



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
EĞİTİM VE ÇALIŞMA KOŞULLARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ**

Dr. ÜMMÜ DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2020

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
EĞİTİM VE ÇALIŞMA KOŞULLARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ**

Dr. ÜMMÜ DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda yanımda olan tez danışmanım Sayın hocam Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na teşekkür ederim. Aynı şekilde uzmanlık eğitimim süresince eğitimimiz için her türlü çabayı sarf eden anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Ruhşen Kutlu'ya, eğitimim boyunca ve tez çalışmamda yardımlarını, bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, asistanlık sürecinde her türlü yardımını esirgemeyen Sayın Öğr. Gör. Dr. Nur Demirbaş'a teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen araştırma görevlisi ve aile hekimliği polikliniği çalışan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, beni bu günlere getiren, gece gündüz çabalayan canım anneme ve canım babama, zorda kaldığımda hep yanımda olan ablam ve kardeşime, her türlü desteğim, en iyi arkadaşım, sırdaşım, yoldaşım, biricik eşim Dr. Hasan Doğan'a ve beni annelikle şereflendiren dünya tatlısı, minik yavrum Zeynep Sevde'ye teşekkür ederim.

Dr. ÜMMÜ DOĞAN

KONYA 2020

ÖZET

TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM VE ÇALIŞMA KOŞULLARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Dr. Ümmü DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2020

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma ortamlarının internet ortamında, kendi bakış açılarıyla değerlendirilmesi, böylelikle sorunlarının ve beklentilerinin ortaya çıkarılması amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanan bu araştırmanın evrenini aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, örneklemini internet ve sosyal medya kullanan 434 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi oluşturdu. Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine dokuz aylık bir süreçte değişik sosyal ağlar ile duyuru yapılarak tez çalışması için veri toplandığı ve kısaca çalışmanın amacı açıklanıp gönüllü olanların verilen linkteki anket formunu doldurmaları istenerek ulaşıldı. Çalışmada iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı. İlk bölüm araştırmacılar tarafından hazırlanan 14 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler içermektedir. İkinci bölüm, daha önce Meram Tıp Fakültesi etik kurulundan onaylı başka bir çalışma için hazırlanan anket formu soruları, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (DTEF) ana başlıkları, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) önerileri ve benzer çalışmalardan esinlenerek hazırlanan birinci kısmı eğitim, ikinci kısmı çalışma ortamları ile ilgili 25'er ifadeden oluşmaktaydı. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22,0 programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $29,26 \pm 4,31$ (minimum:24 maksimum:51) yıldı. Uzmanlık öğrencilerinin %68,7'si (n=298) 24-29 yaş grubunda ve %70,5'i (n=306) kadındı. Katılımcıların %53,7'si (n=233) çalışma şartlarından dolayı, %21,7'si (n=94) sevgi ve ilgisinden dolayı aile hekimliğini seçmişlerdi. Uzmanlık öğrencilerinin %67,5'i (n=293) eğitim aldığı alanı seçmekten, %73,0'ü (n=317) yaşadığı şehirden memnundu ve %64,1'i (n=278) yeniden seçme şansı olsa yine aile hekimliğini seçmek istediklerini belirtmişlerdi. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86,9; n=377) makale seminer saatleri gibi eğitimle ilgili faaliyetlerin düzenli olarak yapıldığını, yaklaşık üçte biri teorik eğitimin (%30,2; n=131) ve pratik eğitimin standartlara göre (%30,6; n=133) yeterli olmadığını belirtti.

Katılımcıların %57,1'i (n=248) eğitim aile sağlığı merkezlerinin olmadığını vurguladı. Fiziki koşullarla ilgili olarak asistan hekimlerin yarısından fazlası (%56,5 n=245) asistan odası, nöbet odası gibi dinlenme ortamlarının yetersiz olduğunu belirtti. Uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık yarısı (%44,5'i; n=193) da uzmanlık eğitimini tamamladığında her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olacağına inanmaktaydı. Tıpta uzmanlık sınavında (TUS) aile hekimliği kariyerini ilk üç sırada tercih edenlerin anabilim dalı değerlendirme puanı (ADDP) (91,68±16,77), dördüncü sıra ve sonrasında tercih edenlerin ADDP'sinden (85,78±19,17) (**p=0,008**) ve aile hekimliğini seçmiş olmaktan memnun olanların ADDP'si (93,95±16,47) memnun olmayanlardan (72,96±18,95) ve kararsız olanlardan (82,11±16,23) (**p<0,001**) yüksekti. Çalışma şartlarından (71,10±18,73) ve zorunluluklardan (66,78±17,14) dolayı aile hekimliğini seçenlerin kurum değerlendirme puanı (KDP) sevgisi ve ilgisinden (80,74±19,32) dolayı seçen katılımcılardan düşüktü (**p<0,001**). Uzmanlık eğitiminden memnuniyet puanı (UEMTP) 36 yaş ve üzerindeki (162,87±33,76), 24-29 (162,24± 31,39)(**p=0,008**) ve 30-35 yaş grubuna (158,68±38,90) (**p=0,005**) göre yüksekti. Aile hekimliğini seçmiş olmaktan memnuniyet durumu ile yaşadığı şehirden memnuniyet durumu arasında pozitif yönde korelasyon vardı (**r=0,288 ; p=0,001**).

Sonuç: Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi kadındı ve yarısından fazlası çalışma şartlarından dolayı aile hekimliği eğitimini seçmişti. Aile hekimliğini TUS'ta ilk üç sırada tercih edenlerin uzmanlık eğitiminden memnuniyeti daha yüksekti ve büyük çoğunluğu aile hekimliğini seçmekten ve yaşadığı şehirden memnundu. İlginç sonuçlardan birisi de dörtte üçünden fazlası makale, seminer saatleri gibi eğitimle ilgili faaliyetlerin yeterli olduğunu belirtmesine rağmen yaklaşık üçte birinin teorik ve pratik eğitimin yeterli olmadığını belirtmesiydi. Daha ileri düzeyde araştırılması gereken diğer bir önemli sonuç da uzmanlık öğrencilerinin yarısından daha azının eğitimlerini tamamladıklarında her koşulda çalışabilecek yeterlilikte olacaklarına inanmalarıydı. Çalışmadaki bu sonuçların aile hekimliği uzmanlık eğitiminin kurumsal ve ulusal düzeyde gözden geçirilerek, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin iyileştirilmesine ve ulusal eğitim standartlarının belirlenmesine katkısı olacağı düşünülebilir. Ancak bu çalışmanın uzmanlık eğitimini değerlendiren en detaylı çalışma olmasına karşın bu konuda yapılacak nitel ve nicel başka çalışmalarla desteklenmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, mezuniyet sonrası tıp eğitimi, eğitim ortamı, çalışma koşulları

ABSTRACT

OPINIONS OF FAMILY MEDICINE RESIDENTS IN TURKEY ABOUT TRAINING AND WORKING CONDITIONS

Dr. Ümmü DOĞAN

THE MASTER THESIS

KONYA-2020

Aim: In this study it is aimed to evaluate training and working environments of family medicine residents in Turkey, in the internet environment from their own perspectives and to reveal problems and expectations in this way.

Materials and Method: The population of this study, which was planned as a descriptive and cross-sectional study, consisted of family medicine residents and the sample of 434 family medicine specialization students using the internet and social media. Announcement has been made to family medicine residents in Turkey within a period of nine months from social networks and it was stated that data were collected for a thesis study and the purpose of study was briefly explained. It was requested for those volunteering to fill in the questionnaire form in the link and they were reached in this way. A questionnaire form consisting of two parts was used in the study. The first part contained sociodemographic information consisting of 14 questions prepared by the researchers. Second part was composed of 25 expressions each, relating with training in first section and study environments in second section, inspired by the questionnaire questions prepared for another study previously approved by the ethics committee of Meram Faculty of Medicine, the main topics of the World Medical Education Federation (WFME), the recommendations of the Board of Specialization in Medicine Curriculum Creation and Standart Setting System (TUKMOS) and similar studies. SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 program was used for statistical analysis. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 29.26 ± 4.31 (minimum:24 maximum:51) years. More than sixty percent (68.7%; $n=298$) of the residents were in the 24-29 age group and 70.5% ($n=306$) were women. More than half (53.7%; $n=233$) of the participants chose family medicine career because of their working conditions and 21.7% ($n=94$) of them because of their love and interest. Generally residents were satisfied (67.5%; $n=293$) about their education field choice, 73.0% ($n=317$) were satisfied with the city they lived in, and 64.1%

(n=278) of them stated that they would choose family medicine again if they had the chance to. The majority of the participants (86.9%; n=377) stated that activities related to education such as article reading activities and seminars are regularly held, approximately one third of them stated that knowledge education (30.2%; n = 131) and practical training were not sufficient according to the standards (30.6%; n = 133). 57.1% (n = 248) of the participants emphasized that there are no education family health centers. Regarding physical conditions, more than half of the specialized physicians (56.5%; n=245) stated that resting environments such as assistant's room and duty room were insufficient. Nearly half of specialization students believed that when they complete their specialization education, they would have competency to work under any conditions (%44.5'i; n=193). Main department evaluation score (DES) of those selecting family medicine career in the first three rows in medical specialization exam (TUS) was (91.68±16.77) higher than of those selecting in fourth row (85.78±19.17) (p=0.008). DES of those being satisfied with having selected family medicine was (93.95±16.47) higher than those not being satisfied (72.96±18.95) and being not decided (82.11±16.23) (p<0.001). Institutional evaluation score (IES) of those selecting family medicine due to working conditions (71.10±18.73) and difficulties (66.78±17.14) was lower than those selecting due to their love and interest (80.74±19.32) (**p<0.001**). Total satisfaction score from specialization training (TSSST) of those aged 36 and above (162.87±33.76), was higher than scores of those in age group of 24-29 (162.24±31.39) (**p=0.008**) and 30-35 (158.68±38.90) (**p=0.005**). There was a positive correlation between satisfaction with choosing family medicine and satisfaction with the city lived in (**r=0.288; p=0.001**).

Conclusion: About two-thirds of the participants were women, and more than half chose family medicine training due to their working conditions. Those who chose family medicine in the first three places in medical specialization exam (TUS) had higher satisfaction with their specialty education and most of them were satisfied with choosing family medicine and the city they lived in. One of the interesting results was that although more than three-quarters stated that activities related to education such as article reading activities and seminars were sufficient, approximately one-third stated that theoretical and practical training was not sufficient. Another important result that needs to be investigated further was that less than half of the residents believed that when they completed their education, they would be competent to work in all conditions. It can be thought that these results of the study will contribute to the improvement of family medicine specialization training and the determination of national education standards by reviewing the family medicine specialty training at institutional and

national level. However, it should not be forgotten that although this study is the most detailed study evaluating the specialty education, it should be supported by other qualitative and quantitative studies to be conducted on this subject.

Keywords: Family medicine, post graduate medical education, education environment, working conditions



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tıp Eğitimi.....	2
2.1.1. Tıp Eğitiminde Değişim.....	2
2.1.2. Dünya’da Tıp Eğitimi.....	5
2.1.3. Türkiye’de Tıp Eğitimi.....	6
2.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi.....	8
2.2.1. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ortamı.....	10
2.3. Aile Hekimliği.....	12
2.3.1. Aile Hekimliği Disiplininin Tanımı, Temel Özellikleri ve Aile hekiminin Çekirdek Yeterlilikleri.....	13
2.3.2. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	14
2.3.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	16
2.3.4. Dünya’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	17
2.3.5. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	18
2.4. Aile Hekimliğinin Çalışma Koşulları.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Evreni	21
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.4. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	22
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-1)	22
3.6.2. Eğitim ve Çalışma Ortamı İle İlgili Sorular (EK-1)	23

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	23
4. BULGULAR	24
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	24
4.2. Anabilim Dalını Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	27
4.3. Kurumu Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	29
4.4. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Anabilim Dalı Değerlendirme Puanları.....	31
4.5. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Kurum Değerlendirme Puanları.....	33
4.6. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Uzmanlık Eğitiminden Memnuniyet Toplam Puanları.....	36
4.7. Kurum, TUS'ta Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın Tercih Sırası, Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre, Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu, Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu, Anabilim Dalı Değerlendirme Puanları, Kurum Değerlendirme Puanları ve Uzmanlık Eğitiminden Memnuniyet Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi.....	38
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇLAR	48
7. ÖNERİLER.....	50
8. KAYNAKLAR	50
9. EKLER	58

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education

ADDP: Anabilim Dalı Değerlendirme Puanı

AHEAD: Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği

AHEF: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

AKTS: Avrupa Kredi Transfer Sistemi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DE: Diploma Eki

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DTEF: Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu

e-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

KDP: Kurum Değerlendirme Puanı

ÖSYM: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

TAHEV: Türkiye Aile Hekimliği Vakfı

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TAHYK: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu

TEPDAD: Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği

TUT: Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Komisyonu

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

UEMTP: Uzmanlık Eğitiminden Memnuniyet Toplam Puanı

Ulusal ÇEP: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

UTEAK: Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

WHA: Dünya Sağlık Meclisi (World Health Assembly)

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLULAR

Tablo 1: Önerilen uzmanlık eğitim yılı ve rotasyon süreleri.....	21
Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	26
Tablo 3: Anabilim dalını değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevaplar.....	28
Tablo 4: Kurumu değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevaplar.....	30
Tablo 5: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama anabilim dalı değerlendirme puanları.....	32
Tablo 6: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama kurum değerlendirme puanları.....	35
Tablo 7: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanları	37
Tablo 8: Kurum, TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanın tercih sırası, uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre, uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu, yaşadığı şehirden memnuniyet durumu, ADDP, KDP ve UEMTP arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	39

ŞEKİLLER

Şekil 1: WONCA Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler.....	14
--	----

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır (1). Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uzmanlık eğitiminin belli standartlar, hekimlik onuru ve etik ilkeleri çerçevesinde yapılandırılmış, toplumun ihtiyaçları ve beklentileri şekillendirilmiş, objektif temelli ölçme ve değerlendirmeler ile sertifikalandırılan bir süreç olması gerektiğini belirten çok sayıda çalışma mevcuttur (1,2,3).

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (DTEF) ‘nun tıp eğitimi için uluslararası standartlar belirleme amacıyla 1998 yılında başlattığı çalışmanın ardından yayınladığı, sonradan “Trioloji” olarak adlandırdığı “Tıp Eğitiminde Uluslararası Standartlar” raporları üç başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklardan biri de mezuniyet sonrası eğitimidir (2). Bu standartlarla tıp eğitiminin her aşamasındaki programlarda ve tıp eğitiminden sorumlu olan kurumlarda uygulanmak üzere tıp eğitiminde kalite gelişimi için bir yöntem sağlamak amaçlanmıştır. DTEF dokuz ana başlıkta topladığı mezuniyet sonrası tıp eğitimi programlarının değerlendirilmesindeki temel standartlardan biri olarak eğitim ortamını öne çıkarmaktadır (2).

Tıp eğitimi söyleminde “çevre” veya “eğitim ortamı” giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde eğitim ortamı eğitimin her bir bileşeniyle etkileşim içindedir. Planlanmış eğitim müfredatı içeriği kadar öğrenci ve eğiticinin o kurumdaki eğitim ortamının da farkında olmasını sağlamalıdır. Çünkü eğitim ortamının eğitilenler tarafından nasıl algılandığı öğrenme süreçlerinin niteliğini belirlemede anahtar rol oynar (4). DTEF, tıp eğitimi programlarının değerlendirilmesinde temel başlıklardan birisi olarak, eğitim ortamını öne çıkarmaktadır (5). Eğitim kurumlarındaki akademik ve sosyal çevre ile ilgili çeşitli öğeler, hem müfredatlarda hem de eğitim sürecinde çeşitli düzeylerde bireyden bireye farklı etkiler yaratabilmekte yani eğitim ortamı öğrencinin motivasyonunu olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle eğitim ortamının bileşenlerinin öğrenciler ve eğiticiler tarafından anlaşılmasının, öğrenim hedeflerinin gerçekleştirilmesine temel olacak düzenlemelere kaynak olabileceği belirtilmektedir (4). Tıpta eğitim ortamının öğrenci ve eğitici sayısı, nitelikleri, kütüphane, laboratuvar, altyapı ve diğer kaynaklarının

büyüklüğü, yayın sayısı, araştırmalar, eğitim programı dokümanları, öğrenme hedefleri gibi boyutları bilinir, ancak eğitilenler tarafından nasıl değerlendirildiği konusunda oldukça az sayıda yayın yapılmıştır (6). Uzmanlık eğitimi programlarının kalitesi eğitim ortamı ile değerlendirilebilir. Eğitim ortamının değerlendirilmesi eğitimin içeriği, kurum kültürü hakkında daha doğru bilgi sağlayarak kurumların eğitimlerinin dolayısıyla mezunlarının kalitesinin artmasına, kuruma aidiyetin artışına sebep olur (7). Nitekim Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Komisyonu (TUKMOS) da eğitim ortamlarını detaylı olarak tanımlamakta, konunun önemine vurgu yapmaktadır (1).

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma ortamlarının, internet ortamında uzmanlık öğrencilerinin kendi bakış açılarıyla değerlendirilmesi, böylelikle sorunlarını ve beklentilerini ortaya koymak ve tıpta uzmanlık eğitiminin iyileşmesine ve gelişmesine katkıda bulunabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıp Eğitimi

DTEF tıp eğitiminin ana hedefini, insanların sağlığının iyileştirilmesi olarak belirtmektedir (2). Nitekim 1988 yılında yayınlanan Edinburg Bildirgesi ile de tıp eğitiminin amacını, tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltecek, sağlıklı yaşamalarını sağlayacak hekimler yetiştirmek olarak vurgulamışlardır (8).

2.1.1. Tıp Eğitiminde Değişim

Tıp eğitiminde daha nitelikli bir eğitim arayışı için olan çalışma ve tartışmalar son otuz-kırk yıldır yoğunlaşarak sürmektedir. Tıp eğitimi ile ilgili gelişme ve çalışmaları eski tarihlerden başlayarak incelemek gerekirse, Abraham Flexner'in Cournege Vakfının görevlendirmesi üzerine hazırladığı raporu, tıp eğitiminin kalitesini arttırmada önemli bir girişim olmuştur (9,10). Abraham Flexner'in 1910 yılında yayımladığı yüz yıl sonra bile tıp fakülteleri üzerindeki etkisi dünya çapında hissedilen rapor önemli ilkelere dayanıyordu. Flexner raporuna göre; tıp fakültelerinin eğitim programları bilimsel bir temele dayandırılmalı ve fakülteler üniversiteye bağlı olmalıydı. Aynı zamanda hekimlerin işlevlerinin bireysel ve iyileştirici olmaktan ziyade sosyal ve önleyici olmaları gerektiğini vurguluyordu. Raporda, tıp fakültelerinin niteliksiz hekim yetiştirdiğini ve tıp fakültelerinin ticarileşmesinin eğitimin kalitesini düşürdüğünü öne sürerek, ABD'deki tıp fakültesi sayısının 155'ten 31'e düşmesine sebep olmuştu (9,10). Flexner raporunda; tıp fakültelerinin topluma hak ettiği hizmeti sunan nitelikli hekimler yetiştirmesi gerektiğini ve kamu hizmeti kurumu olması gerektiğini

savunmuştur. Ayrıca; tıp fakültesine giriş öncesi eğitim ve kabul şartlarının düzenlenmesi, klinik eğitim ortamının bir üniversite hastanesi olması, eğitimcilerin eğitimi ve sürekli mesleki gelişim, laboratuvarların kullanımı ve uygun malzeme temini gibi konulara da vurgu yapmıştır (9,10).

O zamandan beri yapılan değişiklikler mezuniyet sonrası eğitim programlarına duyulan ihtiyacı da beraberinde getirdi. Avrupa’da bir hekim 1930’larda ortalama bir iki senelik mezuniyet sonrası eğitimden sonra bağımsız pratiğe başlayabilirken, günümüzde mezuniyet sonrası tıp eğitimi sekiz seneyi bulabilmektedir. Bu durum hekimlerin gerekli yetkinlikleri ve yeteneklerini geliştirmeleri için bir gereklilik olarak görülmüştür (11).

