağlık merkezlerinde iki hekim ve 11 hekim dışı personel görev yapacaktır. Hekimlerden birisi sağlık merkezinde kalırken, diğeri civardaki yerleşim yerlerini dolaşarak yöre halkına “mobil hizmet” sunacaktır. Hekimler bu görevleri sıra ile yapacaklar ve her iki haftada bir yer değiştireceklerdir. Sağlık merkezlerinde on kadar hasta yatağı bulunacak ve gerektiğinde hastalar yatırılarak tedavi edileceklerdir. Böylece, sağlık hizmetleri köylere kadar ulaşmış olacaktır. Hizmetlerin finansmanı için bir “Sağlık Bankası” kurulacaktır.(29) Bu denemenin ve 1946 yılında yayınlanan “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planının” olumlu sonuçları 1947’de çıkarılacak olan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’ne “Genel Sağlık Uzmanlığı” olarak yansıtacaktır(30).

24 Temmuz 1947 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile yeni bir uzmanlık tüzüğü (Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük) yayınlanmıştır.(29)Bu tüzükte Türkiye’de tababete ait klinik ve laboratuvar uzmanlıkları yirmi iki farklı uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır. Böylece sekiz yeni uzmanlık dahil edilirken, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) uzmanlıkları kaldırılmıştır. Yeni koyulan uzmanlık alanlarından birisi de bugünkü aile hekimliğinin bir benzeri olan “Genel Sağlık Uzmanlığı”dır(22).

Tüzük genel sağlık uzmanlığının eğitim süresini iki yıl olarak belirlemiştir. Genel sağlık uzmanlığını teşvik etmek için, başvuran adayların zorunlu hizmetini tamamlamış olması şartı aranmamış, asistanlık süreleri mecburi hizmetlerine sayılmıştır. Genel sağlık uzmanlığı yapacakların hangi branşlarda ne kadar süre çalışacakları ise bakanlığın çıkardığı yönetmelikle belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı genel sağlık uzmanlığı eğitimi verilecek hastane ve kurumları belirlemiştir. Buna göre Ankara Numune Hastanesi, İstanbul Çocuk Hastanesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İzmir Memleket Hastanesi, İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi genel sağlık uzmanlığı verebilecek eğitim hastaneleri olarak belirlenmiştir(31). Yeni yayınlanan tüzüğe göre ilk uzmanlık sınavı 30 Ocak 1948 tarihinde yapılmıştır. Bu sınavda toplam 74 asistanlık kadrosu açılmış, açılan kadroların 12 tanesi de genel sağlık uzmanlığına ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 1948-1949 yıllarında yayınladığı memur hareketlerini incelediğimde 1948’de açılan genel sağlık uzmanlığı kadrolarına ataması yapılan hekime rastlanmamıştır. Daha sonra açılan sınav dönemlerinde ise genel sağlık uzmanlığına yer verilmemiştir (32). 1949 yılında tüzük üzerinde değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikle beraber üç yeni uzmanlık dalı uzmanlık eğitimine eklenmiştir. Bu eklenen dallardan birisi de İş Hekimliğidir(33).

6134 sayılı kanunla (10 Temmuz 1953) Sağlık Bakanlığı o güne kadar il özel idareleri tarafından idare edilen tüm hastaneleri kendisine bağlamıştır (34). Bunun sonucu olarak il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanırken, artan hastane sayıları, hastane hizmetlerini Bakanlık merkezinde önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetleri öncelikli durumunu kaybetmiştir. Hastane temelli sağlık politikası güdülmesi, genel tıp disiplinleri yerine branşlaşmayı ön plana çıkarmıştır. 1954 yılında Dr. Behçet Uz ikinci defa Sağlık

Bakanı olmuştur. Behçet Uz bu defa “Milli Sağlık Programını” uygulamaya koymuştur. Bu program 1946 yılındaki “Milli Sağlık Planının” amaçları ile kıyaslandığında daha dar amaçlar hedeflemektedir. Bu plana göre , küçük ilçelerde 10, büyük ilçelerde 25 yataklı sağlık merkezleri kurularak hizmet verilecek, dikey örgütlenme ile hizmet veren her tür sağlık örgütü ve ilçenin sağlık idaresi için kurulacak “Kaza Sağlık İdareleri”bu sağlık merkezlerinin çatısı altında bir araya getirilecektir(26).

Ülkenin sağlık politikasında bu gelişmeler olurken 1956 yılında yeni bir tıpta uzmanlık tüzüğü yayınlanmıştır (Tababet İhtisas Nizamnamesi)(35).Bu tüzükte genel sağlık uzmanlığı iki gruba ayrılmıştır. İç hastalıkları grubu genel sağlık uzmanlığı ve cerrahi (şirürji) grubu genel sağlık uzmanlığı. Öte yandan koruyucu hekimlikle ilgili Epidemiyoloji ve Sâri (bulaşıcı) Hastalıklar, Okul ve Spor Hekimliği ve Besin Hastalıkları olmak üzere üç yeni uzmanlık alanı eklenmiştir. Bu tüzükte genel sağlık uzmanlığının iki ana gruba bölündüğünü ve yerini muhafaza ettiğini görüyoruz. Bunun temel nedeni, birinci basamağın sağlık merkezleri üzerinden örgütlenmesi ve bu merkezlerin ihtiyacı olan hekimlerin yetiştirilmesi olabilir. Zira 1954 yılında bünyesinde 1070 yatağı bulunduran 121 sağlık merkezi varken bu sayı 1955’te 155’e ve 1960 yılında 283’e ulaşmıştır.(26) Ancak Dr. Behçet Uz’un 1954’teki ikinci girişimi de başarılı olmaz (22).

1960 yılına gelindiğinde, kaza sağlık idareleri uygulaması nedeni ile sağlık merkezleri kendilerine has hizmet yapısını tamamen kaybetmişlerdir. Bu karmaşıklığın tamamen ortadan kaldırılması amacı ile 1961 yılında 224 sayılı yasa yürürlüğe girer (36). Yasa ile sağlık merkezleri yerine sağlık ocakları kurulacaktır. Yasaya göre 5000-10000 kişinin yaşadığı köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını oluşturacaktır. Bunların il içinde idari taksimata uyması icap etmez. Yasaya göre her ilçede en az bir sağlık ocağı bulunacaktır. Sağlık ocağının hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip tarafından verilecek, bu ekibe yardımcı olarak her köyde yapılacak sağlık evlerinde bir ebe görevlendirilecektir. Sağlık ocakları ve sağlık evleri her türlü koruyucu hekimlik hizmetlerini vermek, hastaların muayene ve tedavisini yapmak ve sağlık kayıtlarını tutmakla yükümlüdürler (36).

Sağlık örgütlenmesinde bu ciddi yapısal değişiklikler olurken 1961 yılında uzmanlık eğitiminde de ciddi yapısal değişikliklere yol açacak yeni bir tüzük düzenlenerek yürürlüğe konmuştur (37). Bu tüzük ile uzmanlık eğitiminde ilk defa “ortak program” kavramı ortaya çıkmıştır. Uzmanlık eğitimi “grup ihtisası safhası”, “özel ihtisas safhası” ve “ileri ihtisas safhası” şeklinde birbirini takip eden üç safha olarak tanımlanmıştır. İlk safhada, tıp fakültesi mezunlarına iki yıllık bir eğitim ile iç hastalıkları, şirürji veya genel sağlık grubu alanında uzmanlık verilmektedir. Sonrasında kişinin “özel ihtisas” dallarından birini yapmak istemesi durumunda grup ihtisasına dayalı olmak şartıyla daha dar bir alanda ve sahada uzmanlık eğitimi verilmektedir. Örnek vermek gerekirse çocuk hastalıkları uzmanı olmak isteyen bir kişinin tıp fakültesinden mezun olduktan sonra iç hastalıkları grubu veya genel sağlık grubu alanında uzmanlık yapması, sonrasında çocuk hastalıkları uzmanlık eğitimine başlaması gereklidir. Bu tüzükte “özel ihtisas” eğitimine geçişlerde genel sağlık uzmanlığı almış olmak şirürji veya dâhiliye grubu uzmanlık almaktan çok daha avantajlı hale getirilmiştir. Genel sağlık grubu uzmanları “özel ihtisas” eğitimlerinin hepsine başvurabilirken, dâhiliye veya şirürji alanındaki uzmanlar sadece kendi uzmanlık alanları ile ilişkili alanlara geçebilmektedir (37).

Genel sağlık uzmanlarının uzmanlık eğitimi sırasında hangi rotasyonları yapacakları tüzükte açıkça belirtilmiştir (8 ay iç hastalıkları, 8 ay genel cerrahi, 4 ay çocuk hastalıkları ve 4 ay kadın hastalıkları ve doğum). Önemli diğer bir düzenleme ise ilk safha uzmanlık eğitimi almış olanların çalışacakları yerlerle ilgilidir. Gerek dâhiliye, gerek şirürji ve gerekse genel sağlık uzmanlarının hastanelere uzman olarak atanamayacakları belirlenmiştir (37). Buradan hareketle grup ihtisasına sahip uzmanların sağlık ocakları veya mevcut sağlık merkezlerinde istihdam edilmesinin planlandığı düşünülebilir. Öte yandan tüzükte genel sağlık uzmanlarının rotasyonları ile 1983 yılında tanımlanan Aile Hekimliği Uzmanlığının rotasyonlarının benzerliği de dikkat çekicidir. Birkaç ay sonra tüzükte değişikliğe gidilerek halk sağlığı uzmanlığı kurulmuş ve yeni ihtisas alanları belirlenmiştir (epidemioloji, biyoistatistik, sağlık mühendisliği, sağlık eğitimi, sağlık idaresi, malaryoloji, iş hekimliği, ana çocuk sağlığı, okul hekimliği, spor hekimliği, tüberküloz mücadelesi, hastane idaresi ve ruh sağlığı)(22).

1961 yılında yayınlanan tüzüğün ömrü çok kısa olmuş 1962 yılında yeni bir Tababet Uzmanlık Tüzüğü yürürlüğe girmiştir. Bu yeni tüzük üç safha olan uzmanlık eğitimi kaldırmış, tekrar tek aşamalı eğitime dönmüştür. Bu tüzükte uzmanlıklar klinik tababet uzmanlıkları, koruyucu tababet uzmanlıkları, laboratuvar uzmanlıkları ve akademik uzmanlıklar olarak dört gruba bölünmüştür. 1947'den beri değişik isimlerle tüzükte yer alan Genel Sağlık Uzmanlığı tamamen kaldırılmıştır(38).

Tüzüğe geçici bir madde eklenerek grup ihtisası asistanlığı yapmakta bulunanların, asistanlığa girerken talip oldukları dallara verileceği ve grup asistanlığında geçen sürelerin bu dallarda geçmiş sayılması hükme bağlanmıştır(38).

1964 yılında yapılan bir düzenleme ile birinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlık eğitimi tekrar gündeme gelmiştir. 1962 yılında çıkarılan tüzükte bir değişiklik yapılarak toplum sağlığı uzmanlığı eğitimi verilmeye başlanmıştır. (39)Toplum sağlığı uzmanlarının eğitim süresi 36 ay olup bu eğitim sürekli veya aralıklı olarak hastanelerde yapılacak altışar aylık dört dönem eğitim (24 ay), Hıfızısıhha Okulunda alınacak halk sağlığı eğitimi (6 ay) ve sağlık ocaklarında yapılacak bir stajdan (6 ay) oluşmaktadır(39). Aynı tüzükte halk sağlığı uzmanlığının da bulunuyor olması toplum sağlığı uzmanlarının sağlık ocakları için yetiştirildiğini düşündürmektedir. 1973 yılında tıpta uzmanlık tüzüğü tekrar değiştirilmiş ve toplum sağlığı uzmanlığı uzmanlık listesinden çıkarılmıştır(40).

Aynı dönemdeki birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirilecek olursa, 1963-1965 arasında çıkarılan yasa gayet başarılı şekilde uygulanırken1966 yılı ve sonrasında başarısız bir uygulama halini almıştır(41). Nusret Fişek bu başarısızlığın sebeplerini 6 başlık altında toplamıştır. Bu başlıklardan biri de hekim ve sağlık personelinin fakülte ve okullarda hizmetin gereklerine uygun şekilde yetiştirilmemiş olmasıdır(41).

2005 yılından itibaren birinci basamakta yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu yapılanmada bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilirken, daha önce hükümet tabipleri, sağlık merkezleri ve sonrasında sağlık grup başkanlıkları ile sağlık ocakları tarafından verilen hizmetler

ise toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında pilot olarak ilk düzce ilimizde başlamış ve 2010 yılında 81 il kapsam alanına alınmıştır. Uzmanlık eğitimi mevzuatının tarihsel sürecine bakıldığında, dünyadaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde Genel Tıp/Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1947 yılında başlamış, değişik isimlerle, 1962-1983 yılları arasındaki 20 yıllık süre dışında uzmanlık eğitim programlarında hep yer almıştır (42).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında sağlık hizmet sistemlerinde kalite, maliyet etkinlik ve hakkaniyete ulaşılmasında birinci basamak hekimliğinin merkezi bir role sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu önemli rolün kendine has özellikleri ve farklı modelleri içermesi nedeniyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yapılması gerektiğine karar verilmiştir (43). Aynı tarihte, DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) imzasının olduğu bildirmede, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır. Bugün gelinen noktada aile hekimliği alanında verilecek birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından verilmesi konusunda kuşku yoktur(42).

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık dalı 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır ve 1985 yılından beri bu alanın uzmanlarının eğitimlerine başlanmıştır (44). Eęitimlere Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde başlanmış olup, ilk anabilim dalı 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde kurulmuştur (42).

Avrupa Birliği'nin hekimlik uygulamaları için mezuniyet sonrası en az 2 yıllık uzmanlık eğitimini şart koşması ve TC Sağlık Bakanlığı'nın da uzmanlık eğitimi olmaksızın hekim alımı son tarihi olarak 2017 yılını belirlemiş olması aile hekimliği uzmanlık eğitimini daha da önemli kılmaktadır (42).

Türkiye 2015 yılı itibariyle 78.741.053 nüfusa sahip bir ülkedir. Avrupa ortalaması olan aile hekimi başına 2500 civarında nüfus düşebilmesi için uygulamaya her yıl katılması gereken yeni hekim sayısının; 2017 yılında yaklaşık

1800 ve 2025 yılında ise 2380 olması öngörülmektedir. Bu durumda 2013 yılında 2300 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, 115 eğitim merkezi ve 575 alan eğitimcisine ihtiyaç olacağı hesaplanmıştır(45).

