



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HEKİMLERİN
SÜRDÜRÜLEBİLİR HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİNİN YÖNETİMİ
ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

OSMAN YAŞAR SİLACI

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. YETER DEMİR USLU

İSTANBUL-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Osman Yaşar SİLACI
Tez Başlığı : Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin
Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimlerinin Yönetimi Üzerine Bir
Alan Araştırması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 14.05.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç.Dr.Yeter DEMİR USLU

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr.Gökhan AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Yeşim ALİEFENDİOĞLU Ankara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..16../05../2018. tarih ve ...2018../...19..... - 01..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

OSMAN YAŞAR SİLACI



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, saygıdeğer danışman hocam; Doç. Dr. Yeter Demir USLU' ya, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim hocalarıma, çalıőmamda benden yardımlarını esirgemeyen, kıymetli destekilerimden Sedat AZAKLI, Ahmet MURT, Engin ÇAPAR' a ve bugüne kadar her türlü kararımda arkamda olan, tüm koşullarda beni destekleyen, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Tanımı, Ortaya Çıkışı ve Mevzuat Düzenlemeleri	5
4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimler	7
4.2.1. Pratisyen Hekimler	7
4.2.2. Aile Hekimleri	8
4.2.3. Aile Hekimliği Uzmanları	9
4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Toplum Sağlığına Yararları.....	12
4.4. Türkiye’de Sürekli Tıp Eğitimi; Tanımı, Anlam ve Önemi	15
4.5. Tıp’ta Hizmet İçi Eğitimin Anlam ve Önemi.....	16
4.6. Sürekli Tıp Eğitimi ve Hizmet İçi Eğitim Birlikteliği.....	17
4.7. Tıp Eğitiminin Değişim İhtiyacı.....	18
4.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Hizmet İçi Eğitimleri ve Yönetimi	19
4.9. Türkiye’de Tıp Eğitimi İçin Çalışan Kurumlar ve Çalışmaları.....	21
4.10. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Hekimlerin Eğitim Yönetiminde Dünya Örnekleri	25
4.10.1. Almanya Örneği.....	26
4.10.2. Kanada Örneği	26
4.10.3. Japonya Örneği	27

4.11. Dünya’da Tıp Eğitimi İle İlgili Önemli Kuruluşlar.....	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	30
5.2. Araştırmanın Kapsamı.....	32
5.3. Veri Toplama.....	34
5.4. Anketin Geliştirilmesi	35
5.5. Anketin Uygulanması ve Geri Dönüş Oranı	40
5.6. Anketin Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	42
5.7. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemleri	43
5.8. Örneklem Hakkında Genel Bilgiler.....	43
6. BULGULAR.....	46
6.1. Katılımcıların Görevlerine İlişkin Bulgular	46
6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Mesleki Gelişimleri İçin Hizmet İçi Eğitime İlişkin Tutum ve Değerlendirmeleri	48
6.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Mesleki Gelişim ile Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyleri	59
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
8. KAYNAKÇA	78
9. EKLER.....	81
10. ETİK KURULU ONAYI.....	86
11. ÖZGEÇMİŞ.....	89

KISALTMALAR LİSTESİ

SAHU	Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ / WHO	Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UTEAK	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu
TEPDAD	Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
İSTAHED	İstanbul Aile Hekimleri Derneği
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği / World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. WONCA's short name is World Organization of Family Doctors.
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UEMS	Avrupa Uzmanlar Birliği / Union of European Medical Societies
UEMO	Avrupa Pratisyenler Birliği / European Union of General Practitioners
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
STE	Sürekli Tıp Eğitimi
HİE	Hizmet İçi Eğitim
UBP	Ulusal Bağışıklama Programı

STED	Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
MSG	Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi
MÖTE	Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu
LAR	Türkiye’de Yerel Yönetim Reformu Uygulamasının Devamına Destek Projesi / Support to Further Implementation of Local Administration Reform in Turkey Project
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı / Statistical Package for Social Science
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
ASYE	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonları
CME	Continuous Medical Education / Sürekli Tıp Eğitimi
RCPC	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada / Kanada Aile Hekimleri ve Cerrahları Kraliyet Koleji
MOC	Maintenance of Certification / Bakım Sertifikası
CFPC	The College of Family Physicians of Canada / Kanada Aile Hekimleri Koleji
JPCA	Japan Primary Care Association / Japon Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Derneği
WFME	Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu / World Federation Medical Education