Tıp eğitimi tartışmalarının bilimsel temellerini yaygınlaştırarak sağlamlaştıran süreçte, dünya çapında tıp eğitiminin kalitesini artırmak amacıyla 1972 yılında DTEF kurulmuştur. DTEF 1984’ten bu yana “Tıp Eğitiminin Yeniden Yapılandırılması için Uluslararası İşbirliği Programı” yürütmüştür. Bu sürecin köşe taşları, Edinburgh Bildirgesi (1988), Dünya Sağlık Meclisi (World Health Assembly, WHA) tarafından 1989’da kabul edilen 42.38 WHA Kararı, WHA Kararı 48.8’de belirtilen 1993 Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi Önerileri ve 1995 Tıp Eğitimi ve Herkes İçin Sağlık Uygulamalarının Yeniden Düzenlenmesidir (2).

DTEF, 1988’de yayımladığı Edinburg bildirgesinde, milyonlarca insanın önlenebilir, tedavi edilebilir hastalıklardan öldüğünü ve insanların herhangi bir sağlık hizmetine ulaşamadığına dikkat çekmektedir. Yani, biyomedikal bilimlerdeki ilerlemeye rağmen, tıp eğitiminin insanların sağlığını koruyacak ve tedavi edecek doktorlar yetiştirme amacını gerçekleştirilememektedir. Edinburg Bildirgesi’nde bu nedenle, tıp eğitim ortamının yalnızca hastaneleri değil toplumun sağlıkla ilgili tüm kurumlarını içermesini, yaşam boyu öğrenmeyi sağlayacak şekilde bağımsız ve aktif öğrenmenin desteklenmesini, eğitim programlarının doktorların sadece bilgi değil, mesleki yeterlikleri ve sosyal değerleri de öğrenmesini sağlayacak şekilde olmasını, eğitim programlarının içeriğinin ulusal sağlık önceliklerini kapsamasını, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesini, tıp öğrencilerinin seçiminde kişisel niteliklerin ölçütlerini içeren yöntemler kullanılmasını vurgulamaktadır. Ayrıca eğitimcilerin de sadece kendi alanlarında uzman olmalarının yeterli olmadığı aynı zamanda eğitimci olarak yetiştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bildirgenin disiplin temelli yerine problem çözmeye dayalı eğitim programı uygulanmasından, tıp fakültesi öğrenci sayılarına kadar birçok konuda nitelikli tıp eğitiminin nasıl yapılması gerektiği hakkında önemli katkıları olmuştur (8).

Öğrenme teknolojilerindeki (e-öğrenme, simülasyon) hızlı değişim mezuniyet sonrası tıp eğitimini de değiştirmeye zorlamaktadır (11).

Son yıllarda mezuniyet sonrası eğitimde de giderek önem kazanan “sonuca dayalı eğitim” (outcome-based education) öğrenme içeriklerinin açık ve net bir şekilde tanımlanmasını, uygun eğitim stratejilerinin belirlenmesini, eğitim ortamının tanımlanmasını ve eğitilen, eğitici, halk gibi diğer paydaşlarda dahil tüm ilgililerle paylaşılmasını önermektedir. Sonuca dayalı eğitim, eğitilenleri kendi öğrenimleri için daha fazla sorumluluk almaya teşvik eder. Eğitilenlere, çalışmalarını planlamalarını ve programdaki ilerlemelerini ölçmelerine olanak sağlar. Eğitimin her aşaması veya aşamasının sonuçlarını açık şekilde sunarak, temel eğitim, mezuniyet sonrası eğitim ile sürekli eğitim arasındaki ilişkiyi sağlamaya yardımcı olur (12).

Gelecekte, öz değerlendirme fırsatları mezuniyet sonrası öğrenim ortamının anahtar bir özelliği olacaktır. Böylece öğrenciler eğitim deneyimlerine ve gerekli öğrenme çıktılarına göre kendi ilerlemelerini grafiklendirebilecekler ve öğrencilerin eğitim faaliyetlerinin bir kaydı olarak hazırlanan bu elektronik belge resmi değerlendirmelerine katkıda bulunacaktır (11).

Başlangıçta temel tıp eğitimi bağlamında geliştirilen, ancak şimdilerde mezuniyet sonrası eğitimde uygulanan üç daire modeli vardır. Bu modelde doktor, gerekli klinik becerileri uygun bir şekilde yerine getirebilecek bir profesyonel olarak tanımlanmıştır. İç çemberde bir doktorun yapabilmesi beklenen beceriler tanımlanır ve altı başlık altında toplanır. Anamnez ve fizik muayene, iletişim, hastaları inceleme, sağlığı geliştirme ve koruma, pratik işlemler, hasta yönetimini içerir. Bunlar “doktor ne yapmalı” ya da “doğru işi yapmak” olarak özetlenebilir. Çemberin orta bölümünde doktorun mesleki yaklaşımı yer alır ve “iş doğru yapmak” olarak özetlenebilir. Bunlar; bilimsel anlayışının tıp pratiğine temel olarak uygulanması, eleştirel düşünme, problem çözme, karar verme, klinik akıl yürütme becerilerine, uygun tutumların, etik duruşun ve yasal sorumlulukların yerine getirilmesi ve uygun bilgi alma, kullanma becerilerine sahip olma başlıklarını kapsar. Dış çember, profesyonellik ve bireyin gelişimi ile ilgili davranışları içerir ve “iş doğru kişinin yapması”nı tanımlar. Doktorun sağlık sistemi içindeki rolünü ve bireyin kişisel gelişimini içerir (11,12).

2.1.2. Dünyada Tıp Eğitimi

Bir üniversitesinin bütünsel gelişimi, araştırma kapasitesinin yanında öğretim kapasitesinin de güçlendirilmesini gerektirir. Öğretim kapasitesinin güçlendirilmesi ise; öğretim üyelerinin "eğiticilik" yetkinliklerinin geliştirilmesi, öğretim programlarının iyileştirilmesi, öğrenme ortamlarının zenginleştirilmesi, öğretim materyalleri sağlanması ve yaşam boyu öğrenme becerilerinin kazandırılarak, eğitilenlere de bu becerilerin kazandırılmasının sağlanması gibi bileşenleri en azından içermelidir (13).

Bologna süreci, 2010 yılına kadar Avrupa Yükseköğretim Alanı oluşturmayı hedefleyen bir reformdur. 47 üye ülke tarafından oluşturulmuştur ve sürdürülen süreçle ilgili çalışmalarda ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Bologna süreci, 1999 yılında Bologna Üniversitesi'nde (Almamater Studiorum Universita' Di Bologna) 29 Avrupa ülkesinin yükseköğretimden sorumlu bakanları bir araya gelerek "Bologna Bildirisi" olarak bilinen ortak bir bildiri yayınlamasıyla başlamıştır. Bu bildiri de açıklanan temel amaç, 2010 yılına kadar, birbirini karşılıklı olarak tamamlayan, kendi içinde uyumlu ve rekabet gücü yüksek bir "Avrupa Yükseköğretim Alanı" (European Higher Education Area) oluşturmaktır. Bu ana hedef doğrultusunda Bologna Süreci'nin bu bildiri ile ilan edilen altı temel hedefi şunlardır:

1. Kolay anlaşılır ve birbirleriyle karşılaştırılabilir yükseköğretim diploma ve/veya dereceleri oluşturmak (bu amaç doğrultusunda Diploma Eki uygulamasının geliştirilmesi)
2. Yükseköğretimde Lisans ve Yüksek Lisans olmak üzere iki aşamalı derece sistemine geçmek
3. Avrupa Kredi Transfer Sistemini (AKTS) uygulamak
4. Öğrencilerin ve öğretim görevlilerinin hareketliliğini sağlamak ve yaygınlaştırmak
5. Yükseköğretimde kalite güvencesi sistemleri ağını oluşturmak ve yaygınlaştırmak
6. Yükseköğretimde Avrupa boyutunu geliştirmek.

Bologna Bildirisi'nin yayımlanmasından iki yıl sonra, Türkiye'yi de içeren üç yeni ülkenin katılımı ile, 2001 yılında Prag'da Bologna sürecine üç hedef daha eklenmiştir:

7. Yaşam boyu öğrenmenin teşvik edilmesi
8. Öğrencilerin ve yükseköğretim kurumlarının sürece aktif katılımının sağlanması

9. Avrupa Yükseköğretim Alanı'nın cazip hale getirilmesi.

Berlin'de 2003 yılında toplanan 33 Avrupa ülkesinin Yükseköğretim Bakanları, Bologna Süreci'ne, "Avrupa Araştırma Alanı (*European Research Area, ERA*) ile Avrupa Yükseköğretim Alanı (*European Higher Education Area, EHEA*) arasında bir sinerji kurmak ve Doktora çalışmaları" konulu, 10'uncu hedef eklemiştir (13,14).

Türkiye uygulamalarında da 31 üniversite Avrupa Kredi Transfer Sistemi (AKTS) etiketi, 73 üniversitede Diploma Eki (DE) etiketi almış ve uygulamalar hemen hemen tüm üniversitelere yaygınlaştırılmıştır (13).

2.1.3. Türkiye'de Tıp Eğitimi

Cumhuriyet Dönemi'nde gerçekleştirilen üniversite reformuyla beraber 1933 yılında İstanbul Üniversitesi ilk ve tek üniversite, tıp fakültesi de ilk ve tek tıp fakültesi olarak açılmıştır (15).

Alman bilim adamları tüm bu gelişmelerin ışığında, dünyada Flexner'in raporuna kaynaklık eden Alman tıp eğitim modelini ülkemize taşımış ve tıp eğitimimiz için önderlik etmişlerdir. Alman eğitim sistemi etkisi altında geleneksel tıp eğitimi olarak adlandırılan klasik eğitim yaklaşımıyla amfi derslerinden oluşan, eğitici merkezli, disiplin temelli bir eğitim programı ile tıp eğitimine başlanmıştır. Sonraki yıllarda kurulan tıp fakültelerinin birçoğunda aynı eğitim modeli yaklaşımı sürdürülmüştür (15,16).

1963 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin açılmasıyla tıp eğitiminde disiplin temelli program dışında farklı bir yaklaşım benimsenmeye başlamıştır. İlk defa ABD Case Western Reserve Tıp Okulu'nda 1950'lerde uygulanmaya başlanan organ-sistem temelli entegre tıp eğitimi sistemi ülkemizde ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlamıştır. Bu ülkemiz tıp eğitimi açısından bir dönüm noktasıdır. Başarılı olan bu entegre sistemi daha sonraki yıllarda birçok tıp fakültesi için örnek olmuştur (16,17). 1982 yılında kurulan ve disiplin temelli tıp eğitimi programı uygulayan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 1997-1998 akademik yılında eğitim programında köklü bir değişiklik yaparak yeni bir tıp eğitimi modelini benimsemiştir. Bu eğitim modelinde disiplin temelli eğitim modelinin benimsediği öğretmen merkezli, bilgi yüklemeye dayalı, standart, hastane merkezli, fırsatlara dayalı programın tam karşıtı; öğrenci merkezli, probleme dayalı, entegre, topluma dayalı, seçmelilere yer veren, sistematik yenilikçi eğitim stratejileri uygulamaya başlanmıştır (16,18).

Türk tıp eğitiminde bu gelişmelerden sonra tıp fakülteleri eğitim sitemlerini gözden geçirmeye, eğitim programlarında değişikliklere gitmeye başlamıştır. Eğitim programlarının iyi ve eksik yanları, içerikleri ve mezun yeterlilikleri tartışılmaya başlanmıştır. Dünya örneklerinde olduğu gibi tıp fakülteleri içinde tıp eğitimi alanında çalışmalar yapan özel birimler oluşturulmaya başlanmıştır. Tıp fakültelerinde açılan Tıp Eğitimi Anabilim Dallarının tartışmaların doğru biçimde yönlendirilmesinde oldukça fazla etkileri olmuştur (16).

1981 yılında 2547 sayılı yasa ile kurulan Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) hayata geçirilmesinden sonra tıp fakültelerinin sayısında hızlı bir artış olmuştur. Bu artışla birlikte Hatay milletvekili Ali Uyar ve 40 arkadaşı tarafından gerekli bilgi ve beceriye sahip olamadan tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin durumunu ve bu yetersizliğin nedenlerini araştırmak üzere 1990 yılında TBMM'ye bir önerge sunulmuştur. Bu önerge ile bir araştırma komisyonu kurulmuştur. Önergede araştırılması istenen konuların ilgililerinden görüş ve bilgi alınmıştır. Komisyonun hazırladığı raporda, tıp fakültelerinden gelen geri bildirimlerde; öğrenci sayısı fazlalığı, öğretim elemanı sayısı azlığı, öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının fazla olması, gelişen teknolojilere rağmen eğitim materyallerinin yetersizliği, eğitim ortamı şartlarının yetersiz olması, öğrencilerin sosyal ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi konular dikkat çekmektedir. Ayrıca tıp fakültelerinde aynı standartta tıp eğitimi verilemediği, aradaki dengesizliğin ve eğitim farkının kaldırılması gerektiği ve standart eğitim şartlarının olması gerektiği raporda belirtilmiştir. Bu raporun birçok cümlesine YÖK temsilcisi tarafından karşıt görüş belirtse de istatistikler raporun doğruluğunu göstermektedir (16,19).

2016 yılı itibari ile 89 tıp fakültesi bulunmakta iken 15 Temmuz 2016 sonrası tıp fakültesi bulunan 6 vakıf üniversitesinin kapanması ile tıp fakültesi sayısı 83 olmuştur. Böylece tıp fakültesi sayısı azalırken mevcut öğrencilerin diğer üniversitelere aktarılması ile öğrenci sayısı değişmemiştir. 2019 yılı itibariyle günümüzde 96 tıp fakültesi bulunmaktadır (16,20).

Ülkemizde, tıp fakültelerinin sayısındaki artışa paralel olarak, temel standartların oluşturulması, tıp eğitiminin iyileştirilmesi bağlamında 2001 yılında önemli bir adım atılarak "Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" (Ulusal ÇEP) çalışmalarına başlanmıştır. Ulusal ÇEP (Ulusal ÇEP-2002), 02 Şubat 2002 tarihinde Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından kabul edilmiş ve 2003-2004 eğitim öğretim yılı itibariyle uygulanmaya başlanmıştır (21).

Ulusal ÇEP-2002, ulusal anlamda ilk kez tıp eğitiminin belli standartlara göre yapılmasına öncü olması bakımından ülkemiz tıp eğitimine önemli katkılar sağlamış ve tıp fakültelerinin eğitimle ilgili çalışmalarında rehberlik etmiştir ve farklı bir bakış açısı geliştirmesini sağlamıştır. Ancak süreç içinde toplumun değişen sağlık gereksinimleri ve değişen sağlık politikaları nedeniyle Ulusal ÇEP-2002'nin sağlık ve eğitim alanında yaşanan değişimleri yansıtacak şekilde yenilenmesi konusu gündeme gelmiştir ve 2014 yılında güncellenmiştir. Haziran 2014 tarihinden itibaren tüm tıp fakültelerinin Ulusal ÇEP 2014'e uyum sağlamaları istenmiştir (21).

Ülkemizde 2008 yılında Tıp Dekanları Konseyi tarafından Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) kurulmuştur. 2011 yılında, UTEAK'ın bağımsız bir kuruluş olması gerekliliği talebini YÖK'e iletmesi ile Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) kurulmuş ve YÖK tarafından onaylanmıştır. 2013 yılında ise Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından kabul görmüştür. YÖK ise 2016 yılından itibaren TEPDAD tarafından akredite edilen eğitim programlarını Üniversite Tercih Kılavuzu'nda yayımlamaya başlamıştır (22).

TEPDAD ve UTEAK'ın temel amacı, tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yaparak ülkemizde tıp eğitiminin kalitesinin yükseltilmesini sağlamaktır. Böylece, bilim ve toplumdaki gelişmeler ile hekimlik uygulamalarını bütünleştirip toplumun sağlık sorunlarına yüksek nitelikli sağlık hizmeti verebilecek bilgi, beceri ve tutuma sahip, mesleki yaşamı boyunca öğrenme isteğini sürdürme becerisi kazanmış, bilimsel gelişmelere katkıda bulunabilecek yetkinlikte nitelikli hekimler yetiştirilerek toplumun sağlık düzeyinin ileri götürülmesini amaçlamaktadır (23).

2.2. Tıpta Uzmanlık Eğitimi

Tıp eğitimi sürecinin mezuniyet sonrası döneminde tıpta uzmanlık eğitimi önemli bir başlıktır. Son dönemlerde uzmanlık eğitiminde genel yaklaşım çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim yönündedir. Bir çok ülkede mezuniyet sonrası eğitim için yeterlikler tanımlanmış ve eğitim programı bu yeterlikler üzerinden geliştirilmiştir (1,2,3,24).

Uzmanlık eğitimi, temel bilgi ve becerilerin edinildiği tıp fakültesi öğrenciliği sonrasında belli bir alanda uzmanlaşmak amacıyla Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı (TUS) geçmeyi başarmış uzmanlık eğitimi öğrencisine yani asistana sunulan organize eğitim programıdır. YÖK tarafından tıpta uzmanlık eğitimi "Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı tarafından düzenlenen

esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yüksek öğrenimdir.” diye tanımlanmaktadır (25). Uzmanlık eğitimi, yapı, süreç ve sonuç bileşenlerinden oluşur. Uzmanlık eğitiminin yapısı; organizasyon, ilgili yönetmelikleri ve yasaları içerir. Uzmanlık eğitimi süreci, yapılandırılmış bir eğitim müfredatını, eğitim etkinliklerini, ortamı, eğiticileri, değerlendirme ve geri bildirimini içerir. Uzmanlık öğrencisinin yaşam boyu öğrenme becerilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi de uzmanlık eğitimi sürecinin bir parçasıdır. Uzmanlık eğitiminin sonucu, yetiştirilen uzman hekimin başarısı ve yetkinliğidir (26). Ülkemizde uzmanlık eğitimi Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (TUT) çerçevesinde verilmektedir (25).

Uzmanlık eğitimi sürecinde uzmanlık öğrencilerine klinik ve temel bilimleri içerecek şekilde teorik ve pratik eğitim verilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin etkin sağlık hizmeti sunacakları yetkinlikleri edinmeleri, doğru tutum ve davranışları, temel araştırma ve idari becerileri kazanmaları hedeflenmektedir (26).

Uzmanlık eğitime girişte uzmanlık öğrencisi seçiminde yetenek testleri (bilgi ve özel yetenek ve eğilimlerin saptanması) ve kişilik testleri (kişilik/davranış yönelimleri, ilgi alanları ve motivasyonun saptanması) gibi çeşitli yöntemler söz konusudur. Ülkemizde Eylül 1987’den bu yana tıpta uzmanlık eğitime giriş Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yılda en az iki defa gerçekleştirilen, bilişsel bilgiyi çoktan seçmeli sorularla ölçmeye yönelik, merkezi bir sınav olan Tıpta uzmanlık sınavı (TUS) ile olmaktadır (27).

Tıpta uzmanlık eğitime alınacak uzmanlık öğrencisi sayısı belirlenirken eğitim kapasitesi ile öğrencilerin alımı arasındaki denge sağlanmalıdır. Yani eğitici kapasitesi, eğitim ortamı (klinik-pratik eğitim), yeterli bilgi ve iletişim teknolojisi gibi olanaklar göz önünde bulundurulmalıdır (2).

Uzmanlık eğitimi bir erişkin eğitimidir. Kendi kendine yani bağımsız öğrenme süreçleri uzmanlık eğitiminin ana öğeleridir. Uzmanlık öğrencisine bağımsız öğrenme etkinlikleri için eğitim programında yeterli zaman tanınmalıdır. Ayrıca eğitim ortamı öğrenme açısından elverişli olmalıdır (1,27).

Akreditasyon, belirlenmiş standartlar ile bir eğitim programının değerlendirilme sürecidir. Akreditasyon süreci ile kurumlar sürekli yenilenme ve gelişme kültürünü kazanarak programların geliştirilmesi gereken yönleri saptayıp niteliğin geliştirilmesi ve sürdürülmesini

sağlarlar (22). Uzmanlık eğitimi akreditasyonu için farklı ülkelerde farklı modeller geliştirilmiştir. En bilinen örneklerinden biri ABD'deki Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi (Accreditation Council for Graduate Medical Education)'dir (24,26).