Diğer taraftan, aile hekimliği uygulamasının koruyucu hekimliği ve periyodik sağlık muayenelerini öncelikli olarak tutmasıdaönemli bir konudur. Batı ülkelerinde ana ölüm nedenleri tütün kullanımı (%18,1), kötü beslenme ve hareketsizlik (%15,2) ve alkol kullanımıdır (%3,5) (46). Türkiye’de de durum giderek bu rakamlara benzemektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü araştırmasında da ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk üç hastalık iskemik kalp hastalığı (%21,7), serebrovasküler hastalıklar (%15,0) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%5,8) olarak belirlenmiştir (47).Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve tedavi maliyeti yüksek olan bu hastalıklardan korunma ve hastalık yönetimi için sürekli ve nitelikli bakım sunabilecek, birinci basamakta koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bilgilere sahip uzman hekimlere gereksinim vardır. Bu bilgilerancak uluslar arası standartlara uygun verilecek uzmanlık eğitimi ile edinileceğinden birinci basamakta çalışacak bütün aile hekimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olması gerekmektedir(48).

Aile hekimleri topluma dayalı ve tanımlanmış bir nüfusa sağlık hizmeti sunduklarından hepsi önlenebilir olanen önemli sağlık sorunlarıyla mücadele etmede en avantajlı sağlık hizmeti vericisikonumundadırlar. Koruyucu hizmetleri açısından bakıldığında da Türkiye aile hekimliği uzmanlık eğitimine önem verilmesi gereken bir ülkedir(48).

Tüm belirtilen faktörler dikkate alınarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı, uluslararası uzmanlık eğitim standartları gözetilerek, ülkenin sağlık değişkenleri öncelenerek ve ülkemiz koşullarına uygun olarak biçimlendirilerek oluşturulmuştur(5).

2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2.4.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün dönemlerinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sürekli şekildedesağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilen tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (42).

Özellikleri

- a. İlk temas noktası olması
- b. Kolay ulaşılabilir olması
- c. Entegre ve koordine çalışması
- d. Sürekli olması
- e. Bütüncül, biyopsikososyal yaklaşım göstermesi
- f. Kişisel, aile ve toplum yönelimli olması
- g. Gizlilik ve yakınlık göstermesi
- h. Savunuculuk
- i. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı
- j. Özgün görüşme ve klinik karar verme süreci
- k. Ekip hizmeti vermesi. (42)

Çekirdek Yeterlilikleri

- a. Birinci basamak yönetimi
- b. Kişi/Hasta merkezli bakım
- c. Özgün problemleri çözebilme
- d. Kapsamlı yaklaşım
- e. Toplum yönelimli olma

f. Bütüncül yaklaşım-modelleme. (42)

2.4.2. Aile Hekimliği Uzmanının Tanımı

2.4.2.1.Klinisyen Aile Hekimi

Aile hekimliğinde tüm klinik uygulamalar multidisipliner bir ekip çalışması ile biyopsikososyal yaklaşımla ve kişi merkezli yürütülür.

A. Bireyin Sağlık Yönetimi (Koruyucu/Tedavi edici hekimlik)

1. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması
2. Sağlıklı bireyin izlenmesi
3. Hasta yönetimi
4. Toplumun sağlık eğitimi

B. Hastalık yönetimi

1. Kişileri risk etmenlerine göre değerlendirmek, riskli bireyleri saptamak (risk yönetimi-birincil koruma)
2. Kanıta dayalı birinci basamak rehberlerinin kullanımı
3. Riskli bireylere danışmanlık vermek (birincil koruma)
4. Riskli bireyleri belli aralıklarla taramak
5. Hasta kişileri belirlemek-Tanı koymak
6. Tedavi uygulamak
7. Hastalığın komplikasyonlarını önlemek (ikincil korunma)
8. Rehabilitasyon (üçüncül koruma).(42)

2.4.2.2. Araştırmacı Aile Hekimi

1. Epidemiyolojide Temel Kavram, İlke ve Yöntemleri Benimseme
2. Araştırma Planlama ve Yürütme
3. Eleştirel Makale Okuma
4. Bilimsel Makale Yazma
5. Bildiri ve Poster Hazırlama

6. Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı .(42)

2.4.2.3. Eğitici Aile Hekimi

Bireye ve topluma yönelik sağlık eğitimi, birinci basamak çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim, saha eğiticiliği

1. Danışmanlık
2. Yetişkin Eğitimi İlkeleri
3. Etkileşimli Eğitim Yöntemleri
4. Yeterliğe Dayalı Eğitim
5. Probleme Dayalı Öğrenim
6. Kurs Planlama ve Yürütme
7. Hasta Hekim İletişimi:
 - I. Aile hekimliğinde iletişim
 - II. Görüşme teknikleri
 - III. Zor hasta
 - IV. Hasta eğitimi ve danışmanlık
 - V. Kötü haber verme(49)

2.4.2.4. Yönetici Aile Hekimi

1. Hasta kayıtları ve rapor oluşturma
2. Personel yönetimi
3. Kriz afet yönetimi. (49)

2.4.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık eğitimi alan hekimin, aile hekimliği tanımı içinde bulunan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık veya yöneticilik vasıflarının geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu eğitimin hedefleri:

1. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi
2. Toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması
3. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması
4. Bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi
5. Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi
6. Sağlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır(50).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri(50).

Ülkemizde yetişmiş aile hekimi uzmanı sayısı yetersiz olduğundan ve sağlık reformu çalışmaları sebebiyle, geçiş dönemi eğitimlerinin tamamlanacağı tarihe kadar geçerli olmak üzere, bir geçici maddeyle düzenlenmek koşuluyla Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi'nin 36 aylık bir müfredatla yürütülmesi Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu-Yürütme Kurulu (TAHYK-YK) tarafından uygun görülmektedir (48).

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 36 aydır. Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21-23.06.2010 tarih ve 80 numaralı kararı gereğince Bu süre aşağıdaki bileşenlerden oluşur:

Aile Hekimliği - 18 ay

(Bu rotasyon içinde 1'er aylık en az 2 seçmeli rotasyon önerilir, geçerli mevzuat çerçevesinde, asistanın bilgi-görgüsünü artırmak amaçlı planlanabilir.)

İç Hastalıkları -4 ay

Kardiyoloji- 1 ay

Göğüs Hastalıkları- 1 ay
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları -5 ay
Kadın Hastalıkları ve Doğum - 4 ay
Genel Cerrahi - 1 ay
Psikiyatri - 2 ay(48).

Tablo 1. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bileşenleri

Kodu	Programı Bileşenleri	Süre
AHEK	AHEK Programı <i>Poliklinik, uyum çalışması, toplum hekimliği ve tıp etiği çalışmalarının değerlendirilmesi, serbest çalışma zamanları, tez çalışması, birinci basamak uygulaması gibi farklı modüllerden oluşmaktadır. AHEK programı, uzmanlığın ilk ayında başlar ve 12 aylık büyük bölümü uzmanlığın son döneminde olmak üzere, üç yıla yayılmış olarak uygulanır.</i>	18 ay
İH	İç Hastalıkları Programı <i>Servis, acil, genel dahiliye poliklinik programlarından oluşmaktadır.</i>	4 ay
ÇSH	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Programı <i>Genel pediatri servis ve poliklinik ile çocuk acil, programlarından oluşmaktadır.</i>	5 ay
KHD	Kadın Hastalıkları ve Doğum Programı <i>Servis, acil, jinekoloji, menopoz, antenatal poliklinikleri ve obstetri programlarından oluşmaktadır.</i>	4 ay
GC	Genel Cerrahi Programı <i>Poliklinik, küçük cerrahi girişim ve acil yaklaşım programlarından oluşmaktadır.</i>	1 ay
RSH	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Programı <i>Servis ve poliklinik programlarından oluşmaktadır.</i>	2 ay
KAR	Kardiyoloji <i>Poliklinik programından oluşmaktadır.</i>	1 ay
GH	Göğüs Hastalıkları <i>Poliklinik programından oluşmaktadır.</i>	1 ay
Toplam		36 ay

(48)

Bu eğitim programının başında aile hekimliği anabilim dalı başkanı bulunur. Anabilim dalında bulunan diğer eğitimcilerde bu programda yardımcı olarak görev alır. Aile hekimliği ana bilim dalı bu eğitimi sürdürürken sağlık bakanlığı birinci basamak sağlık kuruluşları, sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastaneleri ile de işbirliği yapar (48).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlayacak kişide aranan özellikler tıp fakültesinden mezun olmak ve TUS ile bu programa yerleştirilmiş olmasıdır.

Aile hekimliği asistanlığı süresince uygulanacak eğitim programı TUKMOS tarafından şöyle belirlenmiştir.

BİRİNCİ YIL

AİLE HEKİMLİĞİ – 1 ay AH uyum eğitimi 1 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği)

(1. ay)

ROTASYON – 4 ay İç Hastalıkları (2 – 5. aylar)*

AİLE HEKİMLİĞİ – 1 ay AH uyum eğitimi 2 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (6. ay)

ROTASYON – 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum (7 – 10. aylar)*

AİLE HEKİMLİĞİ – 2 ay AH uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği

Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (11 – 12. aylar)

* İç Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonları duruma göre yer değiştirebilir.(5)

İKİNCİ YIL

ROTASYON – 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (13 – 17. aylar)**

AİLE HEKİMLİĞİ – 2 ay (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, 18 ve 19. aylar) Tez çalışmasının araştırma kısmının başlatılması

ROTASYON – 1 ay Genel Cerrahi (20. ay)**

ROTASYON – 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (21 – 22. aylar)**

ROTASYON – 1 ay Kardiyoloji (23. ay)**

ROTASYON – 1 ay Göğüs Hastalıkları (24. ay)**

** İkinci yıl rotasyonları duruma göre kendi aralarında yer değiştirebilirler(5).

ÜÇÜNCÜ YIL

AİLE HEKİMLİĞİ – 12 ay Aile Hekimliği uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı /

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (25 – 36. aylar)

TEZ DEĞERLENDİRMESİ –Bitirme sınavının öncesinde

BİTİRME SINAVI – Son ay içinde. (5)

2.4.3.1 Aile Hekimliği Alan/Saha Eğitimi

Eğitim süresi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı/Kliniği Eğitim sorumlusu tarafından uygun görülecek şekilde ilk bölümü uzmanlık eğitiminin başlangıcında uyum eğitimi içerikli olacak şekilde, rotasyon aralarına bölünerek uygulanabileceği gibi, bütün olarak da uygulanabilir(48).

Önerilen uygulama; toplam 18 aylık aile hekimliği alan/saha eğitimi süresinin;2 ay uzmanlık eğitiminin başında (AH uyum eğitimi), 2 ay ilk yılın sonunda, 2 ay ikinci yılın sonunda,12 ay uzmanlık eğitim süresinin sonunda (üçüncü yılın tamamı) yer alacak şekilde düzenlenmesidir.

Aile Hekimliği klinik uygulama eğitimi; üniversitelerin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezleri ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde bulunan Aile Hekimliği polikliniklerinde ve ilgili mevzuat gereğince bu kurumlarca kurulmuş ya da bu kurumlara tahsis edilmiş Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülür. Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde, ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı/Kliniğinin tüm öğretim elemanlarının yanında TAHYK mevzuatında tanımlanan yeterliliklere sahip Eğitici Aile Hekimliği uzmanlarının istihdamı ve eğitici olarak görev yapmaları esastır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri, bu müfredatın uygulamaya geçmesinden itibaren beş(5) yıl içinde TAHYK akreditasyon kriterlerini yerine getirip ilgili sertifikaya sahip olmalıdır(50).

2.4.3.2. İç Hastalıkları Rotasyonu

1 ayı acil dâhiliye polikliniğinde, 2 ayı genel dâhiliye polikliniğinde,1 ayıda genel dâhiliye kliniğinde olacak şekilde toplam 4 aylık bir rotasyon süresi vardır (48).İç hastalıkları rotasyonunu tamamlamış bir aile hekimi asistanı aşağıdaki görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Dâhili yakınmaları tanımalı, ayırıcı tanısını yapabilmeli.
- ✓ Müfredatta iç hastalıkları rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda yeterli bilgi sahibi olmalı
- ✓ Tanı testlerinin etkin kullanabilmelidir.
- ✓ Dâhili acilleri anlayabilmeli ve müdahale edebilmelidir.
- ✓ Tanısını koyduğu hastalardan hastanede yatmayı gerektiren durumu olanları yatırabilmelidir.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalıdır.
- ✓ Etkin konsültasyon isteyebilmelidir.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmelidir.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmelidir.
- ✓ Yatan hastanın tedavisini ve izlemini öğrenmelidir.
- ✓ Klinik uygulamalarda, ilaç ve ilaç kombinasyonlarının kullanımını bilmelidir.

- ✓ Hasta ve yakınını yapılacak işlemler hakkında bilgilendirmeli ve bakım kararlarına dahil etmelidir.
- ✓ Dahili semptomları olan hastalardan iç hastalıkları uzmanı tarafından görülmesi gereken hastaları ayırt edip bunları uygun sevk koşullarını sağlayarak sevk edebilmelidir.
- ✓ Terminal dönem hasta ve ailesine yaklaşımı bilmeli, tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli.
- ✓ Hastanın taburcu edilme kriterlerini bilmelidir.
- ✓ Taburcu notu (epikriz) yazmayı bilmelidir.
- ✓ Terminal dönem hasta ve ailesine yaklaşımı bilmeli, tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmelidir.(50)

2.4.3.3.Kardiyoloji Rotasyonu

Süresi 1 ay olup kardiyoloji polikliniğinde geçirilir(48).Müfredat içeriğine uygun öğrenim hedefleri doğrultusunda ayaktan hasta değerlendirmesi ve yönetimi konusunda deneyim sahibi olunur.Kardiyoloji rotasyonunu tamamlamış bir aile hekimi asistanı aşağıdaki görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Kardiyovasküler hastalıklara ait yakınmaları tanımalı, ayrıcı tanısını yapabilmeli.
- ✓ Müfredatta kardiyoloji rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda deneyim kazanmalı.
- ✓ Tanı testlerinin etkin kullanılmasında deneyim kazanmalı.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmeli.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmeli.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalı. (50)

2.4.3.4.Göğüs Hastalıkları rotasyonu

Süresi 1 ay olup tamamı poliklinikte geçirilir(48).Amacı göğüs hastalıkları ile ilgili şikayeti olan ayaktan hastaların değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda

deneyim sahibi olmaktır. Göğüs rotasyonunu bitiren bir aile hekimi asistanı aşağıdaki görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Solunum sistemi hastalıklarına ait yakınmaları tanımalı, ayırıcı tanısını yapabilmeli.
- ✓ Müfredatta göğüs hastalıkları rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda deneyim kazanmalı
- ✓ Göğüs hastalıkları ile ilgili acil durumu olan hastaları tanıyabilmeli ve gerekli müdahaleleri yapabilmelidir.
- ✓ Tanı testlerini etkin kullanabilmelidir.
- ✓ Solunum sistemi ile ilgili şikayeti olan hastalardan yatması gerekenleri tanıyıp yatırabilmeli ve tedavisini düzenleyebilmelidir.
- ✓ Solunum sistemi ile ilgili şikayetleri olan hastalardan göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilmesi gereken hastaları tanıyıp sevkini yapabilmelidir.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlığı hakkında deneyim kazanmalıdır.(50)

2.4.3.5.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu

1 ayı çocuk acil polikliniğinde 2 ayı poliklinikte 2 ayda klinikte olmak üzere toplam süresi 5 aydır(48). Bu rotasyonun genel amacı birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; tüm çocukluk döneminde sağlığı korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek çocukluk çağı sağlık sorunlarının çözümü için gerekli bilgi, beceri ve tutumlarını yenilemiş, gözden geçirmiş ve/veya edinmiş olmaktır. Çocuk sağlığı ve hastalığı rotasyonunu bitirmiş bir aile hekimi asistanı aşağıdaki görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Sağlıklı çocuk gelişimini ve izlenmesini bilmeli,
- ✓ Aşılama, tarama test ve muayeneleri gibi koruyucu hekimlik yaklaşımlarını bilmelidir.
- ✓ Acil durumlarda ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli.
- ✓ Hastanın bir üst merkeze nakli konusunda karar verebilmeli ve uygun koşulları sağlayabilmeli.