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.2.1. Sözlşemeli Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Rotasyonu (23).....	11
Tablo 4.10.1. CME Aktivitelerinin Kredilendirilmesi (39)	26
Tablo 5.4.1. Soru 6: Kaç Yıldır Hekim Olarak Görev Yapmaktasınız?	36
Tablo 5.4.2. Soru7: Kaç Yıldır Aile Hekimi veya Aile Hekimi Uzmanı Olarak Görev Yapmaktasınız?	37
Tablo 5.4.3. Soru 8: Mesleki Gelişimiz İle İlgili Olarak İnternette Haftada Kaç Saat Yararlanıyorsunuz?	37
Tablo 5.4.4. Soru 13: Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileriniz Nelerdir? (Önem sırasına göre 1, 2, 3... biçiminde sıralayınız).	38
Tablo 5.4.5. Soru 19: Size Göre Hizmet İçi Eğitimlerin Hangi Mekânda Düzenlenmesi Daha Etkili Olur?	38
Tablo 5.4.6. Soru 15: Bir Hekim Olarak Performansınızın Artmasına Yardımcı Olacağını Düşündüğünüz Öncelikli Eğitim Konuları Nelerdir? (İlk üçünü belirtiniz)	39
Tablo 5.5.1. Anketin Cevaplanma Oranı	41
Tablo 5.6.1. Anketin Geçerliliği	42
Tablo 5.6.2. Anketin Güvenirliliği	43
Tablo 5.8.1. Katılımcılara Ait Genel Bilgiler	45
Tablo 6.1.1. Aile Hekimliği Öncesi Görev Yeri	46
Tablo 6.1.2. Hekim Olarak Görev Yapma Süresi	47
Tablo 6.1.3. Aile Hekimi veya Aile Hekimi Uzmanı Olarak Görev Yapma Süresi ..	47
Tablo 6.1.4. Mesleki Gelişim İcin İnternette Yararlanma Süresi	48
Tablo 6.2.1. Aile Hekimi / Uzmanlarına Yönelik Hizmet İçi Eğitim Faaliyetlerinin Genel Değerlendirmesi.....	49
Tablo 6.2.2. Son İki Yılda Katılan Hizmet İçi Eğitim Programı	49
Tablo 6.2.3. Alınan Hizmet İçi Eğitim Konuları	50
Tablo 6.2.4. Hizmet İçi Eğitim Alınan Kurumlar	51
Tablo 6.2.5. Hizmet İçi Eğitimde Karşılaşılan Problemler	52
Tablo 6.2.6. Hizmet İçi Eğitimden Beklentiler	53
Tablo 6.2.7. Hizmet İçi Eğitim Alınan / Alınmak İstenen Kurumlar	54
Tablo 6.2.8. Hekimlerin Performansını Artırmaya Yönelik Tercih Edilen Öncelikli Eğitim Konuları.....	55
Tablo 6.2.9. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenlenme Sıklığı	56
Tablo 6.2.10. Hizmet İçi Eğitimlerin Süresi	57
Tablo 6.2.11. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenleneceği Zaman Aralığı	57

Tablo 6.2.12. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenleneceği Mekânlar	58
Tablo 6.2.13. Hizmet İçi Eğitim Yöntemleri	59
Tablo 6.3.1. Mesleki Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği	60
Tablo 6.3.2. Mesleki Gelişimde Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	63
Tablo 6.3.3. Mesleki Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği ve Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyinin Karşılaştırması	65
Tablo 6.3.4. Kişisel Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği	67
Tablo 6.3.5. Kişisel Gelişimde Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	68
Tablo 6.3.6. Kişisel Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği ve Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyinin Karşılaştırması	69



1. ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HEKİMLERİN SÜRDÜRÜLEBİLİR HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİNİN YÖNETİMİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimin yönetimini ele almaktadır. Alan araştırması, her meslek dalında çalışanların mezuniyet sonrası mesleki ve kişisel gelişimini sağlayan hizmet içi eğitimin, tıp sektöründeki önemini, gerekliliğini ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin bu konudaki yaklaşımlarının tespitini hedeflemektedir. Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri ve bunları sunan hekimler hakkında genel bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde, Türkiye’de sürekli tıp eğitimi ve hizmet içi eğitim hakkında değerlendirmeler yapılmıştır. Üçüncü bölüm, hekimlerin hizmet içi eğitim yönetimi hakkında dünya örnekleri (Almanya, Kanada ve Japonya) üzerine odaklanmıştır. Dördüncü ve son bölümde, İstanbul’da görev yapan 4.034 adet birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime online anket yoluyla bir alan araştırması yapılmıştır. Araştırmaya, geçerli 610 (N) kişi katılmıştır ve analizler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir. Hekimlerin, hizmet içi eğitim konusundaki görüş, değerlendirme ve beklentileri ölçülmüştür. Ayrıca hekimlerin, mesleki ve kişisel gelişimi için gerekli gördükleri hizmet içi eğitim konularının tespiti ile hekimlerin bu konulardaki bilgi ve beceri düzeyleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın dikkat çeken üç sonucu vardır. Sonuçlardan ilki, hekimlerin hizmet içi eğitimlerin en az ayda bir kez, 1-2 saat sürecek şekilde, otel gibi rahat bir mekânda ve özellikle uygulamaya dönük yöntemlerle verilmesini önemsemeleri şeklinde ortaya çıkmıştır. İkinci önemli sonuç, verilecek eğitimleri üniversitelerin vermesini ve eğitimlerin mesleki ve kişisel gelişime çok ciddi katkı sağlayacağına inanan hekim sayısının çoğunluğu oluşturmasıdır. Üçüncü sonuç ise, çalışmaya katılan hekimlerin koruyucu sağlık hizmeti ve kronik hastalıklar konusunda bilgi ve beceri düzeylerini yeterli görüyor olsalar da bu alanda daha fazla eğitim almak istemeleri olarak dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, Aile Hekimliği Uzmanı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Hizmet İçi Eğitim, Pratisyen Hekim, SAHU (Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı).