2.2.1. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ortamı

Tıp eğitimi için önemi son yıllarda daha çok vurgulanan “eğitim ortamı” hemen hemen her bir eğitim bileşeni ile etkileşim içindedir. Bu nedenle de eğitimde programının içeriği kadar öğrenci ve eğiticilerin eğitim kurumundaki eğitim ortamı hakkındaki farkındalığı da önemlidir (4).

Eğitim ortamı nedir? İklim, atmosfer veya ton olarak adlandırılan, o bünyede bir öğrenci olmanın nasıl bir şey olduğunu tanımlayan bir dizi öğedir (28). Klinik eğitim ortamı, anamnez, fizik muayene, klinik akıl yürütme, karar verme, empati, mesleki bilgi ve becerilerinin bir bütün olarak öğretilip öğrenilebildiği tek ortamdır (29). İyi bir klinik eğitim ortamı, öğrencilerin aktif katılımını sağlar ve mesleki bilgi, tutum ve davranışlar eğiticiler tarafından modellenir. Spencer, ayrıca net hedeflerin ve beklentilerin eksikliği, problem çözme becerilerinden ziyade bilgiye odaklanma, yanlış seviyede öğretim, eğitilenlerin pasif katılımı, yetersiz denetim ve geri bildirim, düşünme ve tartışma için az zaman ayrılması ve aşağılanma yoluyla öğretim gibi klinik ortamda öğretme ve öğrenme ile ilgili bazı genel sorunlara vurgu yapmıştır (28,29)

Eğitim süreci müfredat, eğitim ortamı, iklimi, niteliği ve değişimi gibi ana unsurları ve aralarındaki ilişkiyi kapsayan beş yönlü bir perspektiftir (5). Müfredatın ortaya çıkışı ve kavramsallaşması olarak eğitim ortamı “eğitim kurumunda gerçekleşen tüm etkinlikleri” kapsar. Bu etkinlikler içerisinde öğle yemeğinde sohbet eden öğrenciler, öğrenci birliği toplantıları, duvardaki resimler, heykeller, çevre düzenlenmesi, öğrencilerin personelle ilişkisi, tıp öğrencilerinin bir hastanın ölümüne tepkilerin olduğu durumlar da yer alır. Sonuç olarak eğitim kurumundaki eğitim programını değerlendirebilmek için eğitim programını ve eğitim ortamını birlikte ele almalıyız (5).

Tıpta eğitim ortamının öğrenci ve eğitici sayısı, nitelikleri, kütüphane, laboratuvar, altyapı ve diğer kaynaklarının büyüklüğü, yayın sayısı, araştırmalar, eğitim programı dokümanları, öğrenme hedefleri gibi boyutları bilinir, ancak öğrenciler tarafından nasıl değerlendirildiği konusunda yayın çok azdır (6). Eğitim ortamının öğrenciler tarafından nasıl algılandığı öğrenme süreçlerinin niteliğini belirlemede anahtar rol oynar. Eğitim kurumlarındaki akademik ve sosyal çevre ile ilgili çeşitli öğeler, hem müfredatlarda hem de

eğitim s¼recinde çeşitli d¼zeylerde bireyden bireye farklı etkiler yaratabilmekte yani eğitim ortamı ¼đrencinin motivasyonunu olumlu ya da olumsuz y¼nde etkileyebilmektedir. Bu nedenle eğitim ortamının bileşenlerinin ¼đrenciler ve eğiticiler tarafından anlaşılmasının, ¼đrenim hedeflerinin gerçekleştirilmesine temel olacak d¼zenlemelere kaynak olabileceği belirtilmektedir (4).

Eğitim ortamının ¼đrencilerin davranışı üzerine etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Eğitim ortamın ¼zellikleri ¼l¼lebilir şeylerdir ve bunların nasıl algılandığına dair veriler ¼đrencilerin başarısı ve memnuniyetini tahmin etmemizi sağlar. Eğitim ortamının değerlendirilmesine y¼nelik bilinen yaklaşım, yalnızca ¼đrencilere ortamın t¼m y¼nlerini kapsayacak birtakım maddelerden oluşan, eğitim ortamına ilişkin algılarına y¼nelik sorular sorulmasıdır. Bazı araştırmacılar ve eğitim sorumluları eğitim ortamını/iklimini değerlendirmeyi eğitici, ¼đrenci, y¼netim, fiziksel ortam gibi alt gruplara ayrılarak yapılmasını yararlı bulmuşlardır (6). Eğitim ortamı bir habitat, bir toplum, bir evre, bir ekosistemdir. Sağladığı tecr¼be ve keşif olanakları, b¼y¼me, zenginleşme ve ¼rneklediđi k¼lt¼r için ¼nem arz etmektedir. Eğitim ortamı değerlendirilirken sorulacak soru sadece "Makineniz ne ¼retiyor?" değil, aynı zamanda "Baheniz nasıl b¼y¼yor?" olmalıdır (30).

Aynı eğitim ortamı ¼leđinin aynı grupta farklı zamanlarda uygulanması oldukça değerli g¼r¼lm¼řt¼r. ¼rneđin, aynı eğitim ortamı ¼leđi uygulanıp, tıp fak¼ltesinden mezun olmuş ¼đrencilere bekledikleri eğitim ortamını işaretlemeleri, daha sonra aynı ¼đrencilere uzmanlık eğitiminin ilk yılında algıladıkları eğitim ortamını işaretlenmesi istenip bu ikisi karşılaştırılabilir. Aynı eğitim ortamı ¼leđi farklı paydaşlara da uygulanabilir. ¼rneđin, eğiticilere veya çalışanlara ve ¼đrencilere uygulanıp ortama ilişkin algıları ¼zerinden karşılaştırma yapılabilir. Başka bir karşılaştırmada, tıp eğitiminde bir uzmandan veya gelişim psikologundan aynı ¼leđi bulunan ve beklenen eğitim ortamı için yanıtlanması istenip, ortama ilişkin algıları ¼zerinden yapılabilir (6).

D¼nya Tıp Eğitimi Federasyonu (DTEF), 1998 yılında bir çalışma başlatmış ve tıp eğitimi için uluslararası standartlar belirlemiştir. DTEF'nin başlattığı çalışmanın ardından yayınladığı, sonradan "Trioloji" olarak adlandırdığı "Tıp Eğitiminde Uluslararası Standartlar" raporları ¼ başlık altında toplanmaktadır: Temel Tıp Eğitimi, Mezuniyet Sonrası Eğitim ve S¼rekli Mesleki Gelişim (2). K¼resel bağlamda tıp eğitiminden sorumlu olan kurumlarda ve tıp eğitiminin her evresindeki programlarda uygulanmak ¼zere tıp eğitiminde kalite gelişimi için bir y¼ntem sağlamak amaçlanmıştır. DTEF mezuniyet sonrası tıp eğitimindeki

standartları dokuz ana başlıkta toplamıştır. Bunlar: 1. Misyon ve Hedefler 2. Eğitim Programları 3. Öğrencilerin Değerlendirilmesi 4. Öğrenciler 5. Akademik Kadro 6. Eğitim Ortamları ve Kaynakları 7. Eğitim Sürecinin Değerlendirilmesi 8. Yönetim ve İdare 9. Sürekli Yenilenme. DTEF, tıp eğitimi programlarının değerlendirilmesinde temel standartlardan birisi olarak, eğitim ortamını öne çıkarmaktadır (2).

Olumlu bir öğrenme ortamının oluşturulması için öğrenciler ve eğiticiler arasındaki etkileşimler büyük önem taşımaktadır. Dunn ve Hansford'a göre, öğrencilerin memnuniyeti olumlu bir öğrenme ortamından büyük ölçüde etkilenmektedir (31,32). Öğrenme ortamı, öğrencilerin mesleki ve ahlaki gelişimlerinde önemli rol oynadığı düşünülen eğitimsel, fiziksel, sosyal ve psikoloji bağlamı kapsamakla birlikte öğrenme sürecini destekleyerek başarılı eğitimde kritik bir rol oynamaktadır (4,31,33).

Uygun öğrenme ortamının sağlanmasının etkili bir tıp eğitimi için gerekli olduğu konusunda bir görüş birliği olsa da öğrenme ortamının kalitesinin değerlendirilmesi hem eğitimciler hem de yöneticiler için zorlayıcı olmuştur. Tıp Eğitimi İrtibat Komitesi (LCME, Liaison Committee on Medical Education) ve ACGME “öğrenme ortamlarının düzenli olarak değerlendirilmesi” gerektiğini belirtmiştir (24,33,24). Öğrenme ortamı değerlendirmeleri sadece eksikliklere dikkat çekmez, eğitimin kalitesi ve niteliği hakkında bilgi vermenin yanı sıra bir değişikliğe ihtiyaç olduğunu da gösterebilir. Bu nedenle değişim sürecinde ve sonrasında da değişimin etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir (6). Nitekim Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Komisyonu (TUKMOS) da eğitim ortamlarını detaylı olarak tanımlamakta, konunun önemine vurgu yapmaktadır (1).

2.3. Aile Hekimliği

Leeuwenhorst'un tanımına göre aile hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli, temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur (35). Olesen'in önerdiği tanıma göre ise, “genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır (36). Daha evrensel ve ayrıntılı bir tanım olan WONCA tanımına göre ise; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu, bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunan,

bunu yaparken de her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyan, aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir (37).

2.3.1. Aile Hekimliği Disiplininin Tanımı, Temel Özellikleri ve Aile hekiminin Çekirdek Yeterlilikleri

Aile Hekimliği; doğum öncesi dönemden palyatif bakıma kadar her yaşta ve her koşulda, kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan insan merkezli bir disiplindir (38). Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (37).

TUKMOS'ta tanımlanan şekliyle; “Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak 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.” (1).

Disiplini tanımlayan 12 temel özellik, altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir. Bunlar her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yeteneği belirler. Bu altı çekirdek yeterlilik, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım modellemesidir. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir: Bunlar; klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yani muayenehanenin yönetimidir. Kişi merkezli bir disiplin olarak; bağlam, bilimsel, tutum; üç özellik temel kabul edilmelidir.

a. Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.

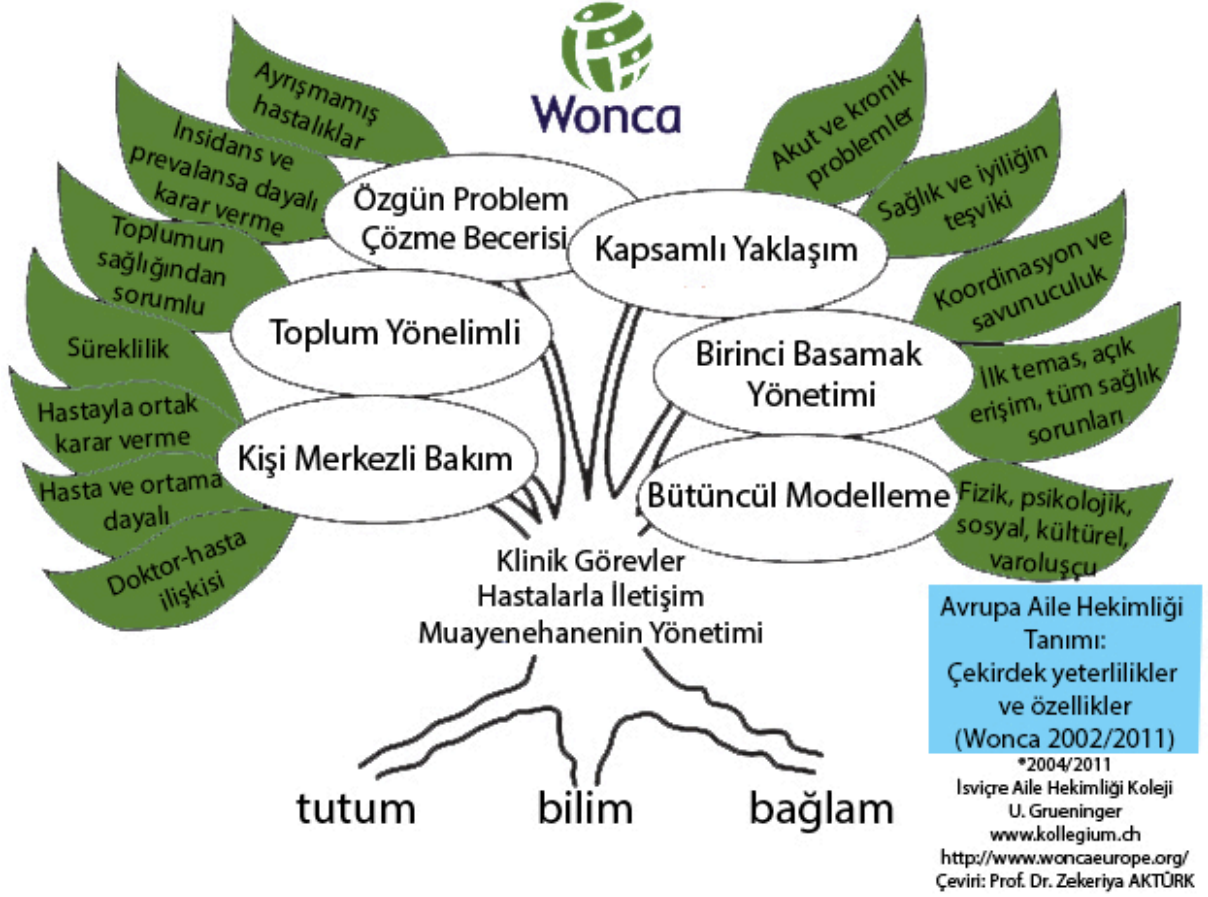
b. Tutumla ilgili: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.

c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme (37).

Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı ve müfredatı bu altı çekirdek yeterlilik etrafında birleşerek buna uygun olarak hazırlanmıştır. Programın içeriği ve eğitim yöntemleri aile hekimlerine çekirdek yeterlilikleri kazandıracak şekilde belirlenmiştir. Bu da aile

hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmının aile hekimliği uygulama ortamlarında gerçekleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (39).

şekil 1: WONCA ekirdek Yeterlilikler ve zellikler



2.3.2. Dünya’da Aile Hekimliği Gelişimi

Aile hekimliğinin (Genel pratisyenlik) 18. yüzyılda Avrupa’dan Amerika’ya dönen ve cerrah olarak çalışmak istemeyen hekimlerin giderek çoğalması ile gündeme geldiği kabul edilmektedir. Benzer gelişmeler aynı dönemde İngiltere’de de yaşanmış ve ilk kez “genel pratisyen “ terimi Lancet’te 19. yüzyılda kullanılmıştır. Böylelikle genel pratisyenlik terimi 18. yüzyılda Amerika’da doğmuş ve 19. yüzyılda İngiltere’de adını almıştır (40).

Aile Hekimliği’ne duyulan ihtiyaç ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Bir iç hastalıkları uzmanı olan Francis Peabody, tıp biliminde aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların yeteri kadar değerlendirilemediğini, insanların bir bütün olarak ele alınması gerektiğini, kapsamlı ve kişisel bir sağlık hizmeti sunulması gerektiğini vurgulamıştır (40,41). Dr. Peabody’nin bu çıkışı erken olarak değerlendirilmiş, ne toplum ne

de tıbbi kurumlar henüz böylesi bir genelgeye hazır olmadığı görülmüştü. 1950'lere kadar uzmanlaşma eğilimi artarak devam etmekle birlikte çok az sayıda hekim birinci basamağa geçti. (42).

İngiltere'de 1947 yılında başlayan aile hekimliği (genel pratisyenlik) uygulamaları 1979'da zorunlu hale getirilmiştir. İngiltere'de 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur (40,41). Genel tıp liderleri 1960'ların başlarında birinci basamaktaki hekim sayısının eksikliğini giderebilmek için paradoksal bir çözüm önerisi olarak bilgi içeriği ve yeterlilikleri birinci basamak olan yeni bir uzmanlığın yapılandırılmasını savunmaya başladılar. Birinci basamaktaki bu yeni uzmanlık 1966'da bir ay arayla yayımlanan iki ayrı raporda kabul edildi. Millis Raporu olarak da bilinen ilk rapor Amerikan Tıp Birliğinin Tıp Eğitimi Yurttaşlar Komisyonu'nun raporuydu. Willard Komitesi olarak da bilinen ikinci rapor Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyinin Aile Hekimliği Eğitimi özel görev komitesinden geldi ve birincil bakım hususunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile Hekimliği" tanınmıştır. 1969'da Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice) ülkedeki 20.tıbbi uzmanlık kurulu olarak kuruldu. 2004 yılında ise adı, American Board of Family Medicine (ABFM) olarak değiştirildi (42).

Benzer gelişmeler, Kuzey Amerika kıtasında da yaşanmıştır. 1954 yılında Kanada Aile Hekimliği Koleji kurulmuş, 1966'da ise üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri oluşmaya başlamıştır (40).

Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1960'lı yıllardan sonra giderek önem kazanmış ve 1976'da ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Hannover Tıp Fakültesi'nde çalışmalarına başlamıştır (40). İlerleyen süreçte aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul görececek bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve Hollanda'da 1974 yılında "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda, birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır (41).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak dünya ülkelerine "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan birtakım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci

basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bununla birlikte tüm dñnyada bu konuda çalışmalar hız kazanmış ve ÷lkeler sağlık politikalarını ve sistemlerini bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmışlerdir (40,41).

1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve WONCA tarafından düzenlenen konferansın sonuç bildirgesinde; sağlık bakımının eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verebilmesi için sağlık politikalarında köklü değişiklikler yapılması, aile hekiminin her olanakta ilk başvuru hekimi olması, her ÷lkede aile hekimlerinin bağımsız örgütler kurmaları gibi önerilerde bulunularak, aile hekimliğinin amaçları, görev tanımı, işleyişi, kurumsallaşması ve aile hekimliği politikası konularında önemli kararlar alındı (41).

1998 yılında yapılan DSÖ'nün 51. toplantısında yayınlanan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezinde yer alması gerektiğinin açıklanması ile birlikte Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişmesinin önü açılmıştır (41,43).

Hem aile hekimliği, hem de genel pratisyenlik adıyla anılan, temel tıp eğitiminden sonra uzmanlık eğitimi gerektiren birinci basamak uzmanlığı ÷lkeden ÷lkeye değişmekle birlikte dñnyada bu aşamalarla gelişti. Bugün aile hekimliği ABD'den Küba'ya, İngiltere'den Çin Halk Cumhuriyeti'ne kadar pek çok ÷lkede, farklı finansman modelleriyle uygulanmaktadır (40).

2.3.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Gelişimi

Birinci basamakta çalışan hekimlerin çok sayıda görev ve sorumluluklarının olması, çalışma ortamlarının geliştirilememesi, akademik geleceklerinin olmaması, sürekli tıp eğitiminin yetersiz olması gibi konular 1980'lerden sonra vurgulanmaya başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha nitelikli bir sunum arayışında olan ÷lkemizde, 1970–1980 döneminde dñnyada yaşanan gelişmeler işığında, aile hekimliği tartışılmaya başlandı. Bu dönemde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır (40,41,44).

İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı ÷lkemizde 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; üniversitelerden önce ilk

olarak Ankara, İstanbul ve İzmir’de 1985 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır (41).

Ankara’da 1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, Bakanlar Kurulu kararıyla 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır (41,45).

YÖK 12547 sayılı kararı ile 16 Temmuz 1993 tarihinde tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik kariyerinde ve gelişiminde önemli köşe taşlarından biri olmuştur. Trakya Üniversitesi’nde 17 Eylül 1993 tarihinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistan eğitimi başlamıştır. Aile hekimliği uzmanları 1994 yılında akademik kadrolarda yer almaya başlamıştır (45). Uygulamanın yaygınlaşması ile aile hekimliği alanında TAHUD’un (1990) yanı sıra; 2007 yılında Aile Hekimliği Akademisi kurulmuştur (40). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’nin Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır (46).