- ✓ Tanı testlerinin etkin kullanımında deneyim kazanmalı.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmeli.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalı.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmelidir.
- ✓ yatan hastanın tedavisini ve izlemine öğrenmeli.
- ✓ Hasta ve yakınını yapılacak işlemler hakkında bilgilendirmeli ve bakım kararlarına dahil etmeli.
- ✓ Klinik uygulamalarda, ilaç ve ilaç kombinasyonlarının kullanımını bilmeli.
- ✓ Etkin konsültasyon isteyebilmeli.
- ✓ Hastanın taburcu edilme kriterlerini bilmeli.
- ✓ Taburcu notu (epikriz) yazmayı bilmeli.
- ✓ Terminal dönem hasta ve ailesine yaklaşımı bilmeli, tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmelidir.(50)

2.4.3.6. Kadın Hastalıkları ve Doğum Rotasyonu

1 ayı poliklinikte 3 ayı klinikte olmak üzere toplam süresi 4 aydır(48).Bu rotasyonun genel amacı birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak için; tüm çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş dönemlerinde sağlığı korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek kadın sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili sağlık sorunlarının çözümü için gerekli bilgi, beceri ve tutumları bilgi, beceri ve tutumlarını yenilemiş, gözden geçirmiş veya edinmiş olmaktır. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunu bitirmiş bir aile hekimi asistanı aşağıda belirtilen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Obstetrik ve/veya jinekolojik yakınmaları tanımalı, ayırıcı tanısını yapabilmeli
- ✓ Jinekolojik birincil ve ikincil koruyucu hekimlik yaklaşımlarını bilmeli ve hastayı bu konuda eğitebilmelidir.
- ✓ Kendine başvuran hastalara cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı hizmeti ve eğitimi verebilmeli
- ✓ Gebe muayenesi ve takibini yapabilmeli

- ✓ Gebelikte güvenli ilaç kullanımını bilmeli.
- ✓ Riskli gebelikleri tanımalı.
- ✓ Lohusalık döneminde oluşabilecek sağlık sorunlarını yönetebilmeli.
- ✓ Müfredatta kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda deneyim kazanmalı.
- ✓ Girişimsel ve girişimsel olmayan işlemlere ait becerileri kazanmalı.
- ✓ Tanı testlerinin etkin kullanılmasında deneyim kazanmalı.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmeli.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalı.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmeli.
- ✓ Obstetrik ve/veya jinekolojik acil durumlarda ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli. Hastanın bir üst merkeze nakli konusunda karar verebilmeli ve uygun koşulları sağlayabilmeli.
- ✓ Jinekolojik ve/veya obstetrik nedenlerle yatan hastanın tedavisini ve izlemine öğrenmeli.
- ✓ Normal vajinal doğum yaptırabilmeli.
- ✓ Hasta ve yakını yapılacak işlemler hakkında bilgilendirmeli ve bakım kararlarına dahil etmeli.
- ✓ Klinik uygulamalarda, ilaç ve ilaç kombinasyonlarının kullanımını bilmeli.
- ✓ Etkin konsültasyon isteyebilmeli.
- ✓ Hastanın taburcu edilme kriterlerini bilmeli, taburcu notu (epikriz) yazmayı bilmeli.
- ✓ Terminal dönem hasta ve ailesine yaklaşımı bilmeli, tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli. (50)

2.4.3.7.Genel Cerrahi Rotasyonu

1 ayı acil polikliniğinde 1 ayı klinikte olmak üzere toplam süresi 2 aydır(48). Bu rotasyonun amacı acil durumlarda ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli. Hastanın hastaneye yatırılması ve/veya bir üst merkeze nakli konusunda karar verebilmeli ve uygun koşulları sağlayabilmesidir. Genel cerrahi rotasyonunu bitiren

bir aile hekimi asistanı aşağıda belirtilen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Hızlı, etkin öykü alabilmeli ve fizik muayene yapabilmeli.
- ✓ Acil cerrahi vakalarda ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli ve hastayı etkin bir şekilde gözlem altında tutabilmeli.
- ✓ Hayat kurtarıcı acil girişimsel ve girişimsel olmayan işlemleri bilmeli ve uygulayabilmeli.
- ✓ Acil tetkik ve testleri etkin kullanabilmeli ve yorumlayabilmeli.
- ✓ Gerekli olabilecek ileri tetkik ve testleri hızlı ve etkin bir biçimde planlayarak uygulayabilmeli.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini bilmeli, konsültasyonu etkin kullanabilmeli. Hastanın bir üst merkeze nakli ve hastaneye yatırılması konusunda karar verebilmeli ve uygun koşulları sağlayabilmeli.
- ✓ Sık kullanılan acil ilaçların etkinliğini, güvenilirliğini, etkileşimlerini ve yan etkilerini bilmeli ve bu ilkelere uygun acil tedavi düzenleyebilmeli.
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarına kötü haber vermeyi bilmeli, gerekli olan durumlarda tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli.
- ✓ Acil tedavi sonrası hastanın taburculuğunu ve taburculuk sonrasını planlayabilmeli. Acil servis ekibini etkin bir şekilde organize edebilmeli.
- ✓ Cerrahi hastalıklara ait yakınmaları tanımalı, ayırıcı tanısını yapabilmeli.
- ✓ Müfredatta cerrahi rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda deneyim kazanmalı.
- ✓ Tanı testlerinin etkin kullanılmasında deneyim kazanmalı.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmeli.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalı.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmeli.(50)

2.4.3.8. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu

1 ayı poliklinikte 1 ayı klinikte olmak üzere toplamda 2 ay sürelidir(48).Bu rotasyonun amacı Birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere; tüm yaş gruplarında ruh sağlığını korumak, geliştirmek ve karşılaşılabilecek ruh sağlığı ile

ilgili sorunların tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyonu ile ilgili uygulamalarda görev almak için gerekli bilgi, beceri ve tutumlarını yenilemiş, gözden geçirmiş ve/veya edinmiş olmalıdır. Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu bitirmiş bir aile hekimi asistanı aşağıdaki görev ve sorumlulukları yerine getirebilmelidir.

- ✓ Psikiyatrik yakınmaları tanımalı, ayırıcı tanısını yapabilmeli.
- ✓ Müfredatta psikiyatri rotasyonu kapsamında yer alan semptom ve hastalıkların yönetimi konusunda deneyim kazanmalı.
- ✓ Acil durumlarda ayırıcı tanı ve ilk müdahaleyi yapabilmeli.
- ✓ Psikiyatride sık kullanılan ilaç ve kombinasyonlarının etkinliğini, güvenliğini, etkileşimlerini ve yan etkilerini bilmeli.
- ✓ Hastaneye yatırma kriterlerini bilmeli.
- ✓ Hasta eğitimi ve danışmanlık deneyimi kazanmalı.
- ✓ Sevk ve konsültasyon kriterlerini ve sınırlılıklarını bilmeli.
- ✓ Yatan hastanın tedavisini ve izlemini öğrenmeli.
- ✓ Hasta ve yakınını yapılacak işlemler hakkında bilgilendirmeli ve bakım kararlarına dahil etmeli.
- ✓ Klinik uygulamalarda, ilaç ve ilaç kombinasyonlarının kullanımını bilmeli.
- ✓ Etkin konsültasyon isteyebilmeli.
- ✓ Hastanın taburcu edilme kriterlerini bilmeli.
- ✓ Taburcu notu (epikriz) yazmayı bilmeli.
- ✓ Psikiyatrik hasta ve ailesine yaklaşımı bilmeli, tıbbi ve psikolojik destek sağlayabilmeli. (50)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Niteliği

Aile hekimliği asistanlarının, mezuniyet sonrası eğitim ortamı algıları bu algının alt grupları olan mesleki özerklik algısı, eğitim niteliği algısı, sosyal destek algılarını ve bu algıları etkileyen faktörleribelirlemeye yönelik olan bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırma Evreni

Türkiye’de tıp fakülteleri ve araştırma hastanelerinde eğitim gören tüm aile hekimliği asistanlarıaraştırmanın evrenini oluşturacaktır.Türkiye’de araştırmanın yapıldığı tarihlerde toplam 1000 civarı aile hekimliği asistanı mevcuttu.

3.3.Örneklem Miktarı

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, Harun Balcıoğlu’nun “Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Ortamı Algılamaları ve Buna Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tezinden yararlanılmıştır (51).

Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerindeki eğitim ortamı ölçeği puan ortalamaları arasında 9,5 puanlık farkı %80 güçle ve %5 hata ile H0 hipotezi için ortalama:75,4 ve alternatif hipotez ortalaması:84,9 ile grup standart sapmaları sırasıyla 21,5 ve 21 olarak tahmin edildiğinde her bir grupta 80 ve 80 olmak üzere toplam 160 aile hekimi asistanının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır.

3.4.Örneklem Seçimi

Çalışmamıza Türkiye geneli üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanlarından ulaşabildiğimiz ve çalışmaya katılamayı kabul eden 160 kişi katılmıştır.

3.5.Etik Kurul ve İzinler

Bu proje için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan izin alınmıştır(Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/174 Tarih: 28.04.2016) (Ek:2)

3.6.Araştırma Protokolü

Çalışmaya katılanTürkiye geneli üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören 160 aile hekim asistanına elektronik ortamdan ulaşarak anketimizi doldurmaları sağlanmıştır. Anketimizde eğitim ortamlarını objektif değerlendirebilmek için güvenilirliği ve geçerliği gösterilmiş Eğitim Ortamı Algı Ölçeği uygulanmıştır.(51)Araştırmamızdaki bağımsız değişkenleri sorgulamak amacı ile ölçek formunun başına katılımcının yaşı, cinsiyeti, yaşadığı şehir, mezun olduğu üniversite,çalıştığı hastane ve daha önce yaptığı hekimlik süresi gibi demografik veriler eklenmiştir.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

1. Bağımlı değişken: Aile hekimliği asistanlarının eğitim ortamı algıları
2. Bağımsız değişkenler:

Çalıştığı Hastane

Yaşadığı Şehir

Yaş

Cinsiyet

Kaçıncı yıl asistanı olduğu

Hekim olarak çalıştığı yıl sayısı

Mezun olunan tıp fakültesi

İstediği alanda uzmanlık eğitimi alıp almadığı

Alanına ilişkin bilgileri edindiği kaynak türü

3.7.Veritoplama Araçlarının Uygulanması

Anketimiz Türkiye genelinde bulunan üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanlarına elektronik ortamda gönderilerek uygulandı. Katılımcıların objektif cevap vermeleri için adı-soyadı bilgileri istenmedi.

Çalışmada veri toplamak ve eğitim ortamı ile ilgili uzmanlık öğrencisi algısını araştırmak için Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği –MESHEÖ (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure - PHEEM) kullanılmıştır. Ölçek, İngiltere’de Roff ve arkadaşları tarafından klinik eğitim ortamının değerlendirilmesi için geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Anketi geliştiren ekip, ölçekle ilgili çalışmalarını 2000 yılı Ocak ayında başlatmışlar, daha sonra maddelerin içerik geçerliği için hedef grup katılımcılarla yapılan odak grup görüşmeleri, nominal gruplar ve bir Delphi paneli ile kuram oluşturma (Grounded Theory) yaklaşımını kullanarak iki fazlı bir çalışma yürütmüşlerdir. (52)“Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM)” 40 (kırk) maddeli bir ölçektir. Ölçekte kullanılan beşli likert skalasının yanıtları “kesinlikle katılıyorum (4), katılıyorum(3), kararsızım(2), katılmıyorum(1), hiç katılmıyorum(0)” şeklinde hazırlanmıştır. Ölçek toplam skoru maddeler için yapılan tercihlerin (4’ten 0’a) puan karşılıklarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır(51, 52).

Kırk maddelik ölçekte olumsuz anlam yükü içeren dört madde vardır (7,8,11,13.maddeler). Değerlendirme yaparken bu maddelerdeki önermeler için likert puan karşılıklarının ayna görüntüleri esas alınmalıdır(4 için 0, 3 için 1 puan gibi).

Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği–MESHEÖ

1. Uzmanlık eğitimime başlarken çalışma saatlerim hakkında bilgilendirildim.
2. Klinik eğiticilerim beklentilerini açıkça söylerler.
3. Çalıştığım klinikte eğitimime zaman ayırabiliyorum.
4. Uzmanlık eğitimine başlarken uyum eğitimi yapıldı.

5. Çalıştığım klinikteki sorumluluğum seviyeme uygundur.
6. Her zaman kıdemli gözetiminde desteklenerek çalışırım.
7. Bu klinikte etnik ayrımcılık vardır.
8. Bilgi ve becerime uygun olmayan görevleri de yerine getirmek zorundayım.
9. Bilgilendirici bir asistan elkitabı vardır.
10. Klinik eğiticilerimin iletişim becerileri iyidir.
11. Gereksiz yere göreve çağırılırım.
12. Eğitim programlarına etkin biçimde katılabiliyorum.
13. Çalıştığım klinikte cinsiyet ayrımcılığı yapılmaktadır.
14. Bu klinikte uygulanacak tanı ve tedavi protokolleri açık biçimde tanımlanmıştır.
15. Klinik eğiticilerim işlerini şevkle, hevesle yaparlar.
16. Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içinde çalışabiliyorum.
17. Çalışma saatlerim haftalık yasal çalışma süresi ile uyumludur.
18. Hastalara sunduğum hizmetin sonuçlarını izleme fırsatım var.
19. Mesleki kariyerime ilişkin uygun ve yeterli danışmanlık alabiliyorum.
20. Bu hastanede asistanlar için yeterli ve uygun asistan odası (özellikle de nöbet odası) vardır.
21. Gereksinimlerime uygun bir eğitim programı vardır.
22. Kıdemlilerimden düzenli olarak geribildirim alırım.
23. Klinik eğiticilerim planlı-programlı çalışır.
24. Bu hastane ortamında kendimi fiziksel olarak güvende hissediyorum.
25. Bu klinikte (uzmanlık eğitimi sırasında) asistanları suçlama alışkanlığı yoktur.
26. Nöbette çıkan yemekler iyidir.
27. Gereksinimlerime yönelik yeterli klinik öğrenme fırsatım var.
28. Klinik eğiticilerimin eğitim ve öğretim becerileri iyidir.
29. Kendimi burada çalışan ekibin bir parçası gibi hissediyorum.
30. Asistanlık dönemime uygun mesleki (pratik, klinik) becerileri kazanma fırsatım var.
31. Klinik eğiticilerime ihtiyacım olduğunda kolayca ulaşabiliyorum.