2. ABSTRACT

A FIELD RESEARCH ON THE MANAGEMENT OF SUSTAINABLE IN-SERVICE TRAINING OF PHYSICIANS SERVING PRIMARY HEALTH CARE

This study deals with the management of in-service training that will contribute to post-graduation professional and personal development of physicians who provide primary care health services. The purpose of the field research is to determine the importance of the in-service training that provides occupational and personal development of post-graduate employees of all kinds of professions in medical sector, the necessity of it and the approaches of physicians. The study consists of four parts. The first part gives general information about primary health care services and doctors who provide them. In the second part of the study there are evaluations of continuing medical education and in-service training in Turkey. The third chapter focuses on world samples (examples of Germany, Canada and Japan) of in-service training management physicians. In the fourth and last chapter, there is an area research performed through an online questionnaire for 4,034 primary health care practitioners working in Istanbul. 610 (N) participants included to the study and the analyses were tested at $p < 0.05$ significance level. The opinions, evaluations and expectations of physicians about in-service training have been measured. Additionally, it has been tried to determine the knowledge and skill levels of physicians on these issues by determining the in-service training subjects that physicians need for their professional and personal development. There are three remarkable results of the study. One of them is that physicians attach importance to in-service trainings held at least once a month, lasting 1-2 hours a day, taking place in a comfortable place like a hotel, based on practical methods. Secondly, they believe that these trainings should be given by universities, and that they contribute a lot to professional and personal development. The third conclusion is that although physicians may find the knowledge and skill level of preventive health care and chronic diseases sufficient, they would also like to receive more education in this area.

Key Words: Family Physician, Family Medicine Specialist, In-Service Training, Primary Health Care Services, Practitioner, SAHU (Contracted Family Medicine Specialist).

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili Dünya’da 1970, Türkiye’de ise 2000’li yıllarda başlayan hareketlilik sektörü oldukça dinamik hale getirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde son yıllarda yaşanan bu hızlı değişim ve dönüşüm, haliyle sektörde sağlık hizmeti sunan hekimleri de ciddi olarak etkilemektedir. Sektörün dinamik ve hızlı değişen tıbbi teknoloji ve tedavi yöntemleri ile takibi zor ve bir o kadar da gerekli olması, yoğun bir tıp eğitimden sonra mesleğe atılan hekimlerin, kendilerini güncellemelerini zorunlu hale getirmektedir (1).

Tıp eğitimi denildiğinde öncelikle mezuniyet öncesi eğitim akla gelmekte iken artık günümüzde tıp eğitiminin mezuniyet sonrası ve yaşam boyu devam eden bir eğitim süreci olduğu unutulmamalıdır. Hekimlik; iyi bir mesleki bilgi ve becerinin yanında, insan sevgisi, alçak gönüllülük, moralde tutarlılık, soğukkanlılık gibi insani ve kişisel özellikleri de taşımayı gerektiren bir meslek dalıdır. Elbette bu nitelikleri taşıyan hekimleri yetiştirmek için en uygun mesleki eğitimin ve hizmet içi eğitimin nasıl olacağı tüm dünyada tartışılan ve çözüm aranan konular arasındadır (2).

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli unsuru olan hekimlerin, mezuniyet sonrası sürdürülebilir mesleki hizmet içi eğitimlerinin önemi ve yönetimi konusundaki görüş ve önerileri içermektedir. Çalışma, Türkiye’de çok az kurum tarafından büyük bir özveri ve bireysel çabalarla yürütülen birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin sürdürülebilir hizmet içi eğitimlerinin kurumsallaşmasına katkı sunmayı hedeflemektedir.

2012 yılı Ekim ayından itibaren Medipol Üniversite Hastanesi olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere yönelik ziyaretler gerçekleştirilmiş. Bu ziyaret ve görüşmelerden, sahada birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezun oldukları tıp fakülteleri ile irtibatlarının koptuğu, İstanbul’daki tıp fakültelerinin mezuniyet sonrası eğitimlerinden ya hiç haberlerinin olmadığını ya da hekimlerin iş yoğunluklarından kendilerini doğru planlayamadıkları için katılmadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmeti

sunan hekimler, mesleki eğitimleri konusunda ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını bu ziyaretlerde açıklıkla dile getirilmişlerdir.

Aile hekimliği yeni bir uygulama olduğu için tam olarak bütün unsurları ile yerleşmemiş, fiziki eksikliklerinin yanı sıra mesleki eğitim ihtiyacı hemen her aile hekimi tarafından dile getirilmiştir. İstanbul'un toplam 13 İlçesinde aile sağlığı birimleri ziyaret edilmiş, aile hekimleri ile birebir iletişime geçilerek, eğitim alacak kişi ihtiyacını en iyi kendi bilendir felsefesi ile her fırsatta görüşleri alınmalıdır düşüncesinden yola çıkarak ne tür eğitimlere ihtiyaçları oldukları tespit edilmeye çalışılmıştır. Düzenlenecek eğitimlerin konu tespitleri, eğitim yöntemleri, eğitim süresi ve günü hakkında da görüşleri alınarak hizmet içi eğitim programları oluşturulmaya çalışılmıştır.