Dünyada çağdaş tıpta uzmanlık eğitimi konusunda yaşanan gelişmelere paralel olarak hareket eden TAHUD, ülkemizde Yeterlilik Kurulu çalışmalarına öncülük eden uzmanlık derneklerinden birisidir. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), TAHUD’un bir alt kuruluşudur. TAHYK, mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminin koordinasyonu, denetlenmesi, geliştirilmesi, standardizasyonu ve sertifikalandırılmasını konularında çalışmalar yapmaktadır (47).

Aile hekimliği anabilim dalları bugün 84 tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanesinde yapılmış olup, eğitime ve uygulamalara aktif olarak katılmaktadır.

2.3.4. Dünya’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği disiplini doğrultusunda eğitim almış ve yetişmiş hekimdir (42). Avrupa Konseyi 1986 yılında, Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesinden mezun olduktan sonra en az iki sene aile hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini belirtmiş ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak sunmuştur. Bu konseyde esas önerilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi ise üç yıldır (40,41). Dünyada aile hekimliği

uzmanlık süreleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle beraber ortalama üç beş yıldır. Ülkemizde de uzmanlık eğitim süresi üç yıl olarak uygulanmaktadır. (41).

2.3.5. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

TUKMOS’ta tanımlanan şekline göre; ‘‘Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır.’’ (1). Aile hekimliği uzmanlığı ve uzmanlık eğitimi, diğer branşlardan önemli farklılıklar göstermektedir. Uzmanlık eğitimi birden fazla branşta rotasyon şeklinde olup, gidilen her rotasyonda çabuk adapte olmak gerekmektedir. Diğer uzmanlık dalları devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi ikinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmeti vermek üzere uzman hekim yetiştirirken, aile hekimliği uzmanlık dalı aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamakta sağlık hizmeti vermek üzere uzman hekim yetiştirmektedir. Ancak eğitimin tamamı genellikle üçüncü basamak hizmeti veren kliniklerde olmaktadır (48).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıldır. Temmuz 2009’a kadar üç yılın tamamı hastane rotasyonlarından oluşmaktaydı. 18,07,2009 tarihinde yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 23,06,2009 tarih ve 83 sayılı kararıyla aile hekimliği alanında zorunlu rotasyonlar 18 ay olarak belirlenmiş ve bugünkü son halini almıştır (1,39).

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar, aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve uzmanlık eğitimi süresince devam eden düzenli eğitim etkinlikleridir (1). Aile hekimliğinde eğitim, aile hekimliği temel bakışının ve klinik yaklaşımın, birinci basamakta hasta bakım, takip ve tedavinin yönetiminin öğrenildiği yerdir. Elde edilmesi istenilen bilgi, beceri ve tutumlar uygulama ortamında kazanılmalıdır. Aile hekimliği eğitiminin önemli bir kısmı aile hekimliği uygulama ortamında verilmelidir. Yaparak yani deneyimlerden öğrenme ve bu öğrenmenin ortama bağımlı olması aile hekimliği uzmanlık eğitiminin ana felsefesini oluşturmaktadır (39).

Aile hekimliği uygulama eğitimi hastayla görüşme sürecinde yapılmalı ve bu süreç aile hekimleri için temel öğrenme fırsatıdır. Başlıca öğrenme yöntemi bir deneyim yaşama ve

bu deneyimi analitik değerlendirme süreciyle öğrenmeye dönüştürmedir. Bunun yanı sıra akranlardan öğrenme de söz konusudur. Bunun için genellikle belirli aralıklarla bir araya gelen aile hekimleri birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme süreci yaşadıkları yansıtma (refleksiyon) grupları kullanılmaktadır (1). Bu programlarda uzmanlık öğrencisi, aile hekimliği eğitmenlerinin gözetiminde hastalanın bakımını üstlenir, diğer klinik rotasyonlar sırasında edindiği birikimi ve deneyimi birinci basamakta uygulamaya çalışır (39).

Rotasyonlar, aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar ve başlıca iki amacı vardır. Birincisi, aile hekimliği uygulama ortamında seyrek görülen ve dolayısıyla uzmanlık eğitimi dönemi boyunca yeterince görüp deneyim kazanamayacağı hastalıkları kendi klinik ortamlarında görüp deneyim kazanmaktır. İkinci olarak da aile hekimlerinin bazı durumlarda hastalarını sevk ettiği ikinci ve üçüncü basamakta klinik uygulama ortamlarını tanımak, buradaki hekimlik uygulaması yaklaşım ve ilkelerini öğrenmek, aile hekimlerinin hasta bakımın sorumluluğunu yerine getirebilmesi için gereklidir (1,39).

Uzmanlık eğitimi süresince devam eden eğitim etkinliklerinin temel işlevi, programın çeşitli bölümlerinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve değerleri bütünleştirmek ve hekimlere aile hekimliği bakış açısını kazandırmaktır. Bu toplantılarda seminer, makale sunumu, olgu tartışması ve interaktif öğrenme gibi eğitim etkinlikleri yürütülür (39).

Düzenli eğitim etkinlikleri eğitim görmekte olan tüm uzmanlık öğrencilerini bir araya getirir. Bu sayede aile hekimliği disiplininin özgün klinik yaklaşımı ve bakış açısı pekiştirilmeye çalışılır. Rotasyonlarda öğrenilen bilgi ve yaklaşımların aile hekimliği bakış açısıyla sentez edilmesi sağlanır (1). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; tıbbın belli alanlarının, özellikle rotasyon yapılan disiplinlerin bakışı ve klinik yaklaşımıyla değil, aile hekimliğinin kendi özgün bakışı ve klinik yaklaşımını kazanarak mezun olmasını öngörmektedir (39).

Aile hekimliği uygulama eğitimi kendine özgü değerlendirme yöntemleri gerektirir. Eğitim sürecinin başında başlayan ölçme-değerlendirme tüm süreç boyunca devam etmekle birlikte sürecin ilk adımı da uzmanlık eğitimine başlayan öğrencinin düzeyinin, bireysel öğrenme planlarının ve öğrenme hedeflerinin belirlenmesidir. Uzmanlık öğrencisinin ulaştığı yeterlilik düzeyi program bitiminde ölçülür ve kendi başına aile hekimliği yapabilmesi için yetkilendirilerek belgelendirilir. Eğitim niteliğinin sağlanması ve güvenceye alınması açısından hem uzmanlık eğitimi programının hem de eğiticilerin düzenli olarak değerlendirilmesi önem arz etmektedir (1).

TUKMOS'ta belirtildiği şekline göre aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecinin yürütüldüğü yerler, aile hekimliği anabilim dalı ve poliklinikleri, eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği klinikleri ve poliklinikleri, eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (e-ASM), eğitim amaçlı iş birliği yapılan ASM'ler, evde sağlık hizmetleri, huzur ve bakım evleridir.

Ülkemizde TUKMOS'ta önerilen şekline göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi planlanması aşağıdaki şekilde gibidir:

- “Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine girişte ilk bir-iki ay uyum eğitimine ayrılması;
- Her dört-altı aylık rotasyon döneminden sonra kendi programına dönmesi ve öğrendiklerini pekiştirmesi ve aile hekimliği uygulama alanında klinik pratik yapması açısından en az bir ay geçirmesi;
- e-ASM'nde çalışmalarını kolaylaştıracak klinik bilgi ile donanmalarını sağlaması açısından ilk 12 ayda öncelikle iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları rotasyonlarının tamamlanması,
- Uzmanlık öğrencisinin uzmanlık eğitimi süresince en az altı-sekiz ayı eğitim aile sağlığı merkezlerinde ya da henüz e-ASM'si olmayan kurumlarda, Halk Sağlığı Kurumu ile yapılacak protokoller doğrultusunda bir Aile Hekimliği uzmanının görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezlerinde geçirmesi;
- Seçmeli rotasyon zorunlu bir rotasyon olup hangi dalda yapılacağı uzmanlık öğrencisinin tercihi doğrultusunda program yöneticisince belirlenir.”

2.4. Aile Hekimliğinin Çalışma Koşulları

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde, Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) 'nun 15,11,2017 tarih ve 1029 No'lu ve 82 sayılı karar tutanağının ekinde belirtildiği şekilde rotasyon süreleri ve önerilen süreler aşağıdaki tablodaki gibidir: (49)

Tablo 1: Önerilen uzmanlık eğitim yılı ve rotasyon süreleri

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

Uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimliği uzmanı entegre ilçe hastanelerinde, birinci basamak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde, ilçe sağlık müdürlüklerinde, kamu kurumlarında, akademik birimlerde ve özel sektörde çalışabilmektedir (1).

Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Bu hizmet süreleri nüfus yoğunluğuna göre ayda en az bir kez olmakla haftada en az bir kez olmak arasında değişmektedir (50).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini internet ve sosyal medya kullanan Türkiye genelinde tüm özel ve tüzel üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde tam zamanlı eğitim alan uzmanlık öğrencileri oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Yüzde beş hata payı %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dahil edilmesi planlandı. Ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anket formları olabileceği düşünülerek %5 artışla yaklaşık 400 aile hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşılması hedeflendi. Bu örnekleme

Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine dokuz aylık bir süreçte değişik sosyal ağlar ile duyuru yapılarak tez çalışması için veri toplandı ve kısaca çalışmanın amacı açıklanıp gönüllü olanların verilen linkteki (<https://goo.gl/forms/5tor3nLk92NXTVQ11>) anket formunu doldurmaları istenerek ulaşıldı.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Katılımcının ölçekleri anlayıp sorulara cevap verebilecek düzeyde Türkçe'ye hakim olması gerektiği için anadilinin Türkçe olmaması ve tam zamanlı aile hekimliği asistanı olmaması.

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 04.01.2019 tarih 2019/1653 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu onaylıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan anket formun iki bölümden oluşmaktadır: 1- sosyodemografik bilgi formu, 2- daha önce Meram Tıp Fakültesi etik kurulundan onaylı başka bir çalışma için hazırlanan anket formu soruları, DTEF ana başlıkları, TUKMOS önerileri ve benzer çalışmalardan esinlenerek hazırlanan birinci kısmı eğitim, ikinci kısmı çalışma ortamları ile ilgili sorulardan oluşan bilgi formu. Anket formu Meram Tıp Fakültesi aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine pilot olarak uygulandıktan sonra anketin anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği hakkında var olan sorunlar düzeltildi ve bu toplanan veriler ana çalışmada kullanılmadı. Sonrasında Google forms üzerinden oluşturulan anket formu katılımcılara uygulandı (EK.1)

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formu 14 sorudan oluşmaktadır. Formun içeriğinde katılımcının bağlı olduğu kurum, uyuşuğu, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durumu, bitirdiği tıp fakültesi, uzmanlık eğitimi aldığı alanın TUS'ta kaçınıcı sırada olduğu, uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre, uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçme nedeni, seçmiş olmaktan memnuniyet durumu, yaşadığı şehirden memnuniyet durumu ve yeniden seçme şansı olsa yine aynı uzmanlık alanının seçme isteme durumu ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.6.2. Eğitim ve Çalışma Ortamı İle İlgili Sorular

İki başlık altında 25'er ifadeden oluşan beşli Likert (1- Hiçbir zaman 2- Çok nadir 3- Bazen 4- Çoğu zaman 5- Her zaman) ile değerlendirilen bir yapıda oluşturuldu. İlk bölüm, uzmanlık eğitimi alınan anabilim dalındaki, ikinci bölüm ise genel olarak çalıştığı hastanedeki eğitim ve çalışma koşulları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Anabilim dalını değerlendirmeye yönelik sorular; çalışma düzenini, eğitimin süreci ve gerekliliklerini, makale ve seminer saatleri gibi eğitim faaliyetlerini, teorik ve pratik eğitimin yeterliliğini, tez danışmanlığı ve yayın sürecini, bilimsel faaliyetleri, eğitim aile sağlığı merkezinin (e-ASM) varlığı, uzmanlık öğrencisini değerlendirme yöntemlerini, eğitim ortamını, kişiler arası ilişkileri ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Kurumu değerlendirmeye yönelik sorular; internet, bilgisayar gibi bilişim olanaklarını, bilimsel araştırma projeleri (BAP), burslar gibi araştırma olanaklarını, insan kaynakları, sekreterlik hizmetleri gibi idari hizmetleri, tiyatro, sinema, konser, spor vb sosyal olanaklarını, poliklinik, servis, kütüphane, laboratuvarlar gibi fiziki çalışma ortamlarını, asistan odaları gibi dinlenme ortamlarını, genel olarak kurum memnuniyetini ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Hem 25'er ifadelik alt bölümler (25-125 puan) için hem de toplamda 50 ifade için (50-250 puan) toplam ölçek puanı elde edildi ve ters puanlanan soru bulunmamaktadır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22,0 programı kullanıldı. Verilerin normallik dağılımını göstermek için histogram grafiğinden yararlanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda ikili gruplarda Independent Samples-T test ve çoklu gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım varsayımını karşılamayanlarda Mann-Withney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey ve non- parametrik Post-Hoc (Tamhane's T2) testleri ile anlamlılık değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4-BULGULAR

Bu çalışmaya internet ve sosyal medya kullanan tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencileri dahil edildi. Dokuz aylık bir süreçte 437 aile hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşıldı ve üç kişi çalışmaya dahil edilmedi. İki katılımcının Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) öğrencisi olması, bir katılımcı da soruların birden fazlasına cevap vermemesi nedeniyle çalışmaya dahil edilmeyerek 434 katılımcı ile çalışma tamamlandı.

İki başlık altında 25'er ifadeden oluşan beşli Likert (1-Hiçbir zaman 2-Çok nadir 3-Bazen 4-Çoğu zaman 5-Her zaman) ile değerlendirilen bir yapıda oluşturulan eğitim ve çalışma ortam ile ilgili sorular için toplam iç tutarlılık katsayısı hesaplandı. Uzmanlık eğitimi alınan anabilim dalındaki soruların toplam iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,940$ olarak hesaplandı. Uzmanlık eğitimi alınan kurumdaki yani genel olarak hastanedeki soruların toplam iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,952$ olarak hesaplandı ve güvenilir olarak kabul edildi.

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi:

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %68,4'ü (n=297) Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışmaktaydı ve %99,3'ü (n=431) Türkiye Cumhuriyeti (T.C) vatandaşı, sadece %0,7'si (n=3) yabancı uyruklu idi. Yabancı uyruklu katılımcılarda sorulara eksiksiz cevap verdiği için ölçekleri anlayıp sorulara cevap verebilecek düzeyde Türkçe'ye hakim olduğu düşünülerek çalışmaya dahil edildi.

Katılımcıların yaşları; 24-29 yaş arası, 30-35 yaş arası, 36 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı. Katılımcıların medeni durumları; diğer grubunda bir katılımcı olması nedeniyle o bir kişi de bekar grubuna dahil edildi.

Katılımcılara mezun oldukları tıp fakültesi sorulmuştur. Verilen yanıtlar bulunduğu bölgeye göre ve yurtdışında okuyanlar diğer olarak kategorize edildi.

Katılımcılara uzmanlık eğitimi almakta oldukları alanın TUS'ta kaçınıcı tercih sırasında olduğu soruldu. İlk üç sırada tercih edenler, dört ve üzerinde tercihi olanlar, hatırlamayan ya da boş bırakanlar olarak gruplandırıldı.

Katılımcılardan uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süreyi ay olarak belirtmeleri istendi. Eğitimde geçirdikleri süreler 0-12 ay, 13-24 ay , 25 ay ve üzeri olarak gruplandırıldı.

Katılımcılara uzmanlık eğitimi aldıkları alanı neden seçtikleri açık uçlu soru olarak soruldu. Yanıt olarak birden fazla seçenek yazılması durumunda ilk yazılan seçenek değerlendirilmeye alındı. Verilen cevaplar; çalışma şartları, zorunluluklar, kariyer ve

akademik gelişim, toplum yararına çalışma isteği, ekonomik nedenler, çevresindekilerin isteği, tavsiyesi olarak gruplandırıldı. Çalışma şartlarında; nöbetsiz olması, yoğun olmaması, rahat olması, ailesine ve kendine zaman ayırabilmesi, sosyal yaşam imkanı, birinci basamakta çalışmak isteme, acili olmaması, süresinin üç yıl olması vb. en sık verilen cevaplar oldu. Zorunluluk grubunda eşime yakın olmak için, eğitim isteği, kararsız kalma, puanım yettiği için, uzmanlık şart vb. en sık verilen cevaplar oldu. Kariyer ve akademik gelişim grubunda da kendimi geliştirmek, geleceğin branşı olduğunu düşünmek, akademik kadro açığı, akademisyen olma isteği vs. cevaplar verildi. Verilen cevaplardan klinik ve sosyal açıdan kendime en uygun olarak bu dalı gördüğüm için, seviyordum, idealim olduğu için, aşk, hayalimdi, canım öyle istedi vb. sevgi ve ilgi olarak gruplandırıldı. Toplum yararına çalışma isteği adı altındaki grupta hastaya bütüncül yaklaşım sağlayan ve hastalarımı uzun süre takip edebileceğim bir bölüm olduğu için, doktorluğun özünü uygulamaya en uygun bölüm olduğunu düşündüğüm için, insanlara daha fazla faydalı olabilmek için vb. verilen cevaplar arasındadır. Ekonomik nedenler olarak ise gelir/emek oranı en yüksek bölüm olduğu için, maddi kazancı iyi olduğu için, fiyat/performans vb. cevapları verildi. Mecburide çalıştığım aile hekimi uzmanı sayesinde, aile hekimi uzmanı olan akrabam tarafından yönlendirildim, yengem nükleer tıp uzmanıydı onun tavsiyesi ile vb. cevaplar çevresindekilerin isteği, tavsiyesi olarak gruplandırıldı.

Katılımcılara uzmanlık eğitimi aldığı alandan ve yaşadığı şehirden memnuniyet durumu soruldu. Hiç memnun değilim cevabını veren katılımcı sayısının az olması nedeniyle hiç memnun değilim ile memnun değilim seçenekleri ve memnunum ile çok memnunum seçenekleri birleştirilerek memnun olmayanlar, kararsız olanlar ve memnun olanlar olarak üç grupta kategorize edildi. Ayrıca katılımcılara yeniden seçme şansı olması durumunda aynı uzmanlık alanını seçme isteme durumları soruldu. Asla ve düşük bir olasılıkla cevabını veren katılımcıların sayısının az olması nedeniyle asla ile düşük bir olasılıkla ve büyük bir olasılıkla ile kesinlikle evet seçenekleri birleştirilerek seçmeyi istemeyenler, emin olmayanlar, seçmeyi isteyenler olarak üç grupta kategorize edildi.

Katılımcıların yaş ortalaması $29,26 \pm 4,31$ (min:24, max:51) yılıdır. Uzmanlık öğrencilerinin %68,7'si (n=298) 24-29 yaş grubunda, %70,5'i (n=306) kadın cinsiyette, %58,8'i (n=255) evli ve %69,1'i (300) çocuk sahibi değildi. Katılımcıların bitirdiği tıp fakültelerine bölge olarak bakıldığında ilk sırada %29,7'sinin (n=129) verdiği cevapla İç Anadolu Bölgesi olduğu görülmektedir.

Uzmanlık eğitimi aldığı alanın TUS'ta tercih sırası sorusuna ise Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %66,4'ü (n=288) ilk üç sıra cevabını vermiştir. Katılımcıların %35,7'inin (n=155) uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre 25 ay ve üzeriydi. Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %53,7'si (n=233) çalışma şartlarından dolayı, %21,6'si (n=94) sevgi ve ilgisinden dolayı aile hekimliğini seçmişlerdir.