32. İş yüküm bence uygun.
 33. Klinikteki kıdemlilerim öğrenme fırsatlarını iyi değerlendirirler.
 34. Burada aldığım eğitim bana iyi bir uzman hekim olacağımı hissettiriyor.
 35. Klinik eğiticilerim aynı zamanda iyi birer danışman ve “akıl hocası” dır.
 36. İşimden çok keyif alıyorum.
 37. Klinik eğiticilerim kendi kendine öğrenme konusunda beni teşvik eder.
 38. Bu klinikte, eğitimini tamamlamada eksikliği olanlar için danışmanlık alabilecek fırsatlar vardır.
 39. Klinik eğiticilerim güçlü ve zayıf yanlarımı bana uygun biçimde söylerler.
 40. Klinik eğiticilerim karşılıklı saygıya dayanan bir çalışma ortamı sağlarlar
- MESHEÖ bütün olarak değerlendirildiğinde, 40 maddenin toplam skoru 160’tır. Roff ve arkadaşları ölçek toplam skorunun değerlendirilmesi için aşağıda gösterilen nitelermeleri kullanmaktadır (51, 52).

MESHEÖ toplam skor değerlendirmesi(51, 52)

0-40	Çok Yetersiz eğitim ortamı
41-80	Sorunlu eğitim ortamı
81-120	Olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı
121-160	Mükemmel eğitim ortamı

Roff ve arkadaşları uzmanlık öğrencilerinin hastane eğitim ortamı ile algılamalarına değerlendiren ölçeğin 40 maddelik içeriğini üç alt grupta tanımlamıştır. Bu alt gruplar mesleki özerklik algısı, eğitim niteliği algısı ve sosyal destek algısıdır. Bu alt grupların madde dağılımları aşağıda gösterilmiştir.

MESHEÖ alt grupları(51, 52)

I- Mesleki özerklik algıları:

- 1 Uzmanlık eğitimime başlarken çalışma saatlerim hakkında bilgilendirildim.
- 4 Uzmanlık eğitimine başlarken uyum eğitimi yapıldı.
- 5 Çalıştığım klinikteki sorumluluğum seviyeme uygundur.

- 8 Bilgi ve becerime uygun olmayan görevleri de yerine getirmek zorundayım.
- 9 Bilgilendirici bir asistan elkitabı vardır.
- 11 Gereksiz yere göreve çağırılıyorum.
- 14 Bu klinikte uygulanacak tanı ve tedavi protokolleri açık biçimde tanımlanmıştır. 17 Çalışma saatlerim haftalık yasal çalışma süresi ile uyumludur.
- 18 Hastalara sunduğum hizmetin sonuçlarını izleme fırsatım var.
- 29 Kendimi burada çalışan ekibin bir parçası gibi hissediyorum.
- 30 Asistanlık dönemime uygun mesleki (pratik, klinik) becerileri kazanma fırsatım var.
- 32 İş yüküm bence uygun.
- 34 Burada aldığım eğitim bana iyi bir uzman hekim olacağımı hissettiriyor.
- 40 Klinik eğiticilerim karşılıklı saygıya dayanan bir çalışma ortamı sağlarlar.

Bu alt gruptaki 14 madde için toplam maksimum skor 56'dır.

II- Eğitim niteliği algıları: (51, 52)

- 2 Klinik eğiticilerim beklentilerini açıkça söylerler.
- 3 Çalıştığım klinikte eğitimime zaman ayırabiliyorum.
- 6 Her zaman kıdemli gözetiminde desteklenerek çalışırım.
- 10 Klinik eğiticilerimin iletişim becerileri iyidir.
- 12 Eğitim programlarına etkin biçimde katılabiliyorum.
- 15 Klinik eğiticilerim işlerini şevkle, hevesle yaparlar.
- 21 Gereksinimlerime uygun bir eğitim programı vardır.
- 22 Kıdemlilerimden düzenli olarak geribildirim alırım.
- 23 Klinik eğiticilerim planlı-programlı çalışır.
- 27 Gereksinimlerime yönelik yeterli klinik öğrenme fırsatım var.
- 28 Klinik eğiticilerimin eğitim ve öğretim becerileri iyidir.
- 31 Klinik eğiticilerime ihtiyacım olduğunda kolayca ulaşabiliyorum.
- 33 Klinikteki kıdemlilerim öğrenme fırsatlarını iyi değerlendirirler.
- 37 Klinik eğiticilerim kendi kendine öğrenme konusunda beni teşvik eder.

39 Klinik eğitimcilerim güçlü ve zayıf yanlarımı bana uygun biçimde söylerler.

Bu alt gruptaki 15 madde için toplam maksimum skor 60'dır.

III- Sosyal destek algıları:(51, 52)

7 Bu klinikte etnik ayrımcılık vardır.

13 Çalıştığım klinikte cinsiyet ayrımcılığı yapılmaktadır.

16 Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içinde çalışabiliyorum.

19 Mesleki kariyerime ilişkin uygun ve yeterli danışmanlık alabiliyorum.

20 Bu hastanede asistanlar için yeterli ve uygun asistan odası (özellikle de nöbet odası) vardır.

24 Bu hastane ortamında kendimi fiziksel olarak güvende hissediyorum.

25 Bu klinikte (uzmanlık eğitimi sırasında) asistanları suçlama alışkanlığı yoktur.

26 Nöbette çıkan yemekler iyidir.

35 Klinik eğitimcilerim aynı zamanda iyi birer danışman ve "akıl hocası"dır.

36 İşimden çok keyif alıyorum.

38 Bu klinikte, eğitimini tamamlamada eksikliği olanlar için danışmanlık alabilecek fırsatlar vardır.

Bu alt gruptaki 11 madde için toplam maksimum skor 44'dür. Olumsuz ifadeli maddeler italik yazılmıştır.

Anketi geliştirenler tarafından önerilen her bir maddeye 0–4 aralığında puan verilmesi ile alt grupların toplam skor değerlendirmeleri aşağıda gösterilmiştir (51, 52).

MESHEÖ Alt grup skorları değerlendirmesi:

I. Mesleki Özerklik Algıları:

0-14Çok Yetersiz

15-28 Yetersiz

29-42 Yeterli

43-56 Mükemmel

II. Eğitim Niteliği Algıları:

0-15 Düşük Nitelikli

16-30 Geliştirilmesi Gerekir

31-45 Nitelikli

46-60 Örnek Eğitimciler

III. Sosyal Destek Algıları:

0-11 Yok

12-22 Memnuniyet Verici Özellikte Değil

23-33 Olumlu Özellikleri Daha Baskın

34-44 Öğrenmeyi Destekleyen Bir Ortam

3.8. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Tek Yönlü ANOVA testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Türkiye genelinde uzmanlık eğitimi almakta olan 160 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Çalışmamıza katılan 160 kişinin 80'i eğitim araştırma hastanelerinde 80'i üniversite hastanelerinde çalışmaktaydı. Çalışmamıza 105 (%65,6) kadın, 55 (%34,4) erkek asistan katılmıştır(Tablo 2).Katılımcıların yaş ortalaması $28,6 \pm 2,9$ yıl olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların en küçüğü 24 yaşında iken, en büyüğü 44 yaşındaydı.

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet verileri

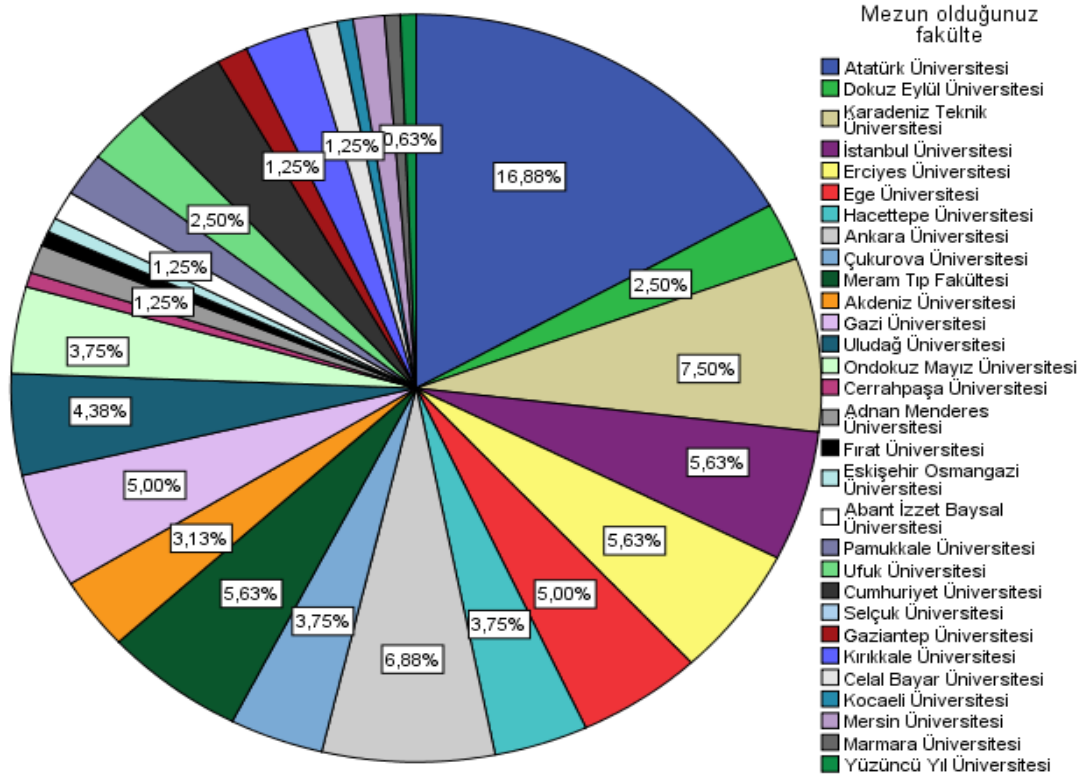
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	105	65,6
Erkek	55	34,4
Toplam	160	100,0

Çalışmamıza katılan asistanların 49'u (%30,6) 1.yıl asistanı, 57'si(%35,6) 2.yıl asistanı, 54'ü (%33,8) 3.yıl asistanı idi.

Tablo 3. Katılımcıların asistanlık süreleri

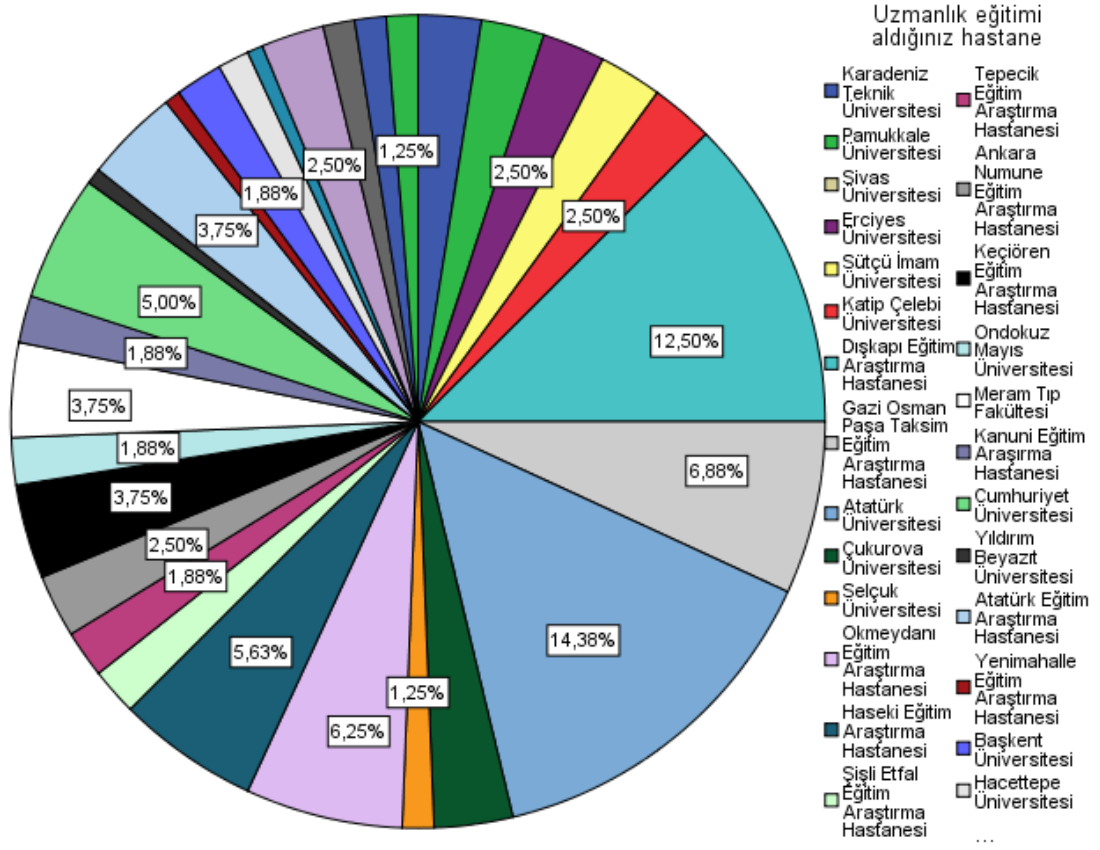
Kaçıncı yıl asistanısınız?	Sayı	%
1.yıl	49	30,6
2.yıl	57	35,6
3.yıl	54	33,8
Total	160	100,0

Katılımcıların mezun olduğu üniversiteler Şekil 1’de görülmektedir.



Şekil 1. Katılımcıların mezun oldukları üniversiteler

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları merkezler Şekil 2’de görülmektedir.