Altı yıl süren bu çalışmaların akademik bir araştırmaya konu yapılması fikri, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin yönetimindeki bölünmüşlük ve düzensizlik yüksek lisans tez konusu haline getirilmiştir. Bu sayede, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimlerinin yönetimine katkı sağlama hedeflenmiş, yapılan ampirik çalışma ile sahadan birincil veriler toplanırken aynı zamanda bu konudaki dünya örneklerinin de çalışmaya eklenmesi ile oldukça tatmin edici bir araştırma ortaya çıkmıştır.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimlerini gerek planlayan, gerek uygulayan ve gerekse de bu konuda araştırma yapan tüm kurum ve kuruluşlara önemli bulgular sunacağı düşünülen bu çalışmanın özgünlüğü ile bilim dünyasına önemli katkılar sağlayacağına inanılmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Tanımı, Ortaya Çıkışı ve Mevzuat Düzenlemeleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanması ve sağlık standartlarının yükseltilmesi amacıyla sunulan her türlü bakım desteği, koruyucu ve tedavi edici etkinliklerin tümüdür. Sağlık hizmeti, sağlıklı olma durumunun korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır (3).

Birinci basamak sağlık hizmetleri terimi ilk olarak 1920 yılında Birleşik Krallık'ta yayımlanan Dawson Raporu'nda kullanılmış ve bu raporda birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerin ülke çapında yaygınlaştırılması gerektiğinden bahsedilmiştir (4).

Birinci basamak sağlık hizmetleri tanımı ve stratejileri 1978 yılında Alma Ata Konferansında belirlenmiş ve Alma Ata Bildirgesi ile dünyaya duyurulmuştur. Bu bildireye göre; Birinci basamak sağlık hizmetleri; toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık sistemidir (5).

Amerikan Tıp Enstitüsü ise, Birinci Basamak Hizmetinin ilk resmi tanımlarından birini ortaya koymuş ve beş temel özellik ile bunu açıklamıştır. Bu özellikler; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve belli bir nüfustan sorumluluktur. 1994 yılında aynı enstitü tanımı revize ederek bazı değişiklikler yapmıştır. Gözden geçirme sonrasında birinci basamak sağlık hizmeti tanımlanmış olup; hizmet verilen toplumun ulaşabildiği sağlık hizmetlerinin; sağlık gereksinimlerinin büyük bir kısmından sorumlu sağlık çalışanlarınca; hastalarla sürekli ve karşılıklı bir ilişki temelinde ve hizmeti sunan kurumlar ve basamaklar arasında eşgüdüm sağlanarak, aile ve toplum bağlamında sunulmasıdır (6).

Türkiye, 1961 yılında sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarmıştır. Bu kanunun 2. maddesinde sağlık hizmeti *“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi,*

bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.” şeklinde tanımlanmıştır (7).

224 sayılı kanun, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini tanımlamaktadır. Hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekim olup, sunulan hizmet, tümelci yaklaşıma göre belirlenmiş, yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet birlikte verilecek ve hizmet, bir kamu sağlık kurumunda, ekip olarak, ücretsiz verilecektir (8). 224 sayılı kanun, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını kanun maddesi olarak yazılı hale getirmiştir. Bu kanunun amacı, Türkiye’de yaşayan herkesin ruh ve beden sağlığını korumak, tüm çabalara karşın yine de hasta olan bireylerin ırk, cinsiyet, mezhep, sosyal ve ekonomik sınıf gözetmeksizin eşit şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamaktır (9).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; birey ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri, sağlık kontrolleri, evde bakım, ilk yardım gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık birimleri; Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimleri, Halk Sağlığı Laboratuvarı, 112 Acil sağlık Hizmetleridir (10).

Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak sağlık alanında devlet tarafından sunulan hizmetlerde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır (11). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın üç temel hedefi bulunmaktadır. Bunlar (1);

- Genel sağlık sigortasının uygulanması (2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu)
- Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması (2010 yılı sonu itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildi)
- Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması (663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, 2 Kasım 2012’de Kamu Hastane Birlikleri kuruldu) olarak sıralanmaktadır.

4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimler

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimleri, “Pratisyen Hekimler”, “Aile Hekimleri”, “Aile Hekimliği Uzmanları” ve “İşyeri (Kurum) Hekimleri” olarak sıralamak mümkündür. Dünya sağlık sistemlerinde bu kavramlar yerli yerine oturmasına rağmen Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan, yukarıda adı geçen hekimlerin tanımlanmasında tartışmalar yaşanmaktadır. Bu başlık altında terminolojideki tartışmalara değinilecektir.

4.2.1. Pratisyen Hekimler

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), Avrupa Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlığını değişen bölge şartlarına göre yeniden tanımlamıştır. Bu tanımda Pratisyenlik (12); “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Genel pratisyenlik, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur ve hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Pratisyen hekimler, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır” (13).