Uzmanlık öğrencilerinin %67,5'i (n=293) eğitim aldığı alanı seçmekten memnundu, %73,0'ü (n=317) yaşadığı şehirden memnundu. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %64,0'i (n=278) yeniden seçme şansı olsa yine aile hekimliğini seçmek istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	(%)
Kurum	Sağlık Bakanlığı	297	68,4
	Üniversite	137	31,6
Yaş	24-29 grubu	298	68,7
	30-35 grubu	102	23,5
	36 ve üzeri grubu	34	7,8
Cinsiyet	Erkek	128	29,5
	Kadın	306	70,5
Medeni Durum	Evli	255	58,8
	Bekar	179	41,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	134	30,9
	Hayır	300	69,1
Ekonomik Durum	İyi	118	27,2
	Orta	287	68,4
	Kötü	19	4,4
Bitirdiği Tıp Fakültesi	İç Anadolu	129	29,7
	Marmara	89	20,5
	Ege	48	11,1
	Akdeniz	71	16,4
	Karadeniz	50	11,5
	Doğu Anadolu	33	7,6
	Güneydoğu Anadolu	10	2,3
	Yurtdışında okuyanlar	4	0,9
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın *TUS'ta Tercih Sırası	İlk üç sıra	288	66,4
	Dördüncü sıra ve sonrası	132	30,4
	Hatırlamayanlar veya boş bırakanlar	14	3,2
Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre	0-12 ay	152	35,0
	13-24 ay	127	29,3
	25 ay ve üzeri	155	35,7
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçme Nedeni	Çalışma şartları	233	53,7
	Zorunluluklar	52	12,0

Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçme Nedeni	Kariyer ve akademik gelişim	8	1,8
	Sevgi ve ilgi	94	21,6
	Toplum yararına çalışma isteği	37	8,5
	Ekonomik nedenler	5	1,2
	Çevresindekilerin isteği, tavsiyesi	5	1,2
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum	293	67,5
	Kararsızım	116	26,7
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim	25	5,8
Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum	317	73,0
	Kararsızım	69	15,9
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim	48	11,1
Yeniden Seçme Şansı Olsa Aynı Alanı Seçme Durumu	Büyük olasılıkla/Kesinlikle evet	278	64,0
	Emin değilim	104	24,0
	Asla/Düşük bir olasılıkla	52	12,0

^xTUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı.

4.2. Anabilim Dalını Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verilen Cevapların

Değerlendirilmesi

Anabilim dalını değerlendirmeye yönelik sorular beşli Likert ile değerlendirildi. Verilen cevaplar doğrultusunda bazı gruplar altında az sayıda kişi olması nedeniyle verilen cevaplar hiçbir zaman ve çok nadir birleştirilerek hiçbir zaman/çok nadir olarak, bazen, çoğu zaman ve her zaman birleştirilerek çoğu zaman/her zaman olmak üzere üç grup altında toplandı.

Katılımcıların %30,2'si (n=131) "Teorik eğitim yeterlidir." tanımlamasına ve %30,6'sı (n=133) "Pratik eğitimin standartlara göre yeterlidir." tanımlamasına hiçbir zaman/çok nadir olarak yanıtını verdi. Katılımcıların %57,1'i (n=248) "Eğitim ASM'miz vardır" tanımlamasını hiçbir zaman/çok nadir olarak yanıtladı. Uzmanlık öğrencilerinin %58,5'i (n=254) "Genel olarak bölümdeki yönetimden memnunum (kararlar, uygulamalar vb.)" tanımlamasına ve %76,5'i (n=332) "uzmanlık eğitimi almaktan memnunum" tanımlamasına çoğu zaman/her zaman olarak yanıt verdi. Anabilim dalını değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo 3' de gösterilmektedir.

Tablo 3: Anabilim dalını değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevaplar

	Hiçbir zaman/Çok Nadir		Bazen		Çoğu zaman/Her zaman	
	n	(%)	n	%	n	%
I.Çalıştığım bölümde (uzmanlık eğitimi aldığınız anabilim dalı);						
1. Çalışma düzeni planlanmıştır	61	14,1	89	20,5	284	65,4
2. Eğitimin süreçleri tanımlanmıştır	52	12	69	15,9	313	72,1
3. Eğitimin gereklilikleri tanımlanmıştır	61	14,1	69	15,9	269	62,0
4. Herkesin görev tanımı bellidir	88	20,3	127	29,3	219	50,5
5. Kıdemce üstte olanlar her zaman yardımcı olur	27	6,2	67	15,4	340	78,3
6. Hocalarıma rahatça soru sorabilirim	25	5,8	57	13,1	352	81,1
7. Eğitimle ilgili faaliyetler (makale, seminer saatleri vb.) düzenli yapılır	16	3,7	41	9,4	377	86,9
8. Rutin işler eğitimden sonra gelir	114	26,3	130	30,0	190	43,8
9. Asistanların yaptığı uygulamalar gözlenir	89	20,5	129	29,7	216	49,8
10. Asistan karnesi doldurulur	64	14,7	75	17,3	295	68,0
11. Asistanlara düzenli olarak değerlendirme sınavları yapılır	78	18,0	84	19,4	272	62,7
12. Teorik eğitim yeterlidir	131	30,2	118	27,2	185	42,6
13. Pratik eğitim standartlara göre yeterlidir	133	30,6	138	31,8	163	37,6
14. Eğitim asm'miz vardır	248	57,1	16	3,7	170	39,2
15. Araştırma faaliyetleri desteklenir	63	14,5	98	22,6	273	62,9
16. Tez danışmanlığı yeterlidir	70	16,1	96	22,1	268	61,8
17. Tezler yayın olur	82	18,9	169	38,9	183	42,2
18. Asistanlar tez dışı bilimsel yayın yapar	114	26,3	166	38,2	154	35,5
19. Bilimsel toplantılara katılım özendirilir	69	15,9	76	17,5	289	66,6
20. Çalışanlar arası ilişkiler saygılıdır	30	6,9	45	10,4	359	82,7
21. Çalışanlar için sosyal ortamlar hazırlanır	100	23,0	116	26,7	218	50,2
22. Etik ilkelere önem verilir	45	10,4	80	18,4	309	71,2
23. Asistanların bölüm yönetimine katılımı yeterlidir	82	18,9	106	24,4	246	56,7
24. Genel olarak bölümdeki yönetimden memnunuz (kararlar, uygulamalar vb.)	75	17,3	105	24,2	254	58,5
25. Uzmanlık eğitimi almaktan memnunuz	37	8,5	65	15,0	332	76,5

4.3. Kurumu Değerlendirmeye Yönelik Sorulan Sorulara Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

Kurumu değerlendirmeye yönelik sorular beşli Likert ile değerlendirildi. Verilen cevaplar doğrultusunda bazı gruplar altında az sayıda kişi olması nedeniyle verilen cevaplar hiçbir zaman ve çok nadir birleştirilerek hiçbir zaman/çok nadir olarak, bazen, çoğu zaman ve her zaman birleştirilerek çoğu zaman/her zaman olmak üzere üç grup altında toplandı.

Katılımcıların %36,9'u (n=160) "Fiziki alışma ortamları (poliklinik, servis vb.) yeterlidir." tanımlamasını ve %56,5'i (n=245) "dinlenme ortamları (asistan-nöbet odası vb.) yeterlidir." tanımlamasını hiçbir zaman/çok nadir olarak yanıtladı. Uzmanlık öğrencilerinin %41,5'i (n=180) "Genel olarak kurum yönetiminden memnunum (kararlar, uygulamalar vb.)." tanımlamasını hiçbir zaman/çok nadir olarak yanıtlarken, %48,8'i (n=212) "Bu kurumda uzmanlık eğitimi almaktan memnunum." tanımlamasını çoğu zaman/her zaman olarak yanıtladı. Katılımcıların %44,5'i de "Uzmanlık eğitimini tamamladığımda her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olacağıma inanıyorum." tanımlamasını çoğu zaman/her zaman olarak cevapladı. Kurumu değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevapların dağılımını Tablo 4'te görölmektedir.

Tablo 4: Kurumu değerlendirmeye yönelik sorulara verilen cevaplar

Aşağıdaki tanımlamalar sizin durumunuzu hangi düzeyde tanımlar?	Hiçbir zaman/Çok Nadir		Bazen		Çoğu zaman/Her zaman	
	n	%	n	%	n	%
II.Çalıştığı kurumda:						
1. Görev tanımları bellidir	89	20,5	134	30,9	211	48,6
2. Sekreterlik hizmetleri yeterlidir	100	23,0	121	27,9	213	49,1
3. Bilişim olanakları (internet, bilgisayarlar, vb.) yeterlidir	87	20,0	135	31,1	212	48,8
4. Kütüphane olanakları yeterlidir	158	36,4	123	28,3	153	35,3
5. Laboratuvarlar yeterlidir	118	27,2	136	31,3	180	41,5
6. Araştırma olanakları (BAP, burslar vb.) yeterlidir	179	41,2	144	33,2	111	25,6
7. İdari hizmetler (insan kaynakları, prosedürler, vb.) yeterlidir	140	32,3	145	33,4	149	34,3
8. Sosyal olanaklar (tiyatro, sinema, konser, vb.) yeterlidir	236	54,4	108	24,9	90	20,7
9. Spor olanakları yeterlidir	239	55,1	118	27,2	77	17,7
10. Kantin hizmetleri yeterlidir	181	41,7	109	25,1	144	33,2
11. Kantin fiyatları uygundur	222	51,2	116	26,7	96	22,1
12. Yemekhane hizmetleri yeterlidir	171	39,4	119	27,4	144	33,2
13. Fiziki çalışma ortamları (poliklinik, servis vb.) yeterlidir	160	36,9	139	32,0	135	31,1
14. Dinlenme ortamları (asistan - nöbet odası vb.) yeterlidir	245	56,5	95	21,9	94	21,7
15. Özlük haklarına saygı gösterilir	111	25,6	126	29,0	197	45,4
16. Kurum içi ilişkiler saygılıdır	70	16,1	128	29,5	236	54,4
17. Etik ilkelere uygun davranılır	83	19,1	113	26,0	238	54,8
18. Kurum içi iletişim ortamından memnunum	84	19,4	131	30,2	219	50,5
19. Bölümler (ana bilim dalları) arasındaki ilişkiler iyidir	132	30,4	152	35,0	150	34,6
20. Takım çalışması teşvik edilir	127	29,3	153	35,3	154	35,5
21. Ek gelirler yeterlidir	288	66,4	90	20,7	56	12,9
22. Araştırma görevlilerinin kurum yönetimine katılımı yeterlidir	197	45,4	142	32,7	95	21,9
23. Genel olarak kurum yönetiminden memnunum (kararlar, uygulamalar vb.)	180	41,5	125	28,8	129	29,7
24. Uzmanlık eğitimini tamamladığımda her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olacağıma inanıyorum	112	25,8	129	29,7	193	44,5
25. Bu kurumda uzmanlık eğitimi almaktan memnunum	106	24,4	116	26,7	212	48,8

4.4. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Anabilim Dalı Değerlendirme Puanları

Çalışmada, yaş grupları ile anabilim dalı değerlendirme puanı (ADDP) karşılaştırıldığında 36 ve üzeri yaş grubunun ADD puanı, 24-29 yaş grubuna ($p=0,047^{ac}$) ve 30-35 yaş grubuna göre ($p=0,023^{bc}$) anlamlı derecede yüksekti.

Sunulan çalışmada, ADDP'lerin sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması yapıldığında; ADDP ortalaması kadınlarda $88,94\pm 17,23$ puan, erkeklerde $91,08\pm 19,06$ puan olarak bulundu ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,255$).

Bu çalışmada, katılımcıların ekonomik durumları ile ADDP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,045$), ancak gruplar arasında anlamlılık saptanmadı.

Katılımcıların TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı tercih sırası ile ADDP'si karşılaştırıldığında, ilk üç sırada tercih eden katılımcıların ADDP'si ($91,68\pm 16,77$) ile dördüncü sıra ve sonrasında tercih eden katılımcıların ADDP'si ($85,78\pm 19,17$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,008^{ab}$).

Çalışmada, katılımcıların uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre ile ADDP'si arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,173$).

Katılımcıların "Uzmanlık eğitimi aldığınız alanı neden seçtiniz?" sorusuna çalışma şartları cevabını verenlerin (a) ADDP ortalaması $88,31\pm 17,21$, zorunluluklar (b) diyenlerin $80,38\pm 16,85$, kariyer ve akademik gelişim (c) cevabını verenlerin $89,00\pm 24,71$, sevgi ve ilgi (d) diyenlerin $95,94\pm 16,63$, toplum yararına çalışma isteği (e) cevabını verenlerin $94,89\pm 15,86$ olarak hesaplandı. A ile d ($p=0,006^{ad}$), b ile d ($p<0,001^{bd}$) ve b ile e ($p=0,002^{be}$) arasında anlamlı fark saptandı.

Sunulan çalışmada uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu ile ADDP'si karşılaştırıldığında memnunum/çok memnunum seçeneklerini işaretleyen katılımcıların ADDP'si ($93,95\pm 16,47$), hiç memnun değilim/memnun değilim ($72,96\pm 18,95$) ve kararsızım ($82,11\pm 16,23$) seçeneğini işaretleyen katılımcıların ADDP'sine göre yüksek idi ($p<0,001^{ab-ac}$). Ayrıca hiç memnun değilim/ memnun değilim seçeneklerini işaretleyen katılımcıların ADDP'si kararsızım seçeneğini işaretleyen katılımcılara göre düşüktü ($p=0,034^{bc}$).

Katılımcıların yaşadığı şehirden memnuniyet durumu ile ADDP'si karşılaştırıldığında, memnunum/çok memnunum seçeneklerini işaretleyen katılımcıların ADDP'si hiç memnun

değilim/memnun değilim ($p<0,001^{ac}$) ve kararsızım ($p=0,001^{ab}$) seçeneklerini işaretleyen katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek saptandı.

Yeniden seçme şansı olsa aynı alanı seçme durumu ile ADDP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Asla/ düşük bir olasılıkla seçeneklerini işaretleyen katılımcıların ADDP'si emin değilim seçeneğini işaretleyen ve büyük olasılıkla/evet seçeneklerini işaretleyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,001^{ac-bc}$). Ayrıca emin değilim seçeneğini işaretleyen katılımcıların ADDP'si büyük olasılıkla/evet seçeneklerini işaretleyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p=0,001^{ab}$). Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama anabilim dalı değerlendirme puanları Tablo 5 'te gösterilmektedir.

Tablo 5: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama anabilim dalı değerlendirme puanları (ADDP)

		n (%)	ADDP	p
Kurum	Sağlık Bakanlığı	297(68,4)	89,31±17,75	0,654
	Üniversite	137 (31,6)	90,13±17,94	
Yaş	24-29 grubu (a)	298 (68,7)	89,40±16,18	0,047^{ac} 0,023^{bc}
	30-35 grubu (b)	102 (23,5)	87,27±20,94	
	36 ve üzeri grubu (c)	34 (7,8)	98,00±19,14	
Cinsiyet	Erkek	128 (29,5)	91,08±19,06	0,255
	Kadın	306 (70,5)	88,94±17,23	
Medeni Durum	Evli	255 (58,8)	90,13±17,76	0,438
	Bekar	179 (41,2)	88,78±17,86	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	134 (30,9)	90,13±17,95	0,713
	Hayır	300 (69,1)	89,32±17,75	
Ekonomik Durum	İyi (a)	118 (27,2)	87,63±20,04	0,045
	Orta (b)	287 (68,4)	90,82±16,65	
	Kötü (c)	19 (4,4)	82,10±18,33	
Bitirdiği Tıp Fakültesi	İç Anadolu (a)	129 (29,7)	90,37±16,47	0,131
	Marmara (b)	89 (20,5)	88,32±17,01	
	Ege (c)	48 (11,1)	91,37±18,57	
	Akdeniz (d)	71 (16,4)	92,63±17,86	
	Karadeniz (e)	50 (11,5)	89,44±19,29	
	Doğu Anadolu (f)	33 (7,6)	80,93±17,19	
	Güneydoğu Anadolu (g)	10 (2,3)	88,40±27,69	
	Yurtdışında okuyanlar (f)	4 (0,9)	91,28±8,99	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın ^ⁿTUS'ta tercih sırası	İlk üç sıra (a)	288 (66,4)	91,68±16,77	0,008^{ab}
	Dördüncü sıra ve sonrası (b)	132(30,4)	85,78±19,17	
	Hatırlamayanlar veya boş bırakanlar (c)	14 (3,2)	82,07±18,81	
Uzmanlık Eğitiminde	0-12 ay	152 (35,0)	90,29±16,50	0,173
	13-24 ay	127 (29,3)	91,26±18,45	

Geçirdiği Süre	25 ay ve üzeri	155 (35,7)	87,49±18,36	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçme Nedeni	Çalışma şartları (a)	233 (53,7)	88,31±17,21	0,006^{ad} <0,001^{bd} 0,002^{be}
	Zorunluluklar (b)	52 (12,0)	80,38±16,85	
	Kariyer ve akademik gelişim (c)	8 (1,8)	89,00±24,71	
	Sevgi ve ilgi (d)	94 (21,6)	95,94±16,63	
	Toplum yararına çalışma isteği (e)	37 (8,5)	94,89±15,86	
	Ekonomik nedenler (f)	5 (1,2)	91,20±29,76	
	Çevresindekilerin isteği, tavsiyesi (g)	5 (1,2)	84,40±19,45	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	293 (67,5)	93,95±16,47	0,034^{bc} <0,001^{ab-ac}
	Kararsızım (b)	116 (26,7)	82,11±16,23	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	25 (5,8)	72,96±18,95	
Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	317 (73,0)	92,20±16,34	<0,001^{ac} 0,001^{ab}
	Kararsızım (b)	69 (15,9)	83,62±19,56	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	48 (11,1)	80,81±19,81	
Yeniden Seçme Şansı Olsa Aynı Alanı Seçme Durumu	Büyük olasılıkla/Kesinlikle evet (a)	278 (64,0)	93,62±16,38	0,001^{ab} <0,001^{ac-bc}
	Emin değilim (b)	104 (24,0)	86,42±17,66	
	Asla/Düşük bir olasılıkla (c)	52 (12,0)	74,25±15,87	

^xTUS:Tıpta Uzmanlık Sınavı.

4.5. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Kurum Değerlendirme Puanları

Çalışmada, yaş grupları ile kurum değerlendirme puanı (KDP) karşılaştırıldığında 36 ve üzeri yaş grubunun puanı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek idi. ($p=0,010^{ac-bc}$). KDP ortalaması erkeklerde $77,27\pm 20,02$ puan, kadınlarda $71,64\pm 19,09$ puan olarak bulundu ve cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($p=0,006$).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile KDP karşılaştırıldığında çocuk sahibi olan katılımcıların KDP'si çocuk sahibi olmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi ($p=0,041$). Ekonomik durum ile KDP kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ekonomik durumunu iyi olarak belirten katılımcıların KDP'si kötü olarak belirten katılımcılardan ($p=0,017^{ac}$) yüksek iken orta olarak belirten katılımcıların KDP'si kötü olarak belirten katılımcılardan ($p=0,049^{bc}$) yüksekti.

Katılımcıların bitirdiği tıp fakültesi ile KDP karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İç Anadolu bölgesindeki ($p=0,026^{af}$) ve Akdeniz bölgesindeki ($p<0,001^{df}$) bir tıp fakültesinden mezun olan katılımcıların KDP'si Doğu Anadolu

bölgesindeki bir tıp fakültesinden mezun olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Bu çalışmada, katılımcıların TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı tercih sırası ($p=0,062$) ve uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre ($p=0,320$) ile KDP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları alanı seçme nedenleri ile KDP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çalışma şartlarından dolayı ($p=0,001^{ad}$) ve zorunluluklardan ötürü ($p<0,001^{bd}$) seçtiğini ifade eden katılımcıların KDP'si sevgisi ve ilgisinden dolayı seçtiğini ifade eden katılımcılardan düşüktü.

Uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu ile KDP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Memnunum/çok memnunum diyen katılımcıların KDP'si kararsızım ve hiç memnun değilim/memnun değilim diyen katılımcıların KDP'sinden yüksekti ($p<0,001^{ab-ac}$).

Katılımcıların yaşadığı şehirden memnuniyet durumu ile KDP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Memnunum/çok memnunum diyen katılımcıların KDP'si kararsızım ($p=0,007^{ab}$) ve hiç memnun değilim/memnun değilim ($p= <0,001^{ac}$) diyen katılımcıların KDP'sinden yüksekti.