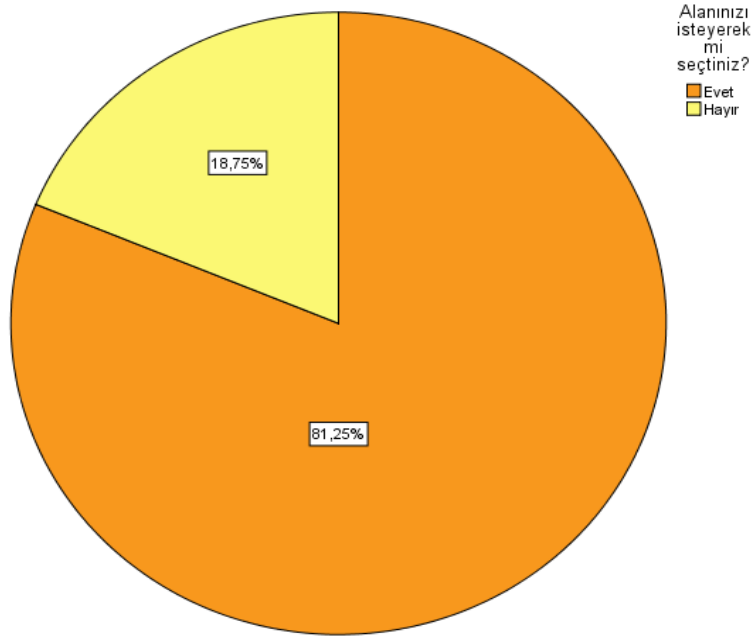
Şekil 2. Katılımcıların eğitim aldıkları merkezler

Katılımcılar arasındaki en eski mezuniyet tarihi bir kişi (%0,6) ile 1986 yılı idi. En büyük çoğunluğu 34 kişi ile (%21,3) 2014 mezunları oluşturmakta idi.

Tablo 4. Katılımcıların mezuniyet yılları

Mezun olduğunuz yıl?	Sayı	%
2005	1	,6
2006	2	1,3
2007	3	1,9
2008	8	5,0
2009	6	3,8
2010	13	8,1
2011	17	10,6
2012	30	18,8
2013	28	17,5
2014	34	21,3
2015	15	9,4
2016	1	,6
1998	1	,6
1986	1	,6
Total	160	100,0

Katılımcıların 130'u (%81,3) aile hekimliği uzmanlığını isteyerek tercih ederken 30'u (%18,8) istemeyerek tercih ettiğini belirtmiştir. Bu dağılım Şekil 3'de görülmektedir.



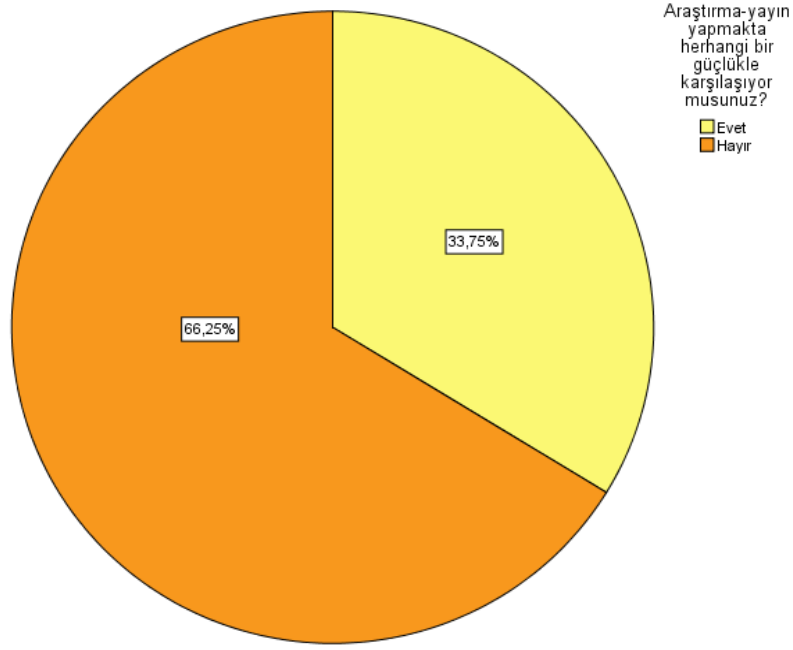
Şekil 3. Katılımcıların ‘Alanınızı isteyerek mi seçtiniz?’ sorusuna yanıtları

‘Kurumunuzun eğitim ve hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna cevaben 85 kişi (%53,1) hizmete eğitimden daha fazla önem verildiğini belirtmiştir. (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların kurumlarının eğitim hizmet dengesini değerlendirmeleri

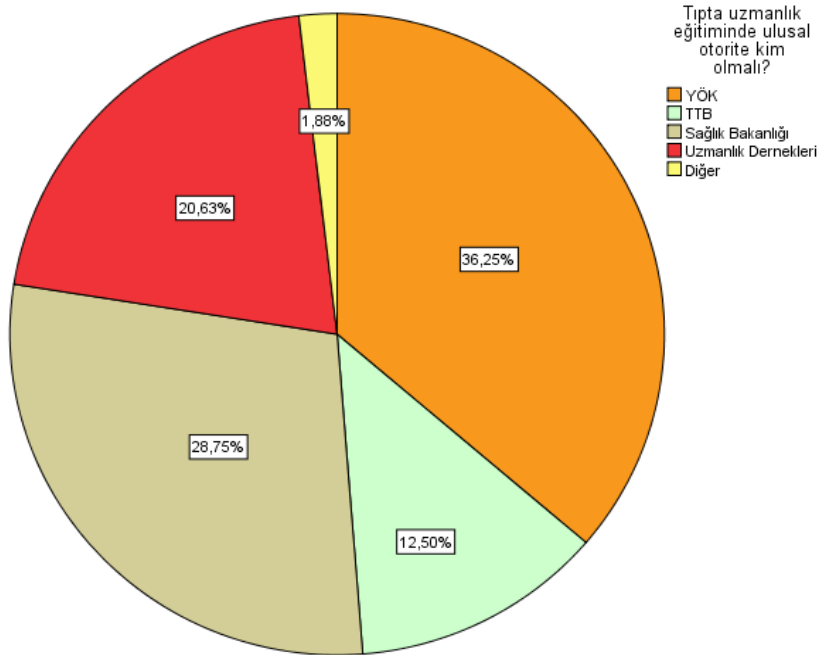
Kurumunuzun eğitim ve hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	%
Eğitime daha fazla önem veriliyor	19	11,9
Hizmete daha fazla önem veriliyor	85	53,1
Her ikisi de dengeli olarak yürütülüyor	52	32,5
Diğer	4	2,5
Total	160	100,0

Şekil 4’de görüldüğü gibi ‘Kurumunuzda araştırma-yayın yapmakta herhangi bir güçlükle karşılaşıyor musunuz?’ sorusuna katılımcıların 54’ü (%33,8) evet yanıtını verirken; 106’sı (%66,3) hayır yanıtını vermiştir.



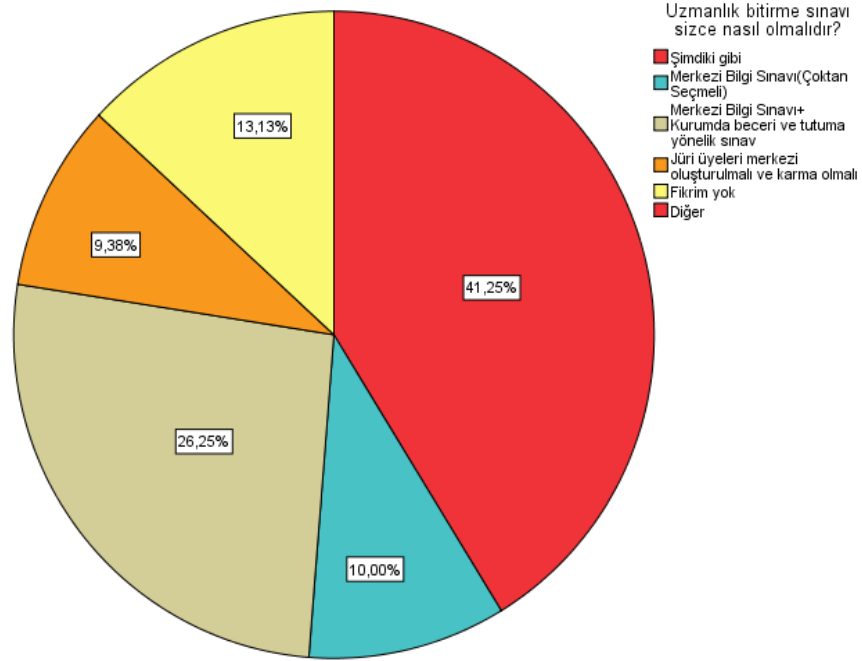
Şekil 4. Katılımcıların ‘Araştırma yayın yapmakta güçlükle karşılaşılıyor musunuz?’ Sorusuna yanıtları

‘Tıpta uzmanlık eğitiminde ulusal otorite kim olmalı?’ sorusuna 58 kişi(%36,3) YÖK, 20 kişi (%12,5) TTB, 46 kişi (%28,8) Sağlık Bakanlığı, 33 kişi (%20,6) uzmanlık dernekleri, 3 kişi (%1,9) diğer olarak cevap vermiştir (Şekil 5).

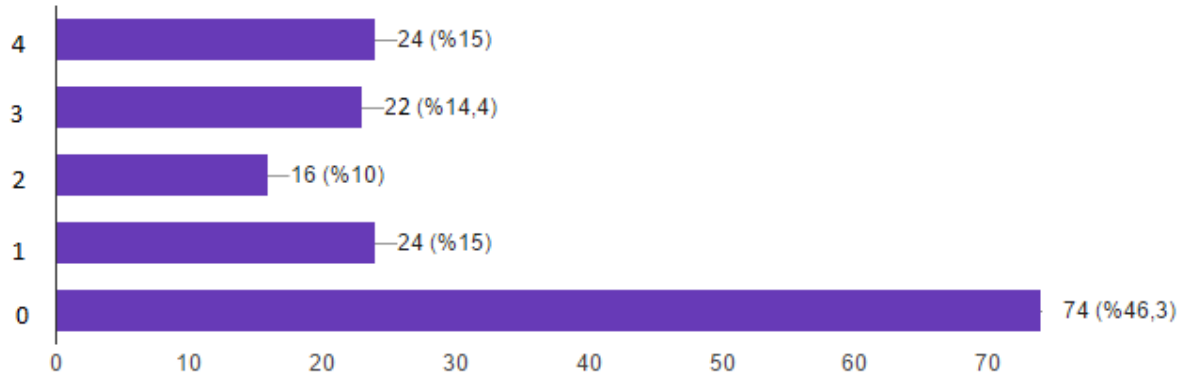


Şekil 5. Katılımcıların ‘Tıpta uzmanlık eğitiminde ulusal otorite kim olmalı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar

‘Uzmanlık bitirme sınavı sizce nasıl olmalıdır?’ sorusuna 66 kişi ile (%41,3) şimdiki gibi olmalıdır cevabını vermiştir (Şekil 6).

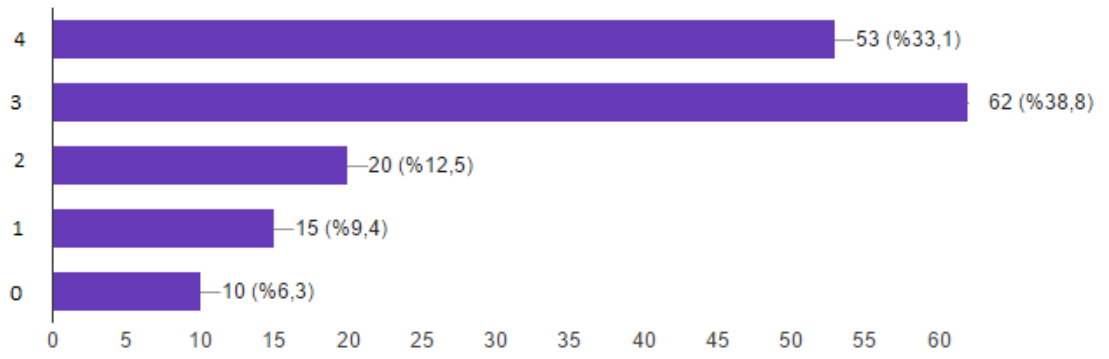


Şekil 6.Katılımcıların ‘Uzmanlık bitirme sınavı nasıl olmalı?’ sorusuna verdikleri yanıtlar



Şekil 7. Katılımcıların ‘Kliniğimizde etnik ayrımcılık vardır’ sorusuna verdikleri yanıtlar

Anketimizde yer alan “‘kliniğinizde etnik ayrımcılık var mıdır?’” sorusuna verilen yanıtların yüzdesi Şekil 7’de görülmektedir. Bu sorunun anket soruları içerisinde toplamda en düşük skora sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 8. Katılımcıların ‘Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içerisinde çalışabiliyorum’ sorusuna verdikleri yanıtlar

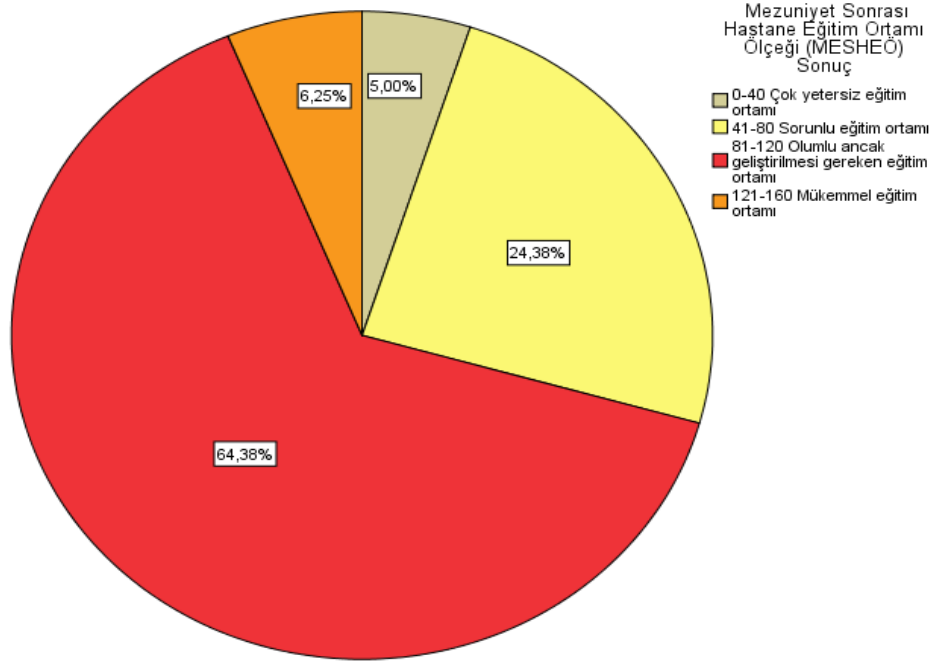
Anketimizde yer alan ‘Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içerisinde çalışabiliyorum’ sorusuna verilen yanıtların yüzdesi Şekil 8’de görülmektedir. Bu sorunun anket soruları içerisinde toplamda en yüksek skora sahip olduğu görülmüştür.