20. yüzyılın ilk çeyreğinden itibaren ortaya çıkan ve 1960’lı yıllarda birçok ülkede sosyoekonomik dinamiklere de bağlı olarak, farklı isim ve modellerle de olsa

birinci basamak sağlık hizmetleri alanında uygulama yapan pratisyen hekim; kişi ve ailesini yaşadığı çevreyle birlikte bir bütün olarak ele alır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla gerekli koordinasyonu sağlayarak hastanın sevk ve takibini organize eder. Yaptığı ev ziyaretleri ve rutin takiplerle, kişiye yönelik hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunar (14).

Pratisyen hekim literatürde böyle tanımlanmakla beraber, Türkiye’de pratisyen hekim, tıp fakültelerinden altı yıllık eğitimini tamamlayarak mezun olan tüm hekimlere verilen genel bir ad olarak kullanılmaktadır. Pratisyen hekimler çeşitli sertifikalar alarak aile hekimliği, işyeri hekimliği, diyaliz uygulama hekimliği, eğitim araştırma ve devlet hastanelerinde acil hekimliği, Sağlık Bakanlığı ve özel sektörde yönetici ve denetleyici gibi idari görevlerde, 112 acil sağlık hekimliği, muayenehane açarak klinik ve tamamlayıcı tıp uygulama hekimliği gibi birçok alanda görev yapabilmektedirler. Bu durum uzman aile hekimleri tarafından eleştiriyeye konu olsa da birinci basamak sağlık hizmetinin önemi ve bu alanda ihtiyaç duyulan hekim sayısındaki yetersizlikler bu eleştirilerin göz ardı edilmesine sebep olabilmektedir.

4.2.2. Aile Hekimleri

1970’li yılların ortalarından itibaren tüm dünya ile eş zamanlı olarak Türkiye’de de ilk kez tartışılmaya başlayan aile hekimi kavramı, ilgili dönem itibariyle sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünölmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri ise genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır uygulanmakta olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de uygulanması gerektiği fikri, çıkarılan bir tüzökle (Tababet Uzmanlık Tüzöğü) zorunlu hale getirilmiş ve aynı yıl Türkiye’de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (15), (16). Fakat bu başlık altında sadece aile hekimi kavramı tanımlanmaya çalışılmıştır.

Aile hekimi “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”te; “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlamaktadır (17).

Temel çerçevesi yönetmelikte çizilen aile hekimliği tanımı daha da geliştirilmiştir. Aile hekimi, kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen hekimdir (18).

Aile hekimliği tanımının pratisyen hekim tanımına benzediği dikkat çekmektedir. Türk literatür ve uygulamalarında aile hekimliği zaman zaman aile hekimi uzmanlığı ile karıştırılmaktadır. Oysa aile hekimleri ile pratisyen hekimler, altı yıllık tıp eğitiminin ardından uzmanlık eğitimi almamış olan hekimlerdir. Aile hekimleri, sadece Sağlık Bakanlığı aile hekimliği uyum eğitimini tamamladıktan sonra, sertifikalı aile hekimi sıfatını kazanan pratisyen hekimleri ifade etmektedir. Aile hekimliği uzmanları ise bu tanımlanmış iki hekimden farklılıklar arz etmektedir.

4.2.3. Aile Hekimliği Uzmanları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) imzasının olduğu Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesinde, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır. Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlığı, ilk kez 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır (19). Bu tüzüğe göre aile hekimliği eğitimi için değişik rotasyonlardan oluşan 36 aylık bir süre tanımlanmıştır. Daha sonra 2002 yılında çıkarılan tüzük ile 2009 ve 2014 yılında yayınlanan yönetmeliklerde aile hekimliği uzmanlığı konumunu ve 36 aylık eğitim süresini korumuştur (20), (21). 2005 yılından itibaren birinci basamakta yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu yapılanmada bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilirken, daha önce hükümet tabipleri, sağlık merkezleri ve sonrasında sağlık grup başkanlıkları ile sağlık ocakları tarafından verilen hizmetler ise toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında pilot olarak başlamış ve 2010 yılında 81 il kapsam alanına alınmıştır (16).

Aile Hekimliği Uzmanları, Aile Hekimliği ihtisasının esaslarına uygun nitelikte hizmet sunan uzman tıp doktorlarıdır. Aile hekimi aldığı eğitim ve tecrübesi sayesinde belli tıp ve cerrahi dallarını kapsayan geniş bir yelpazede hizmet vermeye yetkin hekimlerdir. Aile Hekimliği eğitimi bu dalda uzmanlaşan hekimlere cinsiyet, yaş veya başvuruya sebebiyet veren biyolojik sorun, davranış bozukluğu veya sosyal sorundan bağımsız olarak bakımını üstlendiği aile fertlerinin tümüne, koruyucu sağlık hizmetleri dâhil, sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti vermesine olanak sağlar. Bu süreçte Aile Hekimi hastanın veya ailenin sağlıkla ilgili bütün meselelerinde gerekli konsültasyon ve sosyal hizmetlerde dahil olmak üzere, her türlü danışmanlığı da üstlenir (22).