Yeniden seçme şansı olsa aynı alanı seçme durumu ile KDP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Büyük olasılıkla/evet seçeneklerini işaretleyen katılımcıların KDP'si emin değilim ($p= 0,001^{ab}$) ve asla /düşük bir olasılıkla ($p<0,001^{ac}$) seçeneklerini işaretleyen katılımcıların KDP'sinden anlamlı derecede yüksek iken, asla/ düşük bir olasılıkla seçeneklerini işaretleyen katılımcıların KDP'si emin değilim seçeneğini işaretleyen ($p=0,004^{bc}$) katılımcıların KDP'sinden anlamlı derecede düşük idi. Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama kurum değerlendirme puanları Tablo 6 'da gösterilmektedir.

Tablo 6: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama kurum değerlendirme puanları (KDP)

		n (%)	KDP	p
Kurum	Sağlık Bakanlığı	297(68,4)	72,36±19,55	0,143
	Üniversite	137 (31,6)	75,32±19,35	
Yaş	24-29 grubu (a)	298 (68,7)	72,85±18,38	0,010^{ac-bc}
	30-35 grubu (b)	102 (23,5)	71,41±22,34	
	36 ve üzeri grubu (c)	34 (7,8)	82,94±17,87	
Cinsiyet	Erkek	128 (29,5)	77,27±20,02	0,006
	Kadın	306 (70,5)	71,64±19,09	
Medeni Durumu	Evli	255 (58,8)	74,41±19,74	0,157
	Bekar	179 (41,2)	71,72±19,14	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	134 (30,9)	75,71±20,17	0,041
	Hayır	300 (69,1)	72,22±19,15	
Ekonomik Durum	İyi (a)	118 (27,2)	75,62±21,07	0,017^{ac} 0,049^{bc}
	Orta (b)	287 (68,4)	73,10±18,74	
	Kötü (c)	19 (4,4)	61,94±18,01	
Bitirdiği Tıp Fakültesi	İç Anadolu (a)	129 (29,7)	74,42±19,06	0,026^{af} <0,001^{df}
	Marmara (b)	89 (20,5)	71,51±18,89	
	Ege (c)	48 (11,1)	71,97±18,10	
	Akdeniz (d)	71 (16,4)	80,71±19,40	
	Karadeniz (e)	50 (11,5)	72,56±17,01	
	Doğu Anadolu (f)	33 (7,6)	62,24±20,13	
	Güneydoğu Anadolu (g)	10 (2,3)	65,90±29,50	
	Yurtdışında okuyanlar (f)	4 (0,9)	79,95±18,98	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın *TUS'ta Tercih Sırası	İlk üç sıra (a)	288 (66,4)	74,63±20,02	0,062
	Dördüncü sıra ve sonrası (b)	132(30,4)	70,00±18,44	
	Hatırlamayanlar veya boş bırakanlar (c)	14 (3,2)	76,78±15,54	
Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre	0-12 ay	152 (35,0)	74,94±18,80	0,320
	13-24 ay	127 (29,3)	73,43±20,54	
	25 ay ve üzeri	155 (35,7)	71,58±19,32	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçme Nedeni	Çalışma şartları (a)	233 (53,7)	71,10±18,73	0,001^{ad} <0,001^{bd}
	Zorunluluklar (b)	52 (12,0)	66,78±17,14	
	Kariyer ve akademik gelişim (c)	8 (1,8)	65,62±29,99	
	Sevgi ve ilgi (d)	94 (21,6)	80,74±19,32	
	Toplum yararına çalışma isteği (e)	37 (8,5)	77,81±17,58	
	Ekonomik nedenler (f)	5 (1,2)	75,20±24,76	
	Çevresindekilerin isteği, tavsiyesi (g)	5 (1,2)	80,40±31,25	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	293 (67,5)	77,38±19,36	<0,001^{ab-ac}
	Kararsızım (b)	116 (26,7)	66,05±17,09	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	25 (5,8)	59,12±15,62	

Yaşadığı Şehirde Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	317 (73,0)	75,84±19,00	<0,001^{ac} 0,007^{ab}
	Kararsızım (b)	69 (15,9)	68,17±17,83	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	48 (11,1)	63,90±21,19	
Yeniden Seçme Şansı Olsa Aynı Alanı Seçme Durumu	Büyük olasılıkla/Kesinlikle evet (a)	278 (64,0)	77,25±18,96	0,004^{bc} <0,001^{ac} 0,001^{ab}
	Emin değilim (b)	104 (24,0)	69,63±18,47	
	Asla/Düşük bir olasılıkla (c)	52 (12,0)	59,54±16,88	

^xTUS:Tıpta Uzmanlık Sınavı.

4.6. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Ortalama Uzmanlık Eğitiminden Memnuniyet Toplam Puanları

Çalışmada, yaş grupları ile uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı (UEMTP) karşılaştırıldığında 36 ve üzeri yaş grubunun puanı 24-29 yaş grubunun ($p=0,008^{ac}$) ve 30-35 yaş grubunun ($p=0,005^{bc}$) puanından anlamlı derecede yüksekti. UEMTP ortalaması erkeklerde 168,35±35,66 puan, kadınlarda 160,58±32,72 puan olarak bulundu ve cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($p=0,029$).

Uzmanlık öğrencilerinin bitirdiği tıp fakültesi ile UEMTP'si karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İç Anadolu bölgesindeki ($p=0,021^{af}$) ve Akdeniz bölgesindeki ($p=0,001^{df}$) bir tıp fakültesinden mezun olan katılımcıların UEMTP'si Doğu Anadolu bölgesindeki bir tıp fakültesinden mezun olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı.

Katılımcıların TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı tercih sırası ile UEMTP'si karşılaştırıldığında, ilk üç sırada tercih eden katılımcıların UEMTP'si dört ve üzeri sırada tercih eden katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,010^{ab}$).

Çocuk sahibi olma durumları ($p=0,221$) ve uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre ($p=0,215$) ile UEMTP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları alanı seçme nedenleri ile UEMTP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çalışma şartlarından dolayı seçtiğini ifade eden katılımcıların UEMTP'si sevgisi ve ilgisinden dolayı seçtiğini ifade eden katılımcılara göre anlamlı derecede düşük idi ($p=0,001^{ad}$). Zorunluluklardan ötürü seçtiğini ifade eden ($p<0,001^{bd}$) katılımcıların UEMTP'si sevgisi ve ilgisinden ötürü seçtiğini ifade eden katılımcılardan düşük iken, toplum yararına çalışma isteği olarak belirten ($p=0,004^{be}$) katılımcıların UEMTP'si zorunluluklardan ötürü seçtiğini belirten katılımcılardan yüksekti.

Uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu ile UEMTP'si arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Memnunum/çok memnunum diyen katılımcıların UEMTP'si kararsızım ve hiç memnun değilim/memnun değilim diyen katılımcıların UEMTP'sinden yüksekti ($p<0,001^{ab-ac}$).

Katılımcıların yaşadığı şehirden memnuniyet durumu ile UEMTP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Memnunum/çok memnunum diyen katılımcıların UEMTP'si kararsızım ($p=0,001^{ab}$) ve hiç memnun değilim/memnun değilim ($p<0,001^{ac}$) diyen katılımcıların UEMTP'sinden yüksekti.

Yeniden seçme şansı olsa aynı alanı seçme durumu ile UEMTP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Büyük olasılıkla/evet seçeneklerini işaretleyen katılımcıların UEMTP'si emin değilim ve asla/düşük bir olasılıkla seçeneklerini işaretleyen katılımcıların UEMTP'sinden anlamlı derecede yüksek iken, asla/düşük bir olasılıkla seçeneklerini işaretleyen katılımcıların UEMTP'si emin değilim seçeneğini işaretleyen katılımcıların UEMTP'sinden anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001^{ab-ac-bc}$). Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanları Tablo 7 'de gösterilmektedir.

Tablo 7: Sosyodemografik verilere göre katılımcıların ortalama uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanları (UEMTP)

		n (%)	UEMTP	p
Kurum	Sağlık Bakanlığı	297(68,4)	161,68±33,42	0,279
	Üniversite	137 (31,6)	165,00±34,45	
Yaş	24-29 grubu (a)	298 (68,7)	162,24±31,39	0,008 ^{ac} 0,005 ^{bc}
	30-35 grubu (b)	102 (23,5)	158,68±38,90	
	36 ve üzeri grubu (c)	34 (7,8)	162,87±33,76	
Cinsiyet	Erkek	128 (29,5)	168,35±35,66	0,029
	Kadın	306 (70,5)	160,58±32,72	
Medeni Durum	Evli	255 (58,8)	164,54±34,05	0,213
	Bekar	179 (41,2)	160,42±33,37	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	134 (30,9)	165,84±34,79	0,221
	Hayır	300 (69,1)	161,54±33,26	
Ekonomik Durum	İyi (a)	118 (27,2)	163,26±38,30	0,045
	Orta (b)	287 (68,4)	163,92±31,64	
	Kötü (c)	19 (4,4)	144,05±32,01	
Bitirdiği Fakültesi Tıp	İç Anadolu (a)	129 (29,7)	164,80±31,88	
	Marmara (b)	89 (20,5)	159,84±33,38	
	Ege (c)	48 (11,1)	163,35±33,56	
	Akdeniz (d)	71 (16,4)	173,35±33,04	

	Karadeniz (e)	50 (11,5)	162,00±31,72	0,021^{af} 0,001^{df}
	Doğu Anadolu (f)	33 (7,6)	143,18±33,51	
	Güneydoğu Anadolu (g)	10 (2,3)	154,30±53,49	
	Yurtdışında okuyanlar(f)	4 (0,9)	171,00±25,80	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın ^xTUS'ta Tercih Sırası	İlk üç sıra (a)	288 (66,4)	166,31±33,39	0,010^{ab}
	Dördüncü sıra ve sonrası (b)	132(30,4)	155,78±34,10	
	Hatırlamayanlar veya boş bırakanlar (c)	14 (3,2)	158,85±28,91	
Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre	0-12 ay	152 (35,0)	165,23±32,01	0,215
	13-24 ay	127 (29,3)	164,69±36,32	
	25 ay ve üzeri	155 (35,7)	159,07±33,14	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçme Nedeni	Çalışma şartları (a)	233 (53,7)	159,41±32,44	0,001^{ad} <0,001^{bd} 0,004^{be}
	Zorunluluklar (b)	52 (12,0)	147,17±30,37	
	Kariyer ve akademik gelişim (c)	8 (1,8)	154,62±49,91	
	Sevgi ve ilgi (d)	94 (21,6)	176,68±32,60	
	Toplum yararına çalışma isteği (e)	37 (8,5)	172,70±30,17	
	Ekonomik nedenler (f)	5 (1,2)	166,40±51,07	
	Çevresindekilerin isteği, tavsiyesi (g)	5 (1,2)	164,80±35,73	
Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	293 (67,5)	171,32±32,23	<0,001^{ab-ac}
	Kararsızım (b)	116 (26,7)	148,16±28,82	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	25 (5,8)	132,08±32,16	
Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu	Memnunum/Çok memnunum (a)	317 (73,0)	168,03±31,59	<0,001^{ac} 0,001^{ab}
	Kararsızım (b)	69 (15,9)	151,79±33,48	
	Hiç memnun değilim/Memnun değilim (c)	48 (11,1)	144,70±38,35	
Yeniden Seçme Şansı Olsa Aynı Alanı Seçme Durumu	Büyük olasılıkla/Kesinlikle evet (a)	278 (64,0)	170,86±31,76	<0,001^{ab-ac-bc}
	Emin değilim (b)	104 (24,0)	156,04±32,46	
	Asla/Düşük bir olasılıkla (c)	52 (12,0)	133,78±27,60	

^xTUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı.

4.7. Kurum, TUS'ta Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın Tercih Sırası, Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre, Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu, Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu, ADDP, KDP ve UEMTP Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

Katılımcıların TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı tercih sırası ile uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu arasında negatif yönde zayıf derecede korelasyon saptandı ($r = -0,157$, $p = 0,001$).

Uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu ile yaşadığı şehirden memnuniyet durumu arasında pozitif yönde korelasyon vardı ($r = 0,288$, $p = 0,001$).

Uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre ($r=-0,102$, $p=0,034$) ve TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı tercih sırası ($r=-0,099$, $p=0,042$) ile ADDP arasındaki korelasyon negatif yöndeydi. ADDP ile KDP arasında pozitif yönde korelasyon saptandı ($r= 0,637$, $p<0,001$).

Kurum, TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanın tercih sırası, uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre, uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu, yaşadığı şehirden memnuniyet durumu, ADDP, KDP ve UEMTP arasındaki korelasyon Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8: Kurum, uzmanlık eğitimi aldığı alanın TUS'ta tercih sırası, uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre, uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçmiş olmaktan memnuniyet durumu, yaşadığı şehirden memnuniyet durumu, ADDP, KDP ve UEMTP arasındaki korelasyonun incelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8
1-Kurum	r p	1							
2- Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanın TUS'ta Tercih Sırası	r p	0,052 0,285	1						
3- Uzmanlık Eğitiminde Geçirdiği Süre	r p	0,066 0,168	0,049 0,321	1					
4- Uzmanlık Eğitimi Aldığı Alanı Seçmiş Olmaktan Memnuniyet Durumu	r p	-0,036 0,456	-0,157** 0,001	-0,013 0,782	1				
5- Yaşadığı Şehirden Memnuniyet Durumu	r p	0,086 0,072	0,001 0,988	0,027 0,570	0,288** 0,000	1			
6- Anabilim dalı değerlendirme puanı (ADDP)	r p	0,022 0,654	-0,099* 0,042	-0,102* 0,034	0,406 0,000	0,260 0,000	1		
7- Kurum değerlendirme puanı (KDP)	r p	0,070 0,143	-0,065 0,181	-0,061 0,207	0,340** 0,000	0,261** 0,000	0,637** 0,000	1	
8- Uzmanlık Eğitiminden Memnuniyet Toplam puanı (UEMTP)	r p	0,052 0,279	-0,090 0,066	-0,890 0,065	0,410** 0,000	0,288** 0,000	0,895** 0,000	0,914** 0,000	1

** Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.

* Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir.

5. TARTIŞMA

Literatüre bakıldığında, genel olarak tüm branşları kapsayan uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma koşullarında yaşadıkları güçlükleri ölçmeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Diğer uzmanlık alanlarından farklı olarak birinci basamakta çalışacak olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma koşullarını değerlendirmeye yönelik çalışma sayısı oldukça azdır. Tıp eğitimi alanında bu konudaki çalışmaların sınırlı olması nedeniyle sonuçları, konu hakkında durum tespiti ve tıp eğitimi müfredatları oluşturulması açısından da önemli katkılar sunduğu kanaatindeyiz.

Sunulan çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uzmanlık eğitimi almaktadır. Yapılan kesitsel bir çalışmada, aile hekimliği asistanlarının %60'ının Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Uygulama hastanelerinde, %40'ının üniversite hastanelerinde asistanlık yapmakta olduğu görülmüştür (51). Uzun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %64.90'nun Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde eğitim görmekte oldukları tespit edilmiştir (52). TAHUD tarafından 2017 yılında hazırlanan rapora göre, 55 üniversite ve 17 eğitim araştırma hastanesinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir. Eğitim araştırma hastanelerinde yaklaşık 700, üniversite hastanelerinde yaklaşık 300 asistan bulunmaktadır (53). Sunulan çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Bu çalışmada, katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Literatüre bakıldığında yapılan benzer çalışmalarda da katılımcıların yarısından fazlasının kadınların oluşturduğu görülmektedir (51,54,55). Aile hekimliği uzmanlığının %50,6'sını kadın hekimlerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Nitekim, 2004'ten beri en az % 60'ının kadın olduğu aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki eğilim göz önüne alındığında beklenen bir durum olarak ifade edilmiş (56). Kanada'da yapılan bir çalışma, kadın doktorların erkek doktorlara göre haftalık çalışma sürelerinin daha az olduğu, ailevi nedenlerle izin alma sayısının daha fazla olduğunu göstermektedir (57). Kadınların daha çok tercih etmesinin nedeni, ihtisas dönemi ve daha sonrada sahada çalışılan dönemde çalışma şartlarının ağır olmaması nedeniyle kadınların ailevi görevlerle iş sorumlulukları arasındaki çatışmayı en aza indirgeyebilecekleri bir alan olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Literatüre bakıldığında, 2006 yılında yapılan bir çalışmada Aile Hekimliği asistanlarının TUS'taki ilk üç tercihinde Aile Hekimliği bölümünü tercih etme oranını %35,3 olarak saptamışken, 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada ise bu oran %45,5 olarak

saptanmıştır(54,58). Sunulan çalışmada da benzer şekilde, katılımcıların yarısından fazlasının Aile hekimliği bölümünü ilk üç tercihten biri olarak seçtiği görülmektedir. Bu durum, son yıllarda Aile Hekimliği bölümünü ilk sıralarda tercih etme oranının artmış olduğunu gösterebilir. Aynı zamanda son yıllarda Aile Hekimliği bölümünün ilk sıralarda tercih ediliyor olması katılımcılarında ifade ettikleri gibi “nöbetsiz olması, yoğun olmaması, ailesine ve kendine zaman ayırabilmesi ve iş-sosyal dengesini sağlayabilmesi” gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi ile ilgili düşünceleri ile ilgili yapılan kesitsel bir çalışmada ikinci yıl asistanlarının katılımının daha az olduğu görülmektedir (51). Sunulan çalışmada da benzer şekilde ikinci yıl uzmanlık öğrencilerinden daha az veri geldiği dikkat çekmektedir. Katılımcıların katılma oranları sunulan çalışma ile benzer olup, ikinci yılda rotasyonlar ve nöbetler nedeniyle çalışma şartlarının ağır olmasından dolayı katılımın az olduğunu düşündürmektedir.