Uygulanan anket sonucunda katılımcıların MESHEÖ skoru ortalaması $89,98 \pm 22,99$ iken; ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında özerklik puanı ortalamasının $33,21 \pm 8,7$; eğitim puanı ortalamasının $30,41 \pm 10,7$; sosyal destek puanı ortalamasının $26,23 \pm 6,01$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların MESHEÖ ve alt ölçek puan ortalamaları

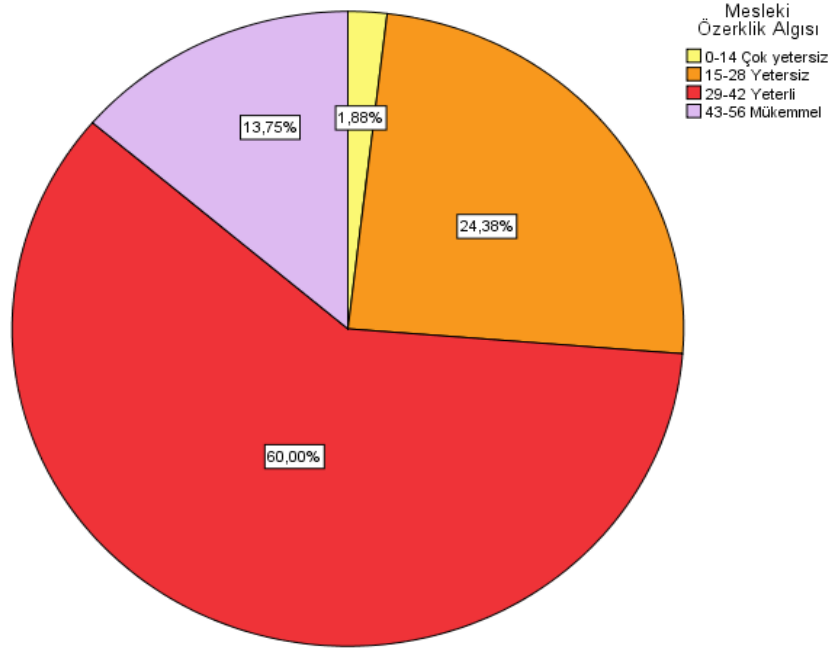
Ölçek Puanları	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	160	32	144	89,98	22,990
Özerklik puanı	160	12	54	33,21	8,711
Eğitim puanı	160	5	54	30,41	10,707
Sosyal destek puanı	160	9	41	26,23	6,014

Katılımcılar MESHEÖ puanı açısından genel olarak değerlendirildiğinde; 103 kişinin (%64,4) olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı görüşünde olduğu; 39 kişinin (%24,4) sorunlu eğitim ortamı; 10 kişinin (%6,3) mükemmel eğitim ortamı; 8 kişinin (%5) çok yetersiz eğitim ortamı görüşünde olduğu tespit edilmiştir (Şekil 7).



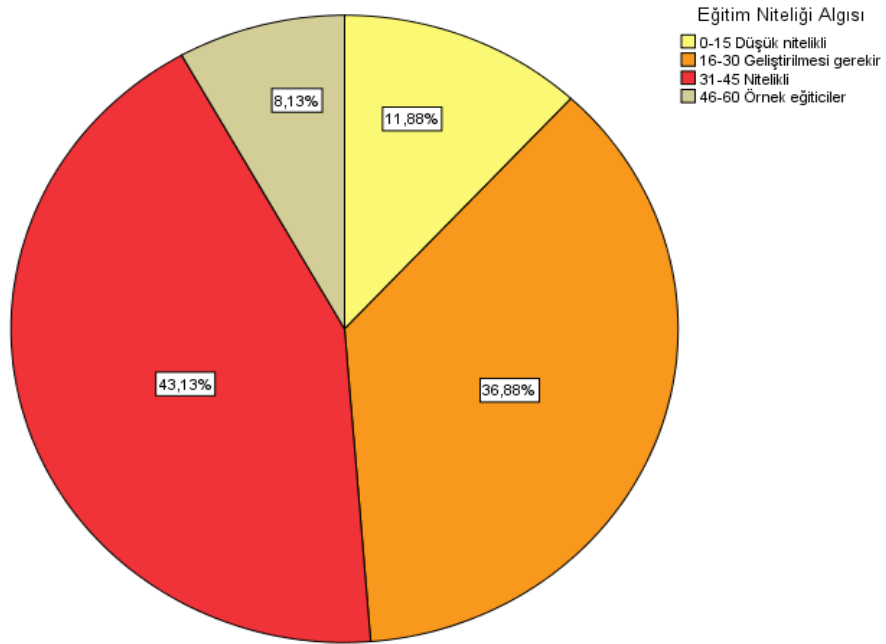
Şekil 9. Katılımcıların MESHEÖ sonuçları

Ölçeğin mesleki özerklik algısı alt boyutu değerlendirildiğinde 96 kişi ile (%60) büyük çoğunluğun yeterli cevabını verdiği; 39 kişinin (%24,4) yetersiz; 22 kişinin (%13,8) mükemmel; 3 kişinin (%1,9) çok yetersiz görüşünde olduğu görülmektedir (Şekil 9).



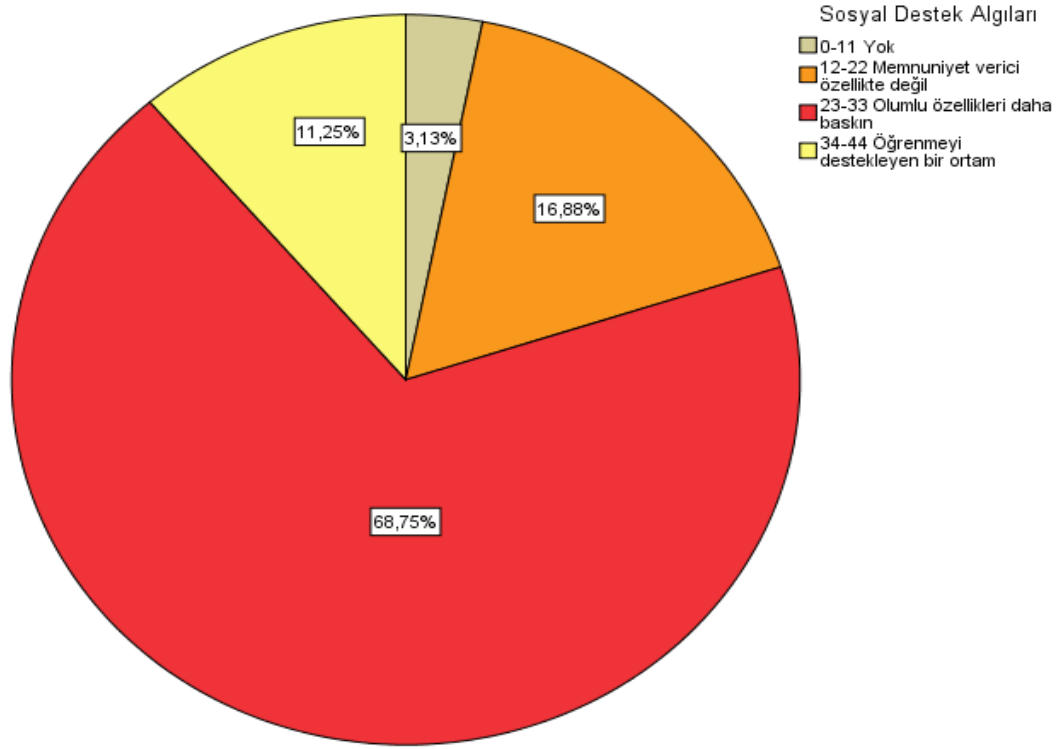
Şekil 10. Katılımcıların mesleki özerklik algısı

Eğitim niteliği algısı boyutuna bakıldığında 69 kişinin (%43,1) nitelikli; 59 kişinin (%36,9) geliştirilmesi gerekir; 19 kişinin (%11,9) düşük nitelikli; 13 kişinin (%8,1) örnek eğitimciler görüşünde olduğu görülmektedir(Şekil 10).



Şekil 11. Katılımcıların eğitim niteliği algıları

Sosyal destek algısı alt boyutuna bakıldığında ise 110 kişinin (%68,8) olumlu özellikleri daha baskın; 27 kişinin (%16,9) memnuniyet verici özellikte değil; 18 kişinin (%11,3) öğrenmeyi destekleyen bir ortam; 5 kişinin (%3,1) çalıştıkları birimde sosyal destek olmadığı görüşünde olduğu tespit edilmiştir (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların sosyal destek algısı

MESHEÖ puanı yönüyle bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı fark geçirilmedi ($p=0,447$). Özerklik puanı, eğitim puanı, sosyal destek puanı yönüyle de kadın asistanlar ve erkek asistanlar arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,612$; $p=0,493$; $p=0,777$) (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyete göre MESHEÖ ve alt ölçek puanları

Cinsiyet		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Kadın	105	88,97	22,841	0,447
	Erkek	55	91,89	23,362	
Özerklik puanı	Kadın	105	32,95	8,647	0,612
	Erkek	55	33,69	8,890	
Eğitim puanı	Kadın	105	29,99	10,811	0,493
	Erkek	55	31,22	10,558	
Sosyal destek puanı	Kadın	105	26,13	5,910	0,777
	Erkek	55	26,42	6,259	

Alanını isteyerek seçenlerin MESHEÖ puanı istemeyerek seçenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p=0,04$). Buna karşın özerklik puanı ve eğitim puanı açısından alanını isteyerek seçenler ve seçmeyenler arasında anlamlı fark tespit edilmezken; sosyal destek puanı alanını isteyerek seçenlerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,12$; $p=0,16$; $p=0,014$ sırasıyla)(Tablo 8).

Tablo 8. Alan seçimine göre MESHEÖ ve alt ölçek puanları

Alanınızı isteyerek mi seçtiniz?		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Evet	130	91,70	22,834	0,04
	Hayır	30	82,50	22,523	
Özerklik puanı	Evet	130	33,72	8,582	0,12
	Hayır	30	31,00	9,067	
Eğitim puanı	Evet	130	30,98	10,984	0,16
	Hayır	30	27,97	9,178	
Sosyal destek puanı	Evet	130	26,79	5,812	0,014
	Hayır	30	23,80	6,365	

Araştırma-yayın yapmakta güçlük çekenler ile çekmeyenler arasında MESHEÖ puanı, özerklik puanı, eğitim puanı ve sosyal destek puanına bakıldığında araştırma-yayın yapmakta güçlük çekmediğini ifade edenler daha yüksek olmak üzere iki grup arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma-yayın yapmakta güçlük çekme durumuna göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları

Araştırma-yayın yapmakta herhangi bir güçlükle karşılaşıyor musunuz?		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Evet	54	78,94	22,496	0,000
	Hayır	106	95,59	21,223	
Özerklik puanı	Evet	54	29,87	8,616	0,000
	Hayır	106	34,91	8,294	
Eğitim puanı	Evet	54	24,93	10,921	0,000
	Hayır	106	33,21	9,489	
Sosyal destek puanı	Evet	54	23,96	6,127	0,001
	Hayır	106	27,39	5,641	

MESHEÖ puanı yönüyle bakıldığında en yüksek değerin alanını isteyerek seçen erkeklerin olduğu görülürken; en düşük puanın alanını istemeyerek seçen kadınlarda olduğu görülmektedir. Alanını isteyerek seçen kadınlar ve alanını istemeyerek seçen kadınlar arasında MESHEÖ puanı, özerklik puanı, eğitim puanı yönüyle anlamlı fark bulunmazken sosyal destek puanı anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Alanını isteyerek seçen kadınların sosyal destek puanı alanını istemeyerek seçen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,038$). Buna karşın alanını isteyerek seçen erkekler ve alanını istemeyerek seçen erkekler arasında hiçbir puan türünde anlamlı fark tespit edilmedi(Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyete ve alan seçimine göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları

Cinsiyet			Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
Kadın	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Evet	83	91,17	21,783	0,055
		Hayır	22	80,68	25,293	
	Özerklik puanı	Evet	83	33,67	8,147	,097
		Hayır	22	30,23	10,066	
	Eğitim puanı	Evet	83	30,88	10,879	0,102
		Hayır	22	26,64	10,088	
	Sosyal destek puanı	Evet	83	26,75	5,421	,038
		Hayır	22	23,82	7,149	
	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Evet	47	92,64	24,798	0,570
		Hayır	8	87,50	11,976	
	Özerklik puanı	Evet	47	33,79	9,392	0,848
		Hayır	8	33,13	5,436	
Erkek	Eğitim puanı	Evet	47	31,15	11,285	0,907
		Hayır	8	31,63	4,779	
	Sosyal destek puanı	Evet	47	26,87	6,506	,195
		Hayır	8	23,75	3,808	

Üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerinde eğitim alan asistanların MESHEÖ ve alt ölçek skorları değerlendirildiğinde aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür(Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları merkeze göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları

Uzmanlık eğitimi aldığınız hastane		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	Eğitim Araştırma Hastanesi	80	88,95	22,808	0,574
	Üniversite Hastanesi	80	91,00	23,268	
Özerklik puanı	Eğitim Araştırma Hastanesi	80	32,76	8,981	0,521
	Üniversite Hastanesi	80	33,65	8,465	
Eğitim puanı	Eğitim Araştırma Hastanesi	80	30,74	10,297	0,702
	Üniversite Hastanesi	80	30,09	11,158	
Sosyal destek puanı	Eğitim Araştırma Hastanesi	80	25,84	5,725	,409
	Üniversite Hastanesi	80	26,63	6,301	

Katılımcıların MESHEÖ ve alt ölçek skorlarına baktığımızda asistanlık yılına göre skorların anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür(Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların asistanlık yıllarına göre MESHEÖ ve alt ölçek skorları

Kaçınıcı yıl asistanısınız?		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri
1.yıl	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	49	87,71	22,901	0,574
	Özerklik puanı	49	32,27	8,592	0,521
	Eğitim puanı	49	29,57	10,728	0,702
	Sosyal destek puanı	49	26,14	6,535	0,409
2.yıl	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	57	90,79	20,568	0,574
	Özerklik puanı	57	33,28	8,351	0,521
	Eğitim puanı	57	30,74	9,587	0,702
	Sosyal destek puanı	57	26,39	5,460	0,409
3.yıl	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	54	91,17	25,627	0,574
	Özerklik puanı	54	33,98	9,254	0,521
	Eğitim puanı	54	30,83	11,902	0,702
	Sosyal destek puanı	54	26,15	6,187	0,409

Kurumunuzun eğitim ve hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	P değeri	P değeri
Eğitime daha fazla önem veriliyor	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	19	94,05	27,997	0,046	
	Özerklik puanı	19	35,26	10,744		
	Eğitim puanı	19	32,16	12,144		
	Sosyal destek puanı	19	27,16	6,710	0,044	
Hizmete daha fazla önem veriliyor	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	85	84,75	23,131		
	Özerklik puanı	85	31,74	8,493		
	Eğitim puanı	85	27,88	10,794		
	Sosyal destek puanı	85	25,14	6,240		
Her ikisi de dengeli olarak yürütülüyor	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	52	99,13	16,234	0,001	0,008
	Özerklik puanı	52	35,40	7,285		
	Eğitim puanı	52	34,88	7,940	0,001	0,007
	Sosyal destek puanı	52	28,25	4,635	0,014	0,010
Diğer	Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MESHEÖ) Skoru	4	62,50	22,576		
	Özerklik puanı	4	26,00	12,910		
	Eğitim puanı	4	17,75	9,811		
	Sosyal destek puanı	4	18,75	2,630		

Katılımcıların ‘Kurumunuzun eğitim hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verdiği yanıtlar dikkate alındığında MESHEÖ skorunun eğitime daha fazla önem veriliyor diyenlerin diğer cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,046$); her ikisi de dengeli olarak yürütülüyor diyenlerin hizmete daha fazla önem veriliyor ve diğer cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p=0,008$). Sonuç olarak MESHEÖ skoru yönüyle bakıldığında ‘Kurumunuzun eğitim hizmet dengesini nasıl

değerlendirirsiniz?’ sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0,05$).