Bir hekimin, aile hekimliği uzmanı olabilmek için mezuniyet sonrası Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girmesi ve aldığı yeterlilik puanıyla Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanelerinde veya üniversitelerdeki aile hekimliği anabilim dalında üç yıl boyunca uzmanlık eğitimi alması gerekmektedir. Bunun yanında "Sözleşmeli Aile Hekimleri" (SAHU) için aile hekimliği uzmanı olabilmelerine yönelik olarak Kasım 2011 tarihinde 663 sayılı kanun hükmünde kararname çıkarılmıştır. Bu KHK ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a ek yapılarak, sözleşmeli aile hekimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitimi alması kararlaştırılmıştır.

24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre, 1 Ocak 2020 tarihine kadar, sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, TUS sonuçlarına göre, baraj puanını geçmek şartıyla görev yaptığı ilde Sağlık Bakanlığına ait eğitim araştırma hastanelerinde ve üniversitelerdeki aile hekimliği anabilim dalında İngilizce yeterliliği aranmadan ve merkezi yerleştirmeye tabi olmadan, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alabileceklerdir. Eğitim alacağı branşlar ve süreleri tablo 4.2.1.'de belirtilmiştir (23).

Tablo 4.2.1. Sözleşmeli Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Rotasyonu (23)

Rotasyona Gönderen Uzmanlık Alanı	Önerilen Uzmanlı Eğitim Yılı	Rotasyon Süresi (Ay)	Rotasyona Gönderilen Uzmanlık Alanı
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	Doğum
	2	2	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	3	1	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	3	1	Acil Tıp
	3	1	Deri ve Zührevi Hastalıkları
	2	1	Göğüs Hastalıkları
			Kardiyoloji
	3	1	Seçmeli rotasyon (Nöroloji / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Genel Cerrahi dallarından birinde 1 ay süre ile.)

Aile hekimi uzmanı, bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html> Erişim Tarihi: 20.03.2018).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün resmi internet sayfasında uzman aile hekiminin görevleri (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html> Erişim Tarihi: 20.03.2018).

- 1- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 2- Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,
- 3- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

- 4- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek,
- 5- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,
- 6- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- 7- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
- 8- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- 9- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 10- Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- 11- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- 12- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- 13- Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak
- 14- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenleme şeklinde sıralanmıştır.

4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Toplum Sağlığına Yararları

Birinci basamak sağlık hizmetleri bir yandan çok iyi bir organizasyon diğer yandan büyük özveri gerektiren, ancak sonuçları hemen görülemeyen sağlık hizmetleridir. Bu nedenle toplum tarafından yeterince önemi bilinmeyen fakat bir o kadar da topluma faydalı hizmetlerdir. Herhangi bir toplumda ortaya çıkabilecek hastalık ve sağlık sorunlarının ilk tanılarının konulması, tedavilerinin yapılması, ya

da karmaşık vakaların uygun yerlere sevk edilmesi için oluşturulan birinci basamak hizmetleri her sağlık sisteminin zorunlu olan ilk halkasıdır.

Dr. Francis Peabody'a göre sağlık hizmeti sunumunun çok fazla parçalara ayrılması onu yetersiz hale getirmektedir. Dolayısıyla tıpta uzmanlaşmaya giden yolun sonuna gelindiği, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği savunulmaktadır. Ortaya çıkan ileri uzmanlık dalları, bu disiplinlerin birbirleriyle ilişkisini azalmakta, uzmanlar arasında koordinasyon problemi ortaya çıkmakta ve bu durum hastalara kapsamlı ve sürekli bakım sunulamamasını ortaya çıkarmaktadır. Maliyetleri artıran, teknolojiye bağımlı, karmaşık tanı ve tedavi yöntemleri hastanın sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşımı ortadan kaldırmaktadır (24).

Hastaların sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşabilen, daha az maliyetle daha etkin hizmet sunabilecek, diğer tıp disiplinleri ile iletişimi güçlü, sağlık gereksinimlerine eşitlikçi ve ihtiyaca uygun yaklaşabilen bir hekime ihtiyaç duyulmaktadır. İşte birinci basamak sağlık hizmeti ile bu hizmeti aile hekimliği uzmanlarının vermesinin mümkün olduğu ileri sürülmektedir. Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmeti "tanımlanmış bir topluluğun kişisel sağlık gereksinimlerinin çoğunu karşılayan, süreklilik gösteren, temel tıbbi bakım verirken sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet de sağlayan bütüncüleşmiş, ulaşılabilir ve kapsamlı bir sağlık hizmeti" olarak tanımlanmaktadır (13).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı açısından yararları (25):

- 1- Öncelikli ve daha fazla ihtiyaç duyulan hizmetlere tüm toplumun rahat ulaşılabilirliği, eşitsizliklerin azaltılması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütüncül ve kapsayıcı hizmet sunması,
- 3- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini koruyucu ve önleyici hizmetlerin oluşturması,
- 4- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisi için çok ekonomik olması,
- 5- Birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin birey ve toplum yönelimli olması ve
- 6- Kronik hastalıkların takibinde branş hekimlik hizmetlerine olan gereksinimin azaltılması şeklinde sıralamak mümkündür.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla finansal kaynak ayrılarak, tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulması ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir. 10 yıllık bu programın yansımaları olarak, sağlık düzeyi göstergelerinin iyileştiği, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde yeniden örgütlendiği, sağlık alt yapısı ve insan gücünde iyileşmeler olduğu, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı ve hasta memnuniyetinin arttığı ortaya konmuştur (26).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma sağladığı faydalar dikkate alındığında, bu hizmeti sunan aile hekimliğinin önemi daha da artmaktadır. O halde aile hekimliğinin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması önem kazanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimliğinin geliştirilmesi için (27):