Literatüre bakıldığında 2007 yılında 384 aile hekimi asistanının katılımı ile yapılan kesitsel bir çalışmada, katılımcıların “Aile hekimliği uzmanlık eğitimine neden başladınız?” açık uçlu sorusuna en sık pratisyen hekimlikten kurtulmak ve uzman olabilmek için cevabı verildiği görülmektedir. Sıklık sırasına göre diğer cevaplar ise bana en uygun branş diye düşündüğüm için, bir çok branşı kapsadığı için ve genel tıp olduğu için, geleceği olan bir uzmanlık dalı olduğunu düşündüğüm için şeklindedir (51). İsrail’de 2018 yılında yapılan bir çalışma da ise altıncı sınıf öğrencilerinin aile hekimliği seçme isteme nedeni olarak ailesine daha fazla zaman ayırabilmesine olanak sağlayan bir yaşam tarzı sunması olduğunu ifade ettikleri görülmektedir (59). Nitekim bu çalışmada da katılımcıların yarısından fazlası nöbetsiz olması, yoğun olmaması, rahat olması, ailesine ve kendine zaman ayırabilmesi, sosyal yaşam imkanı olması, birinci basamakta çalışmak isteme, acili olmaması, uzmanlık eğitimi süresinin üç yıl olması gibi çalışma koşullarıyla ilgili faktörleri uzmanlık eğitimi aldıkları alanı seçme nedeni olarak belirtmişlerdir. Çalışma saatlerinin fazlalığı, yoğun iş yükü, tutulan nöbet sayısının fazla olması, uyku düzeninin bozulması, çalışma ortamının stresi hekimlerin üzerindeki ana stres faktörleridir. Bu faktörler uzmanlık öğrencilerinin ihtisas seçiminde etkili olmaktadır (60,61,62). Katılımcılar ikinci olarak ise klinik ve sosyal açıdan kendilerine en uygun olarak bu alanı görmeleri, sevmeleri ve ilgi duymaları olarak belirtmişlerdir. Eşine yakın olmak, eğitim isteği gibi zorunluluklar ve hastaya bütüncül yaklaşım sağlayan ve hastalarını uzun süre takip edebilecekleri bir bölüm olduğunu düşünmeleri üçüncü ve dördüncü sırada en sık verilen cevaplardı.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi seçiminde etkili olan faktörlerin ele alındığı makalelerin gözden geçirildiği bir ęalıřmada, daha çok akademik kariyer planlamayan öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığını tercih ettikleri görölmüştür (63). İsrail’de 6.sınıf tıp öğrencilerinde uzmanlık eğitimi almak istediği alanı seçme nedenleri ve bu alanların her birinde kariyer yapma konusundaki düşüncelerinin sorgulandığı bir ęalıřmada, genel olarak öğrenciler aile hekimliği uzmanlığının akademik fırsatlar sunmadığını düşünmektedir. Ayrıca aile hekimliği uzmanlığını seçmeyi isteyen öğrencilerin sadece %26’si geleceğin mesleği olarak görmektedir (59). Karaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir ęalıřmada, aile hekimlerinin %62,1’inin kariyerinde yükselme beklentisi olmadığı dikkat çekmektedir (64). Sunulan ęalıřmada da uzmanlık eğitimi aldığı alanı seçme nedeni olarak katılımcıların %1,8’i kendini geliştirmek, geleceğin branşı olduğunu düşünmek, akademik kadro açığı, akademisyen olma isteği gibi kariyer ve akademik gelişim ile ilgili cevaplar verdi. Bu oranın düşük olmasının nedeni, uzmanlık öğrencilerinin aile hekimliği bölümünün geleceğinden beklentisinin düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sunulan ęalıřmada katılımcıların yaklaşık üçte ikisi aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı ęalıřmada, katılanların %87,50’sinin aile hekimliği asistanı olmaktan memnun oldukları görölmektedir (55). 2012 yılında Kanada’da yapılan bir ęalıřmada birinci yılındaki 317 aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin %92’si aile hekimliğini seçmekten memnun olduğunu ifade etmiştir (65). Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından 2017 yılında yapılan ‘‘Tıp Dallarında Asistan Eğitimi alıştayı Raporu’’ sonuçlarına göre asistan hekimlerin %48,90’ının ęalıřtıkları bölümden memnun oldukları görölmektedir (66). Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin diğer branş uzmanlık öğrencilerine göre memnuniyet oranının yüksek olduğu görölmektedir. Memnun olmalarının nedeni, katılımcılarında ifade ettiği gibi ‘‘klinik ve sosyal açıdan kendilerine en uygun alan olarak gördükleri için, severek, isteyerek ve idealleri olduğu için’’ seğmelerinden, aile hekimliği disiplin özelliğine bağlı olarak çok ağır ve fazla sayıda nöbeti olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Sunulan ęalıřmada, uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık üçte ikisi yeniden seçme şansı olsa yine aile hekimliğini seğebileceğini belirtmişlerdir. Sahada ęalıřan aile hekimleri ile ilgili yapılan bir ęalıřmada, ‘‘Yeniden seçme şansınız olsa yine aile hekimliğini seğer miydiniz?’’ sorusuna, katılımcıların %70,2’sinin evet seğerdim yanıtını verdikleri görölmektedir. (67). Sahada ęalıřan aile hekimleriyle yapılan ęalıřmada aralarında uzmanlık

eğitimi alanlar olup olmadığı bilinmemektedir. Sonuç olarak pratisyen de olsa uzmanda olsa çalışma şartları benzer olmaktadır. Bu durumun, aile hekimlerinin bölümlerinden ihtisas sırasında ve çalışma hayatlarında memnun olduklarını göstermekte olduğu şeklinde yorum yapılabilir.

DTEF ve ACGME mezuniyet sonrası tıp eğitiminde, eğitimin gerekliliklerinin tanımlanmasının ve eğitimin genel ve disipline özel bileşenlerini tanımlayan sistematik bir eğitim programının mutlaka takip edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (2,24). Aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşlerinin sorgulandığı 2007 yılında yapılan bir çalışmada, asistanlardan eğitimle ilgili öncelikli sorunlarını belirtmeleri istendiğinde; birinci sırada eğitimde bir standart olmaması ve bir eğitim programının bulunmayışını belirtilmişlerdir (%39,1) (51). Yüksek ğretim Kurulu (YK) tarafından 2017 yılında yapılan ‘‘Tıp Dallarında Asistan Eğitimi alıştayı Raporu’’ sonuçlarına göre sunulan çalışmayla benzer şekilde katılımcıların %13’ünün rutin uygulanan eğitim programı olmadığını belirttikleri grlmektedir (66). Nitekim bu çalışmada da benzer şekilde uzmanlık ğrencilerinin %12-14’ eğitim süreçleri ve eğitim gerekliliklerinin tanımlanmadığını belirtmişlerdir. Tarihsel sürece bakıldığında 2000li yılların başlarında eğitimdeki öncelikli sorun eğitim programlarının ve standartlarının olmaması iken süreç içinde son yıllarda ve bu çalışmaya gelindiğinde eğitim programları ve standartlarının olmayışına vurgunun azalması (%39dan %12 lere düşmesi) artık pek çok kurumda eğitim programlarının ve standartlarının olduğunu göstermekte olduğu kanaatindeyiz.

Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada, asistan hekimlerin dörtte nden fazlası bölümlerinde düzenli eğitim toplantıları yapıldığını bildirmişlerdir (68). Nitekim bu çalışmada da benzer şekilde, uzmanlık ğrencilerinin dörtte nden fazlası makale, seminer saatleri gibi eğitimle ilgili faaliyetlerin düzenli yapıldığını belirttiler.

Tan ve arkadaşları yaptığı çalışmada, çalışma ortamının iş doyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğunu, bu ortamın öğelerinden birinin de çalışma arkadaşları olduğunu vurgulamaktadır (69,70). Sunulan çalışmada, eğitim almakta olan hekimlerin büyük çoğunluğunu hocalarına rahatça soru sorabildiklerini ve kıdemce üstte olanların her zaman kendilerine yardımcı olduğunu belirtti. Benzer şekilde başka bir çalışmada asistan hekimlerin yarısından fazlası akademik personele veya bölümdeki uzmanlara soru sorabildiklerini, alt kıdem ve st kıdem asistanların birbiriyle herhangi bir iletişim sorunu yaşamadıklarını vurgulamışlardır (68).

DTEF ve TUK'un da belirttiği şekilde eğitimin temel standartlarından biri de uzmanlık öğrencisinin eğitimini önceleyerek, eğitimin hizmet taleplerini tanımlayıcı ve bunlarla entegre olmasının sağlanmasıdır (2,71). Bir üniversite hastanesinde ihtisas yapan asistan hekimlerde yapılan bir çalışmada, dahili bölümlerde çalışan asistan hekimlerin yarısından fazlasının bölümlerinde eğitim ve araştırma hedefinin hizmet sunumundan önce geldiğini belirttikleri görülmektedir (70). Benzer şekilde bu çalışmada da, uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık yarısı rutin işlerin eğitimden sonra geldiğini belirttiler.

Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı Raporu'nda, asistanların dörtte üçü asistan karnesi bulunduğunu ve yaklaşık dörtte biri bulunmasına rağmen rutin pratikte kullanılmadığını ifade ettikleri görülmektedir. Sunulan çalışmada da benzer şekilde katılımcıların yaklaşık üçte ikisi asistan karnesi doldurulduğunu ifade etmişlerdir. Eskiden beri uzmanlık öğrencilerine sunulan eğitimin belli aralıklarla eksik ya da iyi yönlerini olabildiğince nesnel bir şekilde değerlendirilmesinin ve değerlendirme sonuçlarının bildirilmesi ve gerekli yönlendirme yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (2,27). Sunulan eğitimin değerlendirilmesi TUKMOS tarafından 2010 yılından itibaren zorunlu kılınmıştır (1).

Almanya, İngiltere, Danimarka, Hollanda, Polonya gibi beş Avrupa ülkesinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve farklı yeterlilik değerlendirme yöntemlerine genel bir bakış sunma amacıyla yapılan bir çalışmada, Almanya dışındaki tüm ülkelerde uzmanlık eğitimi sırasında tüm eğitim dönemi boyunca resmi ve gayri resmi değerlendirme yöntemleri gibi ek biçimlendirici değerlendirmeler ve son resmi değerlendirme ile yetkinlik temelli bir yaklaşım kombinasyonu kullanarak boylamsal bir değerlendirme kullanılmakta olduğu ifade edilmektedir. Almanya'da ise boylamsal bir değerlendirme kullanılmayıp, uzmanlık eğitiminin sona ermesi için yalnızca bir kere teorik bir sözlü değerlendirme yapıldığı ifade edilmektedir (72). Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada, asistan hekimlerin değerlendirmelerinin %28'i yazılı sınavlarla, %18'nin sözlü sınavlarla ve %14'ünün de her ikisi ile yapıldığını bildirdikleri görülmektedir (68). Sunulan çalışmada, uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık üçte ikisi asistanlara düzenli olarak değerlendirme sınavları yapıldığını bildirdi.

Bu çalışmada, uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık üçte biri teorik ve pratik eğitimin yetersiz olduğunu belirtti. Sunulan başka bir çalışmada, asistan hekimlerin yaklaşık üçte ikisi teorik eğitim düzeyinin yetersiz olduğuna inanırken, üçte birinin de bunun pratik eğitim için

geçerli olduğuna inandığı görülmektedir (68). Bu durumun nedeni, eğitim toplantılarının süresinin ve sayısının yetersiz olması olabilir.

Bu çalışmada ‘‘Eğitim ASM’imiz vardır.’’ ifadesine katılımcıların yarısından fazlası olmadığını belirtmişlerdir. Literatüre baktığımızda, çeşitli çalışmalarda Aile Hekimliği asistanlığı sırasında birinci basamakta eğitim alınması amacıyla planlanan eğitim aile sağlığı merkezi rotasyon ihtiyacı belirttikleri görülmektedir (51,52,54). Bir başka çalışmada, katılımcılardan eğitim aile sağlığı merkezlerinin (EASM) saha eğitimi için gerekli olduğunu düşünenlerin oranının %74 olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada, katılımcılardan saha eğitimini EASM’de geçirenlerin oranının ise %36 olduğu görülmektedir (55). Aile Hekimliği uzmanlığının esasında birinci basamak uzmanlığı olmasına rağmen mevcut Aile Hekimliği uzmanlık eğitim müfredatında birinci basamakta eğitime yeterli süre ayrılmadığını düşündürmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresince bir uzmanlık öğrencisi 18 ayını hastane rotasyonlarında, 18 ayını ise birinci basamakta geçirmelidir. Ancak çoğu eğitim hastanesinde en sık başvuru olan yol hastane ortamında eğitimidir. Aile hekimliği uzmanlığı birinci basamak hekimliği olduğu için eğitim almakta olan hekim ileride çalışacağı ortamda yani birinci basamakta eğitilmelidir. Bu hastane ortamında hiç eğitim almayacağı anlamına gelmemekle birlikte eğitiminin büyük kısmının geçireceği ortamın birinci basamak olması gerektiği anlamına gelmektedir. Dolayısıyla uzmanlık öğrencileri için eğitim merkezi ihtiyacı söz konusudur (73).

Yapılan kesitsel bir çalışmada, asistan hekimlerin bilimsel faaliyetlere katılımının, uzmanlık eğitiminden genel olarak memnuniyetleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bilimsel faaliyetlere katılım sağlamayan asistanlar ise, zamanlarının ve ilgilerinin olmadığını, danışman ve eğitim eksiliği olduğunu belirttiler. Araştırma planlama gibi bilimsel faaliyetlere katılımın teşvik edilmesi ve desteklenmesi öğrenmeye katkı sağlar (68,74). Çok merkezli yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi uzmanlık tezini nasıl hazırlayacaklarını bilmediklerini ve yarısından fazlası bilimsel araştırma yapmaya teşvik edilmediklerini ve bilimsel bir yayınları olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca dörtte biri hiçbir zaman bilimsel bir araştırma planlama ve yürütme konusunda eğitilmediklerini belirttikleridir (68). Bu çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası araştırma faaliyetlerinin desteklendiğini ve tez danışmanlığının yeterli olduğu belirttiler. Ancak, yaklaşık üçte biri tez dışında bilimsel yayın yaptıklarını belirtti. Bu durumun nedeni, bilimsel bir araştırmanın

planlanması ve kullanılması ile ilgili eğitimdeki eksiklik ve motivasyondaki yetersizlik ve aynı zamanda uzmanlık öğrencilerinin ilgisi ve zamanı olmaması olabilir.

İzmir’de yapılan bir çalışmada, seminerlerin, bölüm dışı rotasyonların ve kongre/sempozyumların en sık yararlanılan eğitim yöntemi olarak belirtildiği görülmektedir (54). Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Raporu sonuçlarına göre katılımcıların, %18,5’i kurumların akademik ve bilimsel faaliyet düzeylerini yeterli bulduklarını ifade ettikleri görülmektedir (66). Başka bir çalışmada, asistan hekimlerin yarısından az bir kısmının toplantıları katılımı yeterli olarak gördüğü, dahili bilim dallarında toplantılara katılım olanağının daha fazla olduğu görülmektedir (70). Sunulan çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi bilimsel toplantılara katılımın özendirildiğini ifade etmişlerdir. Aile hekimliği bölümünün yeni bir bölüm olması, akademik gelecek beklentisinin olması, bölümde görev yapmakta olan akademisyenlerin bilimsel çalışmalara önem vermesi, aile hekimliği bölümünde yataklı servisleri yoksa rotasyonlar dışında nöbet olmaması ve serviste takip edecekleri hasta olmamasından dolayı bilimsel toplantılara daha yüksek oranda ve daha çok kişiyle katılım sağlanıyor olabilir.

Tıpta uzmanlık eğitimi doğası gereği, asistan hekimin uzman hekim olmak için eğitim aldığı geçici bir süreç olmasına rağmen kişinin o alandaki gelecek yaşantısını belirleyen kritik bir dönemdir. Bu dönemin asıl amacı eğitim kurumundaki hizmet eksikliğini gidermek olmamalı, hizmet-eğitim dengesi gözetilerek uzman hekim yetiştirmek olmalıdır (25). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısı (%49,50) asistanlığında iyi eğitim aldığına inandığını ifade etmektedir (55). Sunulan çalışmada da benzer şekilde katılımcıların yaklaşık yarısı (%44,50) uzmanlık eğitimini tamamladığında her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olacağına inandığını ifade etmektedir. Yaklaşık her iki hekimden birinin kendini her koşulda çalışabilecek yeterlilikte hissetmemesinin nedeni, ülke politikalarının sürekli değişiyor olması, deneyim azlığından, birinci basamak ortamından ziyade daha çok üçüncü basamak hastane ortamında eğitim almalarından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların anabilim dalı değerlendirme puanı, kurum değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanına bakıldığında 36 ve üzeri yaş grubu katılımcıların puanları 24-29 ve 30-35 yaş grubundaki katılımcılarından yüksekti. Literatüre bakıldığında, yaş ile iş memnuniyeti arasında ilişki saptanmayan çalışmalar (70,75) bulunmakla beraber, yaş ile iş memnuniyeti arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalarda

mevcuttur (76,77). İlerleyen yaşlarda mesleki deneyimin artmasına bağlı iş doyumunda ve memnuniyetinde artma olmakta ve alınan uzmanlık eğitiminden memnuniyet artmaktadır.

Sunulan çalışmada katılımcıların üçte ikisinden fazlası ekonomik durumunu orta olarak ifade etmektedir. Ekonomik durumları ile anabilim dalı değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı arasında farklılık varken gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı. Ancak, ekonomik durumunu kötü olarak nitelendiren katılımcıların kurum değerlendirme puanı, iyi ve orta olarak değerlendirenlerden daha düşüktür. Ekonomik durum, genel olarak alınan uzmanlık eğitiminden memnuniyeti etkilemezken, kurumdan memnuniyeti etkilemektedir. Bu durumun nedeni, sağlıkta uygulanan performans sistemi nedeniyle hekimlerin aylık kazandıkları paraların kurumdan kuruma değişmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Uzmanlık öğrencilerinin yarısından fazlası aile hekimliği bölümünü ilk üç sırada tercih etmişlerdi. TUS'ta uzmanlık eğitimi aldığı alanı ilk üç sırada tercih edenlerin anabilim dalı değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı diğerlerinden daha yüksekti. Ancak kurum değerlendirme puanı arasında anlamlı fark bulunamadı. Asistan hekimlerin büyük bir kısmının ihtisas yaptıkları branşlara isteyerek başladığı ve çalıştığı dalı isteyerek seçenlerde iş doyumunun, memnuniyetin yüksek olduğu çalışmalar mevcuttur (70,78). İlk üç sırada tercih edenlerin anabilim dalından ve uzmanlık eğitiminden memnuniyetleri yüksek olmasının nedeni aile hekimliği bölümünü isteyerek tercih etmelerinden kaynaklanıyor olabilir. İstenerек başlanılmış bir ihtisasta mesleki memnuniyetinde yüksek olması beklenir.

Sistematiк bir literatür taraması çalışmasında, aile hekimliğini severek ve isteyerek seçen hekimlerin, kişsel değerlerine uygun olduğunu düşünen, topluma yararlı olmak amacı olan hekimlerin aile hekimliğinden memnuniyetinin yüksek olduğu dikkat çekmektedir (79,80). Benzer şekilde bu çalışmada asistan hekimlere uzmanlık eğitimi aldıkları alanı seçme nedenleri sorulduğunda, sevgi ve ilgisinden dolayı seçtiğini ifade eden katılımcıların anabilim dalı değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı çalışma şartlarından dolayı ve zorunluluklardan ötürü seçtiğini ifade eden katılımcılara göre daha yüksektir. Seçme nedenini toplum yararına çalışma isteği olarak belirten katılımcıların anabilim dalı değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı seçme nedenini zorunluluklar olarak belirtenlere göre daha yüksektir. Uzmanlık öğrencilerinin çalışma şartları ve zorunluluklardan çok yetenek ve ilgi alanlarına uygun uzmanlık dalı

seçmeleri, yaptıkları işi benimsemelerini sağlıyor ve böylece iş ve eğitim memnuniyetlerini artırıyor olabilir.

Öğrencilerin ihtisas yapacağı alanı seçerken dikkat ettiği faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, yaşanılacak şehrin de önemli seçim faktörlerinden biri olarak belirtildiği dikkat çekmektedir (81). Aile hekimlerinin iş memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelendiği sistematik bir literatür taramasında, yaşanılan şehirden memnuniyetin aile hekiminin memnuniyetini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (80). Nitekim bu çalışmada da, uzmanlık öğrencilerine yaşadığı şehirden memnuniyet durumu sorulduğunda, memnun olduğunu ifade eden katılımcıların anabilim dalı değerlendirme puanı, kurum değerlendirme puanı ve uzmanlık eğitiminden memnuniyet toplam puanı kararsız ve memnun olmadığını ifade eden katılımcılara göre daha yüksekti.

5. SONUÇLAR

Son yıllarda aile hekimliğini ilgilendiren önemli değişimler söz konusudur. Aile hekimliği, akademik bir disiplin olarak kendine özgü bilgi temeli, uygulama ve araştırma alanı ve uzmanlık eğitimi olan özgün bir uzmanlıktır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan öğrenciler uzmanlık eğitiminin bir parçasıdır. Bu yüzden eğitimleri ve çalışma koşulları konusunda duygu ve düşüncelerini öğrenmek uzmanlık eğitimi yönlendirme konusunda yardımcı olacaktır.

- Uzmanlık eğitiminde; diğer dahili bilimlerde olduğu gibi aile hekimliğini de daha yüksek oranlarda kadınlar tercih etmekteydi. Aynı zamanda kadınların uzmanlık eğitiminden genel olarak memnuniyeti erkeklere göre daha düşüktü.
- Uzmanlık öğrencilerinin yarısından fazlası asistan odası, nöbet odası gibi dinlenme ortamlarının yetersiz olduğunu belirtti.
- Çalışmada, katılımcıların bağlı olduğu kurum, medeni durumları, uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre ile anabilim dalı, kurum ve uzmanlık eğitiminden memnuniyetleri arasında fark saptanmadı.
- Uzmanlık eğitimi aldıkları bölüme isteyerek ve öncelikli tercihleri olarak başlayan uzmanlık öğrencilerinin anabilim dalından ve uzmanlık eğitiminden memnuniyetleri yüksekti.
- Uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğu Aile Hekimliği'ni seçme nedeni olarak çalışma şartlarını belirtmişti. Ancak klinik ve sosyal açıdan kendisine en uygun

olarak bu dalı gören yani sevgisi ve ilgisi olan katılımcıların anabilim dalından, kurumdan ve uzmanlık eğitiminden memnuniyetleri daha yüksekti.