Özerklik alt ölçeği yönüyle bakıldığında ‘Kurumunuzun eğitim hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verdikleri cevaplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Eğitim alt ölçeği yönüyle bakıldığında her ikisi de dengeli yürütülüyor diyenlerin hizmete daha fazla önem veriliyor ve diğer cevabını verenlere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p=0,007$).

Sosyal destek alt ölçeği yönüyle bakıldığında ise eğitime daha fazla önem veriliyor cevabını verenler diğer cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,044$). Yine bu alt ölçekte her ikisi de dengeli yürütülüyor cevabını verenler hizmete daha fazla önem veriliyor ve diğer cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,014$; $p=0,01$).

5.TARTIŞMA

Bu araştırma Türkiye genelinde üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi görmekte olan aile hekimi asistanlarının memnuniyetini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Toplam 160 asistan ile yapılan çalışmada katılımcıların 80'i eğitim araştırma hastanelerinde 80'i ise üniversite hastanelerinde eğitim görmektedir.

Bu çalışmada kullanılan MESHEÖ ile ilgili literatür taramasında sınırlı sayıda yayınlanmış makale ve birkaç kongre bildirisi olduğu görülmüştür. Bu ölçeği Harun Balcıoğlu “Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Ortamı Algılamaları ve Buna Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tezinde kullanmıştır(51).

Literatür incelemesinde MESHEÖ kullanılan benzer çalışmalarda ölçeğin yoğun bakım birimleri (53), pediatri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık öğrencileri (54) ve dahili cerrahi branş uzmanlık öğrencilerinin memnuniyetini ölçmek üzere kullanıldığı görülmüştür (51).

Hollanda, Danimarka, İngiltere çalışmalarından MESHEÖ için araştırmalar katılan uzmanlık öğrencilerinin profili incelendiğinde; Hollanda’da yapılan çalışmaya, 6 hastaneden dahiliye, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, pediatri, nöroloji ve psikiyatri dahil 14 bölümden 256 (80’i -%31- erkek) stajyer öğrenci ve 83’ü (% 24) erkek toplam 339 uzmanlık öğrencisi (25 hastaneden çocuk sağlığı, 44 hastaneden kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık öğrencilerinin) dahil olduğu görülmektedir(54). Danimarka’da yapılan çalışmaya 159 uzman ve/veya yönetici hekim, 183 uzmanlık öğrencisi katılmıştır (55). İngiltere’de yoğun bakım birimlerinde çalışan uzmanlık öğrencileriyle yapılan çalışmaya 50’si kadın, 80’i erkek (4’ünün cinsiyeti işaretlenmemiş) 134 uzmanlık öğrencisi katılmıştır(53). Türkiye’de Harun Balcıoğlu bu ölçeği kullanarak 372 asistan ile çalışma yapmıştır(51). Bu çalışmalarda bizim araştırma konumuz olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine yer verilmemiştir. Literatür incelendiğinde bu ölçeğin aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine uygulandığı iki çalışmaya rastlanmıştır. Bu

Çalışmalardan birisi Khoja tarafından Suudi Arabistanda diğeri ise Akdeniz ve ark. tarafından Türkiyede yapılmıştır.

Bizim çalışmamıza 14 niversite hastanesi, 11 eğitim araştırma hastanesinden toplam 160 aile hekimliği uzmanlık ğrencisi katılmıştır. Khoja nın çalışmasına iki merkezden toplam 91 aile hekimliği uzmanlık ğrencisi katılmıştır. Akdeniz ve ark. yaptığı çalışmaya ise 21 niversite hastanesi, 11 eğitim ve araştırma hastanesinden toplam 174 uzmanlık ğrencisi katılmıştır(56, 57).

Bizim alışmamızda Aile hekimliği uzmanlık ğrencilerinin eğitim ortamı için algılamalarının MESHEÖ'de (81-120) puan aralığı için ifade edilen "olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamına" karşılık geldiğini göstermektedir. Alt leklere bakıldığında mesleki özerklik puanı yaklaşık 33 skoruylaile ifade edilen 'yeterli', eğitim niteliği algıları punayı yaklaşık 30 skoruylaile ifade edilengeliştirilmesi gerekir'sosyal destek puanı yaklaşık 26 skoruyla ile ifade edilen'olumlu özellikleri daha baskın' eğitim ortamına karşılık geldikleri görülmektedir. Khoja nın çalışmasında MESHEÖ toplam skoru $67,1 \pm 20,1$ bulunmuştur(56).Buda çalışmanın yapıldığı ortamda aile hekimliği asistanlarının eğitim ortamı için sorunlu eğitim ortamı algısında olduğunu göstermektedir.Mesleki zerklik puanı ortalaması 24,2 ile yetersiz ,eğitim niteliği algısı puanı 25,3 ile geliştirilmesi gerekir, sosyal destek puanı ortalaması 17,4 ile memnuniyet verici özellikte değil bulunmuştur.Akdeniz ve ark. yaptığı çalışmada ise MESHEÖ toplam skoru 66 bulunmustur.Buda sorunlu eğitim ortamı olduğunu göstermektedir.Mesleki zerklik puanı ortalaması 26,4 ile yetersiz,eğitim niteliği algısı puanı 25,7 ile geliştirilmesi gerekir, sosyal destek puanı ortalaması 18,7 ile memnuniyet verici özellikte değil bulunmuştur(57).Akdeniz ve ark. 5 yıl önce yaptığı bu çalışmaya kıyasla bizim alışmamızda MESHEÖ toplam skoru ve alt ölçeklerden mesleki özerklik ve sosyal destek skorlarında belirgin yükselme olduğu görülürken; eğitim ortamı algılarında kayda değer bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Geçen sürede aile hekimliği disiplininin Türkiye'de öneminin artmasının, eğitim aile sağlığı merkezlerinin açılarak aile hekimliği saha eğitiminin bu merkezlerde verilmeye başlanmasının aile hekimliği uzmanlık eğitimi ğrencilerinin mesleki özerklik ve sosyal destek algılarının iyileşmesine neden olduğu düşünülebilir.Eğitim ortamı algılarında ise anlamlı bir değişiklik

görülmemektedir. Akdeniz ve ark. da öngördüğü gibi bu durum aile hekimliğinin bir eğitim biriminden öte yönetim birimi olarak görülmesi ve hala hastanelerde akademik olarak daha az temsil edilmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında ölçek alt puanları açısından bir farklılık görülmemiştir. Diğer branş asistanları arasında çalışma yapan Balcıoğlu'nun çalışmasında ise kadınların her üç alt boyutta da (özerklik, eğitim, sosyal destek) puanları daha düşük bulunmuştur (51). Khojan ve ark. aile hekimliği asistanları arasında yaptığı çalışmada kadınlarla erkekler arasında MESHEÖ toplam skoru ve alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık yokken; anketin 13. sorusunda kadınların skoru erkeklerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (56). İngiltere ve İskoçya'da uzmanlık eğitimi veren 9 yoğun bakım birimindeki uzmanlık öğrencilerine MESHEÖ uygulanan çalışmalarda yine 13. sorunun cinsiyetler için farklı bulunduğu, fakat burada erkeklerin verdiği puanların daha yüksek olduğu bildirilmiştir (53). Bu da Suudi Arabistan'da cinsiyet ayrımcılığının erkek lehine olduğunu düşündürürken; İngiltere ve İskoçya'da kadın lehine olduğunu düşündürmektedir.

Beş yıl önce Akdeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada o dönemki aile hekimliği asistanlarının çoğunluğunun ilk 5 tercihinde aile hekimliği uzmanlığının yer almadığı hatta birçoğunun sadece puanı yettiği için bu bölüme yerleştiği görülmüştür (57). Oysa bizim yaptığımız çalışmada katılımcıların %81,3 ile büyük çoğunluğunun aile hekimliği bölümünü isteyerek tercih ettiğini görmekteyiz. Bu da gün geçtikçe aile hekimliği uzmanlığının doktorlar tarafından bilinçli bir şekilde istenerek seçilen bir alan haline geldiğini göstermektedir. Son yıllarda aile hekimliği sisteminin daha iyi yerleşmesi, aile hekimliği saha eğitiminin eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilmeye başlanması, aile hekimi uzmanlarının acil servisler yerine asıl görev yeri olan aile sağlığı merkezlerinde daha iyi maddi olanaklarla çalıştırılmaya başlanması ile açıklanabilir. Alanını isteyerek seçmek MESHEÖ skorunu olumlu yönde etkileyen bir faktördür. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların alanlarını isteyerek seçme oranı daha yüksek olduğundan Akdeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya oranla MESHEÖ skorumuz daha yüksektir (57). Ayrıca bizim çalışmamızda da alanını isteyerek seçenlerle istemeden seçenler arasında MESHEÖ puanı farklıydı. Alanını isteyerek seçenlerin MESHEÖ puanı

istemeyerek seçenlere göre anlamlı şekilde yüksekti.Bu da istediği bölümde çalışan asistanların eğitim ortamı algılarının pozitif yönde etkilendiğinin bir göstergesidir.Alanını isteyerek seçenlerle istemeden seçenlerin özerklik puanı ve eğitim puanı açısından anlamlı fark bulunmamışken sosyal destek puanı alanını isteyerek seçenlerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Yine Balcıoğlu da çalışmasında alanını isteyerek seçenlerle istemeden seçenler arasında MESHEÖ ve alt ölçek skorları arasında anlamlı fark olduğunu göstermiştir(51).

Çalışmamızda en yüksek skoru alan grup MESHEÖ puanı ortalama 92 ilealanını isteyerek seçen erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmamızda en düşük skoru alan grup ise MESHEÖ puanı ortalama 80 ile alanını istemeyerek seçen kadınlardan oluşmaktadır.Bu sonuca göre alanını isteyerek seçen erkek katılımcılar eğitim ortamlarını daha pozitif değerlendirirken; istemeyerek seçen kadınların ise daha negatif değerlendirdikleri görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim gördüğü merkezlerde araştırma-yayın yapmakta karşılaştıkları zorlukların memnuniyet algıları üzerine olan etkiye bakıldığında araştırma-yayın yapmakta zorluk çekmeyen merkezlerde çalışan katılımcıların MESHEÖ ve alt ölçek skorları zorluk çekenlere oranla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Farklı bölümlerde çalışan tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılmış olmasına rağmen Balcıoğlu'nun çalışmasında da araştırma-yayın yapmakta güçlük çekmeyen asistanların güçlük çekenlere oranla skorları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(51).Bu da bize aile hekimliği uzmanlık eğitimi tercih eden doktorların bilimsel çalışmalar yapmaktan zevk aldıklarını, aile hekimliği uzmanlığını tercih ederken araştırma-yayın yapabilme beklentilerinin olduğunu, araştırma-yayın yapabildikleri merkezlerin eğitim ortamlarından daha memnun olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan aile hekimi uzmanlık öğrencilerinden 80'i eğitim araştırma hastanesinde 80'i üniversite hastanelerinde eğitim gördüğünden eğitim aldıkları merkezlerin farklı olması asistanların eğitim ortamı algılarını etkiliyor mu? diye bakılmış olup MESHEÖ ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.Bu da bize aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören asistan hekimlerin

eğitim gördükleri merkezlerin üniversite yada eğitim araştırma hastanesi olmasından çok eğitim ortamlarının kendilerine sunduğu şartları önemsediklerini düşündürebilir.

Balcıoğlu'nun diğer branş asistanlarını üstünde yaptığı araştırma asistanlarının eğitim yılları arttıkça memnuniyetlerinin anlamlı şekilde arttığını göstermiştir(51).Khojanında aile hekimliği asistanları ile yaptığı çalışmada 4. yıl asistanlarının MESHEÖ skoru diğer yıl asistanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(56). Her iki çalışma da göstermiştir ki çalışma süresi arttıkça MESHEÖ skoru artmaktadır. Bizim çalışmamızda ise asistanlık yılı ile MESHEÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Balcıoğlu'nun çalışmasında farklı bölüm asistanlarının bulunması ve bu bölümlerde eğitim gören asistanların öğrenim yılları arttıkça nöbet sayıları ve iş yüklerinin azalıyor olması bu sonucu açıklayabilir. Yine Suudi Arabistan'da aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yıllara göre asistanların iş yükleri değişiyor olabilir. Ancak ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin iş yükleri yıla göre değişmediğinden memnuniyet düzeylerini etkilememiş olabilir.

Katılımcılar 'kurumunuzun eğitim hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna göre sınıflandırıldığında genellikle her ikisi dengeli yürütülüyor cevabını verenlerin MESHEÖ ve alt ölçek skorlarının diğer cevapları işaretleyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür. Bu da göstermektedir ki hem hizmet hem eğitimi dengeli olarak yürüten merkezlerde çalışan asistanların memnuniyet düzeyi daha yüksektir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye geneli üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanlarının memnuniyetini ve bu memnuniyeti etkileyen faktörleri araştırmak amacı ile yapılan çalışmada katılımcıların çalıştıkları merkezlerin olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamına sahip olduğu görülmüştür. Gerek üniversite gerekse eğitim araştırma hastanelerinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim ortamlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Aile hekimliği eğitiminin yarısı rotasyondan yarısı aile hekimliği saha eğitiminden oluşmaktadır. Aile hekimliği asistanlarının eğitim ortamı algılarını yükseltmek için her iki alandada çeşitli düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Rotasyonlarda aile hekimliği asistanları sadece hizmet için kullanılmamalı eğitimlerinede önem verilmelidir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri hem hizmet vermeyi hemde eğitilmeyi sadece hizmet vermeye veya sadece eğitilmeye tercih etmektedir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim gördüğü merkezlerde eğitim ve hizmet dengeli yürütülmelidir. Aile hekimliği saha eğitimleride teorik eğitimle sınırlı kalmamalı, eğitim aile sağlığı merkezlerinin sayıları artırılarak teorik bilginin yanında pratik uygulamalarla pekiştirilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alacak asistanların çalıştıkları ortamdan memnuniyetlerini artırmak için bölümlerini tercih etmeden önce bölümleri hakkında yeterli rehberlik hizmeti verilmeli ve yeterince tanıdıktan sonra isteyenlerin tercih edilmesi sağlanmalıdır.

Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri mesleklerini icra etmenin yanında araştırma ve yayın yapmak istemekte ve bunu yapabildikleri eğitim ortamlarında daha memnun olmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde memnuniyeti artırmak için araştırma-yayın yapma konusunda yardımcı olunmalı ve fırsat verilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlık ğrencilerinin eğitim ortamlarından memnuniyetlerini artırmak için aile hekimliği uzmanlık ğrencilerinin eğitim ortamından beklentilerinin neler olduğu belirlenmeli bu konularda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.Bunun yapılabilmesi için de sınırlı sayıda çalışma bulunan aile hekimliği uzmanlık eğitimi memnuniyet düzeyini konu alan yeni çalışmalar yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Terzi C. Toplum Sağlığına Bir Köprü TIP EĞİTİMİ. 1. Baskı ed. İstanbul: İletişim Yayınları; 2001.
2. Boelen C. A New Paradigm for Medical Schools a Century After Flexner's Report. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80(7):592-3.
3. Karle H. World Federation for Medical Education Perspectives on Person-Centered Medicine. International Journal of Integrated Care. 2010;10(5).
4. Harden RM. Early Postgraduate Education and the Strategy of the Dolphins. Medical Teacher. 1999;21(4):365-9.
5. TAHUD. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı 2013.
6. <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/editore-mektup/tipta-uzmanlik-mevzuatinda-aile-hekimligi-uzmanliginin-evrimi/> [
7. Pikoulis E, Msaouel P, Avgerinos ED, Anagnostopoulou S, Tsigris C. Evolution of Medical Education in Ancient Greece. Chinese Medical Journal. 2008;121(21):2202-6.
8. Georgantopoulou C. Medical Education in Greece. Medical Teacher 2009;31(13):7.
9. O'Malley CD. The History of Medical Education: an International Symposium Held February 5-9, 1968: Univ of California Press; 1970 1968.
10. Calman KC. Medical Education: Past, Present, and Future: Handing on Learning: Elsevier Health Sciences; 2007.
11. Masjedi MR. Academy of Gondi-Shapur. Tanaffos. 2009;9-10.
12. Flexner A, Pritchett H, Henry S. Medical Education in the United States and Canada Bulletin Number Four (The Flexner Report). New York (NY): The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910.
13. Kleynhans AC, Oosthuizen AH, Van Hoving DJ. Emergency Medicine Educational Resource use in Cape Town: Modern or Traditional? Postgraduate Medical Journal. 2016;postgradmedj-2016-134135.
14. Reinartz J. The Transformation of Medical Education in Eighteenth-Century England: International Developments and the West Midlands. History of Education. 2008;37(4):549-66.

15. Papa FJ, Harasym PH. Medical Curriculum Reform in North America, 1765 to the Present: A Cognitive Science Perspective. Academic Medicine. 1999;74(2):154-64.
16. Miller LE, Weiss RM. Medical Education Reform Efforts and Failures of US Medical Schools, 1870–1930. Journal of the history of medicine and allied sciences. 2008;63(3):348-87.
17. Boulet J, Bede C, Mckinley D, Norcini J. An Overview of the World's Medical Schools. Medical teacher. 2007;29(1):20-6.
18. Flexner A. Medical Education in Europe: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1912.
19. Davis MH, Karunathilake I, Harden RM. AMEE Education Guide no. 28: The Development and Role of Departments of Medical Education. Medical teacher. 2005;27(8):665-75.
20. Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi, Ankara,(2006). 2006:96-7.
21. Aydı S. Süleymaniye Medical Madrasa (Dār al-Tib) and Its Importance in the History of Ottoman Medicine. Journal of the International Society for History of Islamic Medicine (jishim). 2010;2009:31.
22. Elçin M. Tıp Eğitiminin Tarihçesi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2010;41:195-202.
23. T.C. Resmi Gazete Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname [press release]. 1929.
24. Müdür VS. Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi. Aile Hek Derg. 1997;1(2):109-16.
25. Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname [press release]. T.C.Resmi Gazetesi1934.
26. Aydın E. Cumhuriyet Döneminde Sağlık Örgütlenmesi. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1999;5:141-72.
27. Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi. Sıhhiye Mecmuası. 1933;9 (61).
28. . Sağlık Dergisi Fevkalade Nüshası 1948;22 (10-11).
29. Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkında Tüzük [press release]. T.C.Resmi Gazete1947.

30. Tababet Uzmanlık Tüzüğü [press release]. T.C.Resmi Gazete1973.
31. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 24.07.1947 tarih ve 3/6177 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkındaki tüzüğün 3. Maddesi gereğince Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kabul ve ilanı lazım gelen asistanlık yapılacak hastane ve kurumları gösterir cetvel. . Sağlık Dergisi 1947.
32. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bakanlığın valiliklere gönderdiği Zatişler ve Muamelat Genel Müdürlüğü ifadeli 12.05.1951 tarih ve 2710 sayılı genelge. Sağlık Dergisi Fevkalade Nüshası. 1951;25(7).
33. Tababet uzmanlık belgeleri hakkında Tüzüğün (2, 3, 4, 5, 7, 8,9) uncu maddeleriyle geçici maddesinin değiştirilmesine dair Tüzük. (1949). TC Resmi Gazete 7150, 8.03.1949[press release]. T.C.Resmi Gazetei1949.
34. Özel idare hastanelerinin muvazeneiumumiyeye devri ve 4862 sayılı kanuna bağlı (1) ve (2) sayılı cetvellerde değişiklik yapılması hakkında Kanun. [press release]. T.C.Resmi Gazete1953.
35. Tababet İhtisas Nizamnamesi.[press release]. T.C.Resmi Gazete1956.
36. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun [press release]. T.C.Resmi Gazete1961.
37. Tababet İhtisas Tüzüğünde yapılacak değişikliklere ait Tüzük. [press release]. T.C.Resmi Gazete1961.
38. Tababet Uzmanlık Tüzüğü [press release]. T.C.Resmi Gazete 1962.
39. Tababet Uzmanlık Tüzüğüne bazı hükümler eklenmesine ve bu Tüzüğün bazı maddelerinin değiştirilmesine dair Tüzük. [press release]. T.C. Resmi Gazete1964.
40. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. [press release]. T.C. Resmi Gazete 1973.
41. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş: Hacettepe Üniversitesi; 1983.
42. Aile Hekimliği 1.Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013.
43. Apel H. [The WHO/UNICEF Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, September 6-12, 1978]. Zeitschrift Fur Die Gesamte Hygiene und Ihre Grenzgebiete. 1979;25(6):498-504.

44. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(3):412-8.
45. Gürel S. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 2025 Projeksiyonu. Sağlıkta Nabız Derg. 2010;7(26):54-5.
46. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. Jama. 2004;291(10):1238-45.
47. Hıfzıssıhha TSBRS, Müdürlüğü MBHM. Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor Aralık. 2004.
48. www.tahud.org.tr
49. Set T. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistan El Kitabı. Trabzon2013.
50. <http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/index.html>
51. H. B. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Ortamı Algılamaları ve Buna Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi 2008.
52. Roff S, McAleer S, Skinner A. Development and Validation of an Instrument to Measure the Postgraduate Clinical Learning and Teaching Educational Environment for Hospital-Based Junior Doctors in the UK. Medical Teacher. 2005;27(4):326-31.
53. Clapham M, Wall D, Batchelor A. Educational Environment in Intensive Care Medicine—use of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM). Medical teacher. 2007;29(6):e184-e91.
54. Boor K, Scheele F, Van der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA, Teunissen PW, Sijtsma K. Psychometric Properties of an Instrument to Measure the Clinical Learning Environment. Medical Education. 2007;41(1):92-9.
55. Aspegren K, Bastholt L, Bsted KM, Bonnesen T, Ejlersen E, Fog I, et al. Validation of the PHEEM Instrument in a Danish Hospital Setting. Medical teacher. 2007;29(5):504-6.
56. Khoja AT. Evaluation of the Educational Environment of the Saudi Family Medicine Residency Training Program. Journal of Family and Community Medicine. 2015;22(1):49.

57. Akdeniz M, Yaman H, Şenol Y, Akbayın Z, Cihan FG, Çelik SB, et al. Family Practice in Turkey: Views of Family Practice Residents. *Postgraduate Medicine*. 2011;123(3):144-9.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/176
Konu : Etik Kurul Kararı

28.04.2016

Sayın: Arş.Gör.Dr.Eda KURAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz “Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Çalışan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Ortamı Algıları ve Bu Algıları Etkileyen Faktörler” isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Eda KURAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Çalışan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Ortamı Algıları ve Bu Algıları Etkileyen Faktörler
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 4 Karar No: 21	Tarih: 28.04.2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Ragıp Atakan AL
Üye

Prof.Dr.Hamit ACEMOĞLU
Üye

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Üye

Doç.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Uz.Dr.Sevilay AKALP ÖZMEN
Üye

Arş.Gör.Kamil DURMUŞ
Üye (Hukukçu)

Gülten TEK
Üye

EK 2. MESHEÖ

0:Kesinlikle Katılıyorum, 1:Katılıyorum, 2:Kararsızım, 3:Katılmıyorum, 4:Hiç Katılmıyorum

<u>Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği</u>		0	1	2	3	4
1	Uzmanlık eğitimime baslarken çalışma saatlerim hakkında bilgilendirildim.					
2	Klinik eğiticilerim beklentilerini açıkça söylerler.					
3	Çalıştığım klinikte eğitimime zaman ayırabiliyorum.					
4	Uzmanlık eğitimime baslarken uyum eğitimi yapıldı.					
5	Çalıştığım klinikteki sorumluluğum seviyeme uygundur.					
6	Her zaman kıdemli gözetiminde desteklenerek çalışırım.					
7	Bu klinikte etnik ayrımcılık vardır.					
8	Bilgi ve becerime uygun olmayan görevleri de yerine getirmek zorundayım.					
9	Bilgilendirici bir asistan elkitabı vardır.					
10	Klinik eğiticilerimin iletişim becerileri iyidir.					
11	Gereksiz yere göreve çağırılıyorum.					
12	Eğitim programlarına etkin biçimde katılabiliyorum.					
13	Çalıştığım klinikte cinsiyet ayrımcılığı yapılmaktadır.					
14	Bu klinikte uygulanacak tanı ve tedavi protokolleri açık biçimde tanımlanmıştır.					
15	Klinik eğiticilerim işlerini sevkle, hevesle yaparlar.					
16	Benimle aynı kıdemdekilerle işbirliği ve uyum içinde çalışabiliyorum.					
17	Çalışma saatlerim haftalık yasal çalışma süresi ile uyumludur.					
18	Hastalara sunduğum hizmetin sonuçlarını izleme fırsatım var.					

19	Mesleki kariyerime ilişkin uygun ve yeterli danışmanlık alabiliyorum.					
20	Bu hastanede asistanlar için yeterli ve uygun asistan odası (özellikle de nöbet odası) vardır.					
21	Gereksinimlerime uygun bir eğitim programı vardır.					
22	Kıdemlilerimden düzenli olarak geribildirim alırım.					
23	Klinik eğiticilerim planlı-programlı çalışır.					
24	Bu hastane ortamında kendimi fiziksel olarak güvende hissediyorum.					
25	Bu klinikte (uzmanlık eğitimi sırasında) asistanları suçlama alışkanlığı yoktur.					
26	Nöbette çıkan yemekler iyidir.					
27	Gereksinimlerime yönelik yeterli klinik öğrenme fırsatım var.					
28	Klinik eğiticilerimin eğitim ve öğretim becerileri iyidir					
29	Kendimi burada çalışan ekibin bir parçası gibi hissediyorum					
30	Asistanlık dönemime uygun mesleki (pratik, klinik) becerileri kazanma fırsatım var.					
31	Klinik eğiticilerime ihtiyacım olduğunda kolayca ulaşabiliyorum					
32	İş yüküm bence uygun					
33	Klinikteki kıdemlilerim öğrenme fırsatlarını iyi değerlendirirler					
34	Burada aldığım eğitim bana iyi bir uzman hekim olacağımı hissettiriyor					
35	Klinik eğiticilerim aynı zamanda iyi birer danışman ve “akıl hocası”dır.					
36	İşimden çok keyif alıyorum.					
37	Klinik eğiticilerim kendi kendine öğrenme konusunda beni teşvik					

	eder.					
38	Bu klinikte eğitimini tamamlamada eksikliği olanlar için danışmanlık alabilecek fırsatlar vardır.					
39	Klinik eğiticilerim güçlü ve zayıf yanlarımı bana uygun biçimde söylerler.					
40	Klinik eğiticilerim karşılıklı saygıya dayanan bir çalışma ortamı sağlarlar.					

EK 3. ANKET FORMU

Anket formu

Değerli Asistan Arkadaşlar,

Bu anket sizin uzmanlık öğrenciliği sürecinizde, bulunduğunuz eğitim ortamınız ile ilgili algılama ve değerlendirmelerinizi ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Yanıtlarınızın verileri sadece tez çalışmaya destek olacak, kişisel yanıtlarınız gizli tutulacak, kurumlar bir sorumluluk taşımayacaktır.

Zaman ayırarak anketi yanıtladığınız için çok teşekkür ederim.

1. Yaşınız (yıl)=.....

2. Cinsiyet 1 ☐ Kadın...2 ☐ Erkek

3. Yaşadığınız şehir:

3. Kaçınıcı yıl asistanısınız? (Yıl, ay):.....

4. Mezun olduğunuz fakülte:.....

5. Mezun olduğunuz yıl:.....

6. Uzmanlık eğitimi aldığınız hastane:

1 ☐ Üniversite Hastanesi 2 ☐ Eğitim Araştırma hastanesi

7. Alanınızı isteyerek mi seçtiniz?. 1 ☐ Evet...2 ☐ Hayır.....

8. Kurumunuzun eğitim-hizmet dengesini nasıl değerlendirirsiniz?

1. Eğitime daha fazla önem veriliyor

2. Hizmete daha fazla önem veriliyor

3. Her ikisi de dengeli olarak yürütülüyor

4. Diğer.....

9. Araştırma-yayın yapmakta herhangi bir güçlükle karşılaşılıyor musunuz?

1:Her zaman 2:Çoğunlukla, 3: Bazen, 4: Nadiren, 5: Hiç

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili eklemek istediğiniz öneriler:

.....

.....

.....