- Aile hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve uzman sayıları artırılmalı,
- Üniversite ve eğitim hastanelerinde, güçlü ve dünya ile entegre bir akademik yapılanma oluşturulmalı,
- Başasistan ve yardımcı doçent gibi eksik eğitim kadrolarının tamamlanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı'nda gerekli çalışmalar başlatılmalı,
- Buna paralel olarak asistan sayıları hızla artırılmalı ve asistanların eğitim süreleri, eğitimlerinin % 50 sini eğitim aile sağlığı merkezleri gibi sahada geçirecek şekilde planlanmalı,
- Son yıllar içerisinde aile hekimliğine yönelik politik iradenin güçlü bir şekilde devam etmesi; bu bağlamda sahada çalışan aile hekimlerin maaş ve ek gelirlerinin iyileştirilmeli,
- Aile hekimliği kanununun yasalaşması sonrasında eksik hukuki mevzuatın düzenlenmesi ve güncellenmeli,
- Aile hekimliği asistanlarına sahada nüfus bağlanması ile sahada çalışan doktor başına düşen hasta sayılarının 3500-4000'lerden 2000-3000'lere düşmesi sağlanmalı ve
- Ortak bakım planı çerçevesinde elektronik ağlar; aile hekimleri, hastane, yaşlı bakım evleri, sosyal güvenlik kurumları arasında

güçlendirilmesi gerektiği maddelerinin dikkate alınması önemli görülmektedir.

4.4. Türkiye’de Sürekli Tıp Eğitimi; Tanımı, Anlam ve Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütürken sağlık çalışanlarının ve hizmetin gereksinim duyduğu eğitim çalışmaları için Sürekli Tıp Eğitimi (STE) ve Hizmet İçi Eğitim (HİE) kavramları kullanılmaktadır. Bu kavramların eğitimin biçim ve içeriğini etkileyeceği düşünülerek ve diğer ülkelerdeki deneyimler gözden geçirilerek en uygun eğitim biçiminin nasıl olması gerektiği araştırıldığında bu konuda çalışmaların sıklıkla genel pratisyenler ile ilgili olarak yapıldığı görülmüştür. Mezuniyet öncesi ve sonrası resmi eğitimini tamamladıktan sonra hekimin öğrenmeyi sürdürmesini sağlayan tüm yollar ve süreçler STE olarak tanımlanmaktadır (28).

Birinci basamak sağlık hizmeti suna hekimlerin mezuniyet sonrası, üniversiteler başta olmak üzere eğitim veren kurumlardan uzaklaşmaları, mesleki gelişimini olumsuz etkilemekte ve güncelliğini kaybetmektedir. Dolayısıyla gerek STE ve gerekse de HİE, hekimlerin mesleki bilgilerini güncellemeleri için son derece önemli halde gelmektedir.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının alacağı eğitim yaptığı iş ile ilgili olmalıdır. Bu anlamda bağışıklama konulu bir eğitim etkinliğinde eğitim içeriği ülkenin Ulusal Bağışıklama Programı (UBP) ile uyumlu olmalıdır. Sağlık personeli bu programın nasıl oluşturulduğunu da bilmeli ve bunun için de daha çok sürekli eğitim kapsamında değerlendirilebilecek daha geniş ve çalışanı mesleki yönden geliştiren bilgilere gereksinim duyulmaktadır. Bu anlamda işe yeni başlayan kişilere yönelik yapılan Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, Tüberküloz Eğitimi, BCG Uygulama Kursu ya da benzeri eğitimler özellikle HİE kapsamında değerlendirmek mümkündür. Ancak İshalli Hastalıklar ya da Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü gibi uygulanan programlara ait eğitimler hem HİE hem de STE kapsamında değerlendirilecektir. Çalışan kişinin aldığı tüm eğitimler STE kapsamında bile olsa yapılan işe yansıtacağından bu iki kavramın birbirinden çok farklı kavramlar olarak değerlendirilmesi özellikle Sağlık Bakanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık çalışanları için bir gerçekçe olmayacaktır (28).

4.5. Tıp'ta Hizmet İçi Eğitimin Anlam ve Önemi

Hizmet içi eğitimle sağlanan yararlar göz önünde bulundurularak, her kurumda bu eğitim faaliyetleri önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında tıbbi gelişmeler sürekli olarak devam etmektedir. Bu değişimler beraberinde bilgi edinme, öğrenme ihtiyacını doğurmaktadır. Hizmet içi eğitimler bu ihtiyacı karşılamadaki en önemli eğitim etkinlikleridir. Sağlık hizmetlerinde kalite ve yönetimi arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmasına karşın bireyin temel mesleki eğitimindeki yetersizlikler, yöneticilerin olumsuz tutum ve davranışları, çalışan personelin işe karşı isteksizliği gibi birçok faktör yapılan hataları arttırmakta ve birçok soruna yol açmaktadır. Bu evrede çalışan ve yöneticiye uygulanacak hizmet içi eğitim programı büyük önem arz etmektedir (29).