- Katılımcıların büyük çoğunluğu aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmaktan memnundular ve yeniden seçme şansları olsa yine aile hekimliğini seçebileceklerini ifade etmişti. Bu katılımcıların da anabilim dalından, kurumdan ve uzmanlık eğitiminden memnuniyetleri daha yüksekti.
- Uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğu makale, seminer saatleri gibi eğitimle ilgili faaliyetlerin düzenli yapıldığını ve rutin işlerin eğitimden sonra geldiğini fakat yaklaşık üçte biri teorik ve pratik eğitimin yetersiz olduğunu belirtti. Asistan hekimler meslektaşlarıyla ve hocalarıyla olan ilişkilerinden memnundu.
- Uzmanlık öğrencilerinin yarısından fazlası eğitim aile sağlığı merkezlerinin olmadığını belirtmişti. Aile hekimliği uzmanlığının birinci basamak uzmanlığı olmasına rağmen uzmanlık eğitiminde asistanların birinci basamakta eğitimi için uygun koşulların sağlanamadığı saptandı.
- Katılımcıların yarısından fazlası tez danışmanlığının yeterli olduğunu belirtti. Uzmanlık öğrencilerinin yarısından fazlası araştırma faaliyetlerinin desteklendiğini belirtmelerine rağmen yaklaşık üçte biri tez dışında bilimsel yayın yapmıştı.

Sonuç olarak, aile hekimliği uzmanlık öğrencileri bu uzmanlık dalını isteyerek seçmelerine rağmen uzmanlık eğitimi konusundaki bir takım eksiklikler, fiziki koşulların yetersizliği gibi nedenlerle memnuniyetsizlik yaşamakta oldukları görülmektedir. Meşakkatli ve özverili bir mesleğin en önemli çağında uzmanlık öğrencisinin aldığı uzmanlık eğitiminin iyileştirilmesi ve onlara destek olunması, hekimliğin geleceği açısından önem taşımaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Dünya Tıp Eğitimi Federasyon'unun eğitim programı, öğrenciler, akademik kadro, eğitim ortamı, ölçme ve değerlendirme gibi konularda belirlediği standartlara yönelik eğitim müfredatları ve standartlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ancak aile hekimliği alanında bu standartların uygulanıp uygulanmadığını irdeleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada da literatürdeki daha önceki çalışmalardan ve DTEF'nin standartlarından yola çıkılarak hazırlanan sorularla anabilim dalındaki ve kurumdaki eğitim ve çalışma koşulları değerlendirilmeye çalışıldı. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçlarının eğitim ve çalışma koşullarındaki durumun değerlendirilmesinde ve yeni çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülebilir. Uzmanlık eğitimi alınan anabilim

dalındaki ve kurumdaki soruların toplam iç tutarlılık katsayısı yüksek saptandı ve ve güvenilir olarak kabul edildi. Bu konuyla ilgili ölçek geliştirmeye yönelik ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

7. ÖNERİLER

- Uzmanlık öğrencilerinin asistan odası, nöbet odası gibi dinlenme ortamları için gerekli mekansal düzenlenmeler yapılmalıdır.
- Eğitim aktivitelerini değerlendirme ve takip sistemi için kullanılan asistan karnesinin kurumdaki etkinliğinin artırılması gerekmektedir.
- Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde birinci basamakta eğitime olanak sağlayan eğitim aile sağlığı merkezlerinin sayısı ve bu merkezlerde eğitime ayrılan süre artırılmalıdır.
- Bilimsel bir araştırmanın planlanması ve kullanılması ile ilgili içsel motivasyonun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Uzmanlık öğrencisinin, uzmanlık eğitimini tamamladığında her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olabilmesi için beceri kazanması yönündeki beklentilerini karşılamaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Bu çalışmada kullanılan anket formundan yola çıkarak ölçek geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Komisyonu (TUKMOS),
Erişim Adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50055/aile-hekimligi.html> Erişim Tarihi: 05.03.2019
2. World Federation of Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standarts For Quality Improvement The 2015 Revision. Erişim Adresi: <https://wfme.org/standards/pgme/> Erişim Tarihi: 05.03.2019
3. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMED), Erişim Adresi: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e> Erişim Tarihi: 05.03.2019
4. Roff S, McAleer S. What is educational climate?. Medical Teacher. 2001;23(4): 333-34

5. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum,environment, climate, quality and change in medical education–a unifying perspective. Medical Teacher. 2001; 23(4): 337-44.
6. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective. Medical Teacher. 2001; 23(5):445-54
7. Llera J, Durante E. Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(1):6-11
8. World Conference on Medical Education of the World Federation for Medical Education. The Edinburg Declaration. 1988.
9. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. Bulletin of the World Health Organization. 2002; 80 (7):592-593.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada, A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910.
11. Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. Emerg Med J. 2006;23:798–802
12. Harden RM , Crosby JR, Davis MH.AMEE Guide No. 14: Outcome-based education (Part1): An introduction to outcome-based education. Medical Teacher 1999; 21(1):7-14.
13. Kara İH, Günvar T, Sunay D, Başak O. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi: Nerede, Ne Kadar, Nasıl ve Ne Zaman?. Konuralp Tıp Dergisi. 2016;8(1):65-71.
14. Yükseköğretim Kurulu Bologna Süreci Nedir? Erişim Adresi:
<https://uluslararasi.yok.gov.tr/uluslararasilasma/bologna/temel-bilgiler/bologna-sureci-nedir> ErişimTarihi: 05.05.2020
15. Terzioğlu A. Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitimine Kısa Bir Bakış. Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları. 2002(2)
16. Başer A, Şahin H. Atatürk’ten günümüze tıp eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017; 48:70-83.
17. Doğramacı İ. Educational adaptation to the factors bearing on medical education in the developing countries: an experiment in medical education in Turkey. Journal of Medical Education.1966;41(9):180-185.

18. Taşkıran HC, Gürsel Y, Özan S, Musal B. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Stratejilerinin Eğitim Yönlendiricileri Tarafından Değerlendirilmesi: SPICES Modeli. Tıp Eğitimi Dünyası. 2005;18:22-26.
19. TBMM Araştırma Komisyonu Tıp Eğitimi Meclis Araştırma Komisyonu Raporu Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem18/yil01/ss566.pdf> Erişim Tarihi: 21.11.2019.
20. Yükseköğretim Kurulu İstatistikleri [https:// istatistik.yok.gov.tr/](https://istatistik.yok.gov.tr/) Erişim Tarihi: 21.11.2019.
21. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı- 2014 Erişim Adresi: debis.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/23202/UlusalCEP2014.pdf Erişim Tarihi: 05.05.2020
22. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları 2018. Erişim Adresi: <http://tepdad.org.tr/uploads/files/Belgeler%20ve%20formlar/5word-MOTE%202018%20STANDARTLARI.pdf> Erişim Tarihi: 22.11.2019
23. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği Amaç ve Faaliyetlerimiz. Erişim Adresi: <http://tepdad.org.tr/amac-ve-faaliyetlerimiz> Erişim Tarihi: 22.11.2019
24. Accrediation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine. 2018.
25. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı. 2006. Birinci Baskı. Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Göker C, Sağlık Sistemi ve Uzmanlık Eğitimi. pp: 58-59
26. Terzi C editör. Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yandalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayını; 2009
27. Çiçek C, Terzi C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2006
28. Clapham M, Wall D, Batchelor Anna. Educational environment in intensive care medicine—use of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM). Medical Teacher. 2007;29:e184-e191
29. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. Br Med J.2003;326:591-594

30. Pace CR. Thoughts on Evaluation in Higher Education (Iowa City, American College Testing Program).1971
31. Demiral Yılmaz N, Velipaşaoğlu S, Ozan S, Uzun Başusta B, Midik Ö, Mamaklı S et al. A multicenter study: how do medical students perceive clinical learning climate?. Medical Education Online. 2016; 21: 30846
32. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. J Adv Nurs 1997; 25: 1299-1306.
33. Colbert-Getz JM, Kim S, Goode VH, Shochet RB, Wright SM. Assessing medical students' and residents' perceptions of the learning environment: exploring validity evidence for the interpretation of scores from existing tools. Academic Medicine 2014; 89 (12): 1687– 93
34. Sakai DH, Kasuya RT, Fong SFT, Kaneshiro RA, Kramer K, Omori J, Takanishi D, Wong C, Hedges JR. Liaison Committee on Medical Education Accreditation: Part I: The Accreditation Process. Hawaii Journal of Medicine & Public Health. 2015; 74(9): 311–314.
35. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on Teaching of General Practice LW Party Leeywenhorst, the Netherlands, 1974.
36. Olesen F, Dickinson J, Hjordahl P. General practice—time for a new definition. Br Med J. 2000; 320: 355-357.
37. Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona, Spain: WHO Europe Office; 2011 (WONCA 2011)
38. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) Working Party on Education (WWPE). WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education. June 2013. Erişim Adresi: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf Erişim Tarihi: 06.05.2019
39. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.2011;15(2):88-90

40. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Akademi Yayınevi. Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi. 1-10
41. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara, 1. Basım;2004.
42. Rakel RE, Rakel DP, editör. Saatçi E, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı. Elsevier Health Science; 2019
43. World Health Declaration. Fifty-first World Health Assembly. May, 1998.
44. Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tarihi: 18.04.1973 Sayısı: 14511 Erişim Adresi: <https://srm.metu.edu.tr/tr/system/files/tababet-uzmanlik-tuzugu.pdf> Erişim Tarihi: 05.06.2019
45. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hekimliği Dergisi 1997;1(1):46-49.
46. Wonca Europe. Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı.. Barcelona, Spain: WHO Europe Office; 2002 Erişim Adresi: <https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> Erişim Tarihi: 06.05.2019 (WONCA 2002)
47. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK). Erişim adresi: <https://www.tahud.org.tr/page/yeterlilik-kurulu> Erişim Tarihi: 06.05.2019
48. Set T. Aile hekimliği uzmanı bakışıyla aile hekimliği. Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi. 2010; 7(26) :20-21
49. Tıpta Uzmanlık Kurulu Karar Tutanağı. Toplantı Tarihi: 21-23/06/2010
Toplantı No:21 Karar No:82 Erişim Adresi: <https://tipfakultesi.adiyaman.edu.tr/files/tipfakultesi.adiyaman.edu.tr/tuk%20rotasyonlar.pdf> Erişim Tarihi: 05.08.2020.
50. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539 Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 05.06.2020
51. Cebeci S, , Konur M, Özdemir H, Özunal M, Sayalı E, Uzuner A et al. Aile hekimliği asistanlarının Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimleri ile ilgili düşünceleri. Çalışma Raporu. 2007.

52. Uzuner A, Topsever P, Ünlüoğlu İ, Caylan A, Dağdeviren N, Uncu Y et al. Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. BMC Medical Education 2010; 10: 29
53. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na (THSK) verilecek üzere kısa rapor. 2017. Erişim Adresi: <https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf> Erişim Tarihi:03.08.2020.
54. Alanyalı FM, Geroğlu B, Kurnaz MA, Can H, Öngel K. İzmir İlinde Bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Disiplini Konusunda Bilgileri ve Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician 2014; 5(4): 1-7.
55. Yıldırım B, Eğici MT. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri. Ankara Med J, 2018; 18(3): 300-11.
56. Bringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean?CMAJ. 2012; 184(15) :1752.
57. Weizblit N, Noble J, Baerlocher MO. The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. Medical Education. 2009; 43: 442–448.
58. Özcan S, Sezer T, Tahmiscioğlu G, Anber N.Sertdemir Y, Kurdak H, Bozdemir N. Aile hekimliği asistanları: Özellikleri ve farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2009; 13(4): 187-92.
59. Naimer S, Press Y, Weissman C, Zisk-Rony RY, Weiss YG, Tandeter H. Medical students' perceptions of a career in family medicine. Israel Journal of Health Policy Research. 2018; 7:1.
60. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 2(3) : 10-15
61. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 241-247.
62. Thomas NK. Resident burnout. Journal American Medical Association. 2004; 292 (23) : 2880-2889.
63. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. J Am Board Fam Pract. 2003;16:502–512.

64. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2009; 13(3): 119-126
65. Oandasın IF, Archibald D, Authier L, Kathrine L, McEwen LA, Palacios M et al. Giving curriculum planners an edge: Using entrance surveys to design family medicine education. Canadian Family Physician 2015; 61(4): e204-10
66. Yükseköğretim Kurulu Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Raporu.2017 Erişim Adresi:
https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/tip_dallarinda_egitim_calis_tayi_2017.pdf Erişim Tarihi: 14.04.2020.
67. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012; 51(1): 21-29.
68. Aysan E, Köroğlu G, Türkeli V, Özgönül A, Özyaşar A, Gülümser Ç et al. Resident Physicians in Turkey: Results of a Survey of 1069 Residents from 11 Provinces. Turk J Med Sci 2008; 38 (1): 35-42 .
69. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Ege Üniversitesi, İ.İ.B.F. Akademik Bakış Dergisi. 2005; 5(1-2): 55-64.
70. Tan MN, Özçakar N, Kartal M. Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. Marmara Medical Journal. 2012;25:20-5.
71. Tıpta Uzmanlık Kurulu Eğitim Standartları. Erişim Adresi:
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/14871,karar1026-tukstandartek1-ortakstandartlarpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 05.08.2020.
72. Flum E, Maagaard R, Godycki-Cwirko M, Scarborough N, Scherpbier N, Ledig T, et al. Assessing family medicine trainees—what can we learn from the European neighbours? GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2015; 32(2):1–15.
73. Metsemakers JFM. Family medicine training in Turkey: some thoughts. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012; 16(1): 23-34
74. Takahashi O, Ohde S, Jacobs JL, Tokuda Y, Omata F, Fukui T. Residents' experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. J Gen Intern Med 2009; 24 (6): 716– 20.

75. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 35: 228-33.
76. Freeborn DK. Satisfaction, commitment and physiological well-being among HMO physicians. West J Med. 2001; 174(1) :13-8.
77. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJ Med 2006; 99(3) :161-9.
78. Akpınar F, Borlu A, Mutlu Şarlı Ş, Balcı E, Horoz D, Gün İ, et al. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ihtisas yapan asistanların yaşam biçimleri ve karşılaştıkları sorunlar. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(4): 311-6.
79. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA. Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. Family Practice. 2007; 24: 138-44.
80. Le Floch B, Bastiaens H, Le reste YJ, Lingner H, Hoffman D, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. BMC Family Practice. 2016; 17: 133-41.
81. Simmonds AC, Robbins JM, Brinker MR, Rice JC, Kerstein MD. Factors important to students in selecting a residency program. Academic Medicine. 1990; 65(10) : 640-643.

9. EKLER

EK-1

TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM VE ÇALIŞMA KOŞULLARI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Sevgili Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi,

Ben bir aile hekimliği uzmanlık öğrencisiyim. Aşağıdaki anket formunda sorulan sorular, "Türkiye'deki Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim ve Çalışma Koşulları" nı belirleme amacıyla tez çalışmam için hazırlanmış sorulardır. İsminizi belirtmeniz gerekmemektedir ve kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Tez araştırmam için vermiş olduğunuz destek için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

1. Sağlık Bakanlığı Asistanı () Üniversite Asistanı ()
2. Uyruğunuz: TC () Yabancı ()
3. Yaşınız:
4. Cinsiyetiniz: 1. Erkek () 2. Kadın ()
5. Medeni durumunuz: 1. Bekar () 2. Evli () 3. Diğer ()
6. Çocuğunuz var mı? 1- Evet () 2-Hayır ()
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1-İyi () 2-Orta () 3-Kötü ()
8. Bitirdiğiniz Tıp Fakültesi:
9. Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) uzmanlık eğitimi aldığınız alan kaçınıcı sıradaydı?.....
10. Uzmanlık eğitiminde geçirdiğiniz süre?(Ay).....
11. Uzmanlık eğitimi aldığınız alanı neden seçtiniz?.....
12. Uzmanlık eğitimi aldığınız alanı seçmiş olmaktan memnun musunuz?
Hiç memnun değilim() Memnun değilim() Kararsızım() Memnunum()
Çok memnunum()
13. Yaşadığınız şehirden memnun musunuz?
Hiç memnun değilim() Memnun değilim() Kararsızım() Memnunum()
Çok memnunum()
14. Yeniden seçme şansınız olsa yine aynı uzmanlık alanını seçmeyi ister miydiniz?
Asla() Düşük bir olasılıkla() Emin değilim() Büyük olasılıkla()
Kesinlikle evet()

Yönerge: Aşağıdaki eğitim, çalışma ortamı ve iş memnuniyetiniz ile ilgili soruları her cümle için verilen boşluklara (X) koyarak işaretleyiniz. Her cümle için yalnızca bir seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmayınız.

Aşağıdaki tanımlamalar sizin durumunuzu hangi düzeyde tanımlar?	1-Hiçbir Zaman	2-Çok nadir	3-Bazen	4-Çoğu Zaman	5-Her Zaman
I.Çalıştığım bölümde (uzmanlık eğitimi aldığımız anabilim dalı);					
1. çalışma düzeni planlanmıştır					
2. eğitimin süreçleri tanımlanmıştır					
3. eğitimin gereklilikleri tanımlanmıştır					
4. herkesin görev tanımı bellidir					
5. kıdemce üstte olanlar her zaman yardımcı olur					
6. hocalarıma rahatça soru sorabilirim					
7. eğitimle ilgili faaliyetler (makale,seminer saatleri vb.) düzenli yapılır					
8. rutin işler eğitimden sonra gelir					
9. asistanların yaptığı uygulamalar gözlenir					
10. asistan karnesi doldurulur					
11. asistanlara düzenli olarak değerlendirme sınavları yapılır					
12. teorik eğitim yeterlidir					
13. pratik eğitim standartlara göre yeterlidir					
14.eğitim asm'miz vardır					
15. araştırma faaliyetleri desteklenir					
16. tez danışmanlığı yeterlidir					
17. tezler yayın olur					
18. asistanlar tez dışı bilimsel yayın yapar					
19. bilimsel toplantılara katılım özendirilir					
20. çalışanlar arası ilişkiler saygılıdır					
21. çalışanlar için sosyal ortamlar hazırlanır					
22. etik ilkelere önem verilir					

23. asistanların bölüm yönetimine katılımı yeterlidir					
24. genel olarak bölümdeki yönetimden memnunum (kararlar, uygulamalar vb.)					
25. uzmanlık eğitimi almaktan memnunum					
II.Çalıştığım kurumda:					
1. görev tanımları bellidir					
2. sekreterlik hizmetleri yeterlidir					
3. bilişim olanakları (internet, bilgisayarlar, vb.) yeterlidir					
4. kütüphane olanakları yeterlidir					
5. laboratuvarlar yeterlidir					
6. araştırma olanakları (BAP, burslar vb.) yeterlidir					
7. idari hizmetler (insan kaynakları, prosedürler,vb.) yeterlidir					
8. sosyal olanaklar (tiyatro, sinema, konser, vb.) yeterlidir					
9. spor olanakları yeterlidir					
10. kantin hizmetleri yeterlidir					
11. kantin fiyatları uygundur					
12. yemekhane hizmetleri yeterlidir					
13. fiziki çalışma ortamları (poliklinik, servis vb.) yeterlidir					
14. dinlenme ortamları (asistan - nöbet odası vb.) yeterlidir					
15. özlük haklarıma saygı gösterilir					
16. kurum içi ilişkiler saygılıdır					
17. etik ilkelere uygun davranılır					
18. kurum içi iletişim ortamından memnunum					
19. bölümler (ana bilim dalları) arasındaki ilişkiler iyidir					
20. takım çalışması teşvik edilir					
21. ek gelirler yeterlidir					
22. araştırma görevlilerinin kurum yönetimine katılımı yeterlidir					
23. genel olarak kurum yönetiminden memnunum (kararlar, uygulamalar vb.)					
24. uzmanlık eğitimini tamamladığımda her koşulda çalışabilecek yeterliliğe sahip olacağıma inanıyorum					
25. bu kurumda uzmanlık eğitimi almaktan memnunum					