Hekimlerin, formal eğitiminin çok uzun olmasının ötesinde mesleklerinde güncel kalma ve öğrenme istekleri, yakın gelecekte mezuniyet sonrası eğitimlerinin denetlenmeye başlanacak olma ihtimali, hekimlerin mesleklerini icra etmelerine paralel olarak sürmektedir. Ayrıca hekimlik mesleği ile eğitim biliminin kesişme noktası, hastaların eğitim ihtiyaçlarıdır. Hem topluma yönelik hem kişiselleştirilmiş sağlık, hastalık ve hasta eğitimleri hekimleri profesyonel eğitici kimliğine de zorlamaktadır. Hekimlik mesleğinde iyi sonuçlar alabilmek, iyi eğiticiler olup hastaların ihtiyaç duyduklarında bundan yararlanmalarını sağlamayı da gerektirmektedir (30).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin, burada bahsedilen öğrenme ve eğitici rolü alma yükümlülükleri çok daha fazla ön plana çıkmaktadır. Çünkü bireysel ya da aile temelli sürekli koruyucu hekimlik uygulaması, kişilerin risk ve hastalık yönetimleri ile ilgili eğitim ihtiyaçları düzenlenmeden layıkıyla yerine getirilemediğine inanılmaktadır. Hastaların haklarına saygılı ve yüksek tatmin sağlayacak hekimlik uygulamasını sürdürmek güncel kalmakla ve sürekli gelişen kanıtlara hakim olmakla mümkündür, bu da iyi düzenlenmiş bir hizmet içi eğitimle mümkün olacaktır (30).

Bilgi düzeyinin her geçen gün artması, bireye verilecek bütüncül yaklaşımli bakım hizmetlerini sunma yöntemlerinde değişimler, çalışma ve çevre koşullarının gösterdiği farklılıklar, temel öğrenme ve öğretme sürecinde kazanılan bilgilerin zamanla unutulması ve bir bölümünün ise teknolojik gelişmelere bağlı olarak

geçerliliğini yitirmesi gibi zorunlu nedenler, görev üstlenecek sağlık çalışanları için hizmet içi eğitimin ne kadar önemli olduğunu açıkça vurgulamaktadır (29).

4.6. Sürekli Tıp Eğitimi ve Hizmet İçi Eğitim Birlikteliği

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, sağlık eğitim hizmetleri çerçevesinde hizmet içi eğitimleri yasal zorunluluk olması sebebiyle planlamakta ve yürütmektedir. Aile hekimleri, halkın sağlığından sorumlu ilk basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerdir ve eğitimlerinin tam olması, halkında da bilinçlenmesinde etken bir faktördür. Sağlık Bakanlığı, “Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ile sağlık eğitimi hizmetlerini organize etmektedir. Yönergenin “sağlık eğitimi hizmetleri” başlıklı 28. maddesi (31):

(1)“Bakanlık tarafından “sürekli eğitim” kapsamında oluşturulan hizmet içi eğitim programlarını yürütür. Aile hekimi ve aile sağlığı elamanlarına yönelik, bakanlıkça belirlenen aile hekimliği kapsamındaki yıllık hizmet içi eğitimlerinin planlanmasını yapar, lojistik desteği verir. Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı gerekli görülen eğitimler konusunda müdürlük ile işbirliği yaparak ve gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek alarak hizmet içi eğitim düzenler.

(2)Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapar, gerekirse personelinin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmalarını sağlar.” şeklindedir.

Sağlık Bakanlığı, gerek 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve gerekse de adı geçen yönergeye uygun sağlık eğitimi planlaması yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet içi eğitim planlamaları kanun ve yönergeler çerçevesinde düzenlenmekte ve çoğu zaman sistemli yapılmış bir eğitim ihtiyaç analizine dayalı olmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yanında günümüzde sayısı her geçen gün artan çeşitli dernek, vakıf, sivil toplum örgütleri ve hatta üniversiteler sürekli tıp eğitimi ve sağlıkta hizmet içi eğitim konusunda çalışmalar yapmaktadır. Bu kurumlardan bazılarında ileriki bölümlerde değinilecektir.

4.7. Tıp Eğitiminin Değişim İhtiyacı

Sağlık hizmeti veren bireylerin hizmet kalitesi, öz yetenekleri, değişen koşullara uyum sağlama duyarlılığı bakımından özel bilgiye sahip olmaları şarttır. Böylece sunulan hizmetin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, kusurlu olan tarafların giderilmesi ve hızlıca çözülmesi sağlanır. Sağlık kurumlarında görev yapan personele verilen eğitim bireylerin performanslarını geliştirirken aynı zamanda mesleki doyuma ulaşmalarını da sağlar. Günümüz şartlarında tıbbi gelişmelerle birlikte hizmet içi eğitime gereksinimde gün geçtikçe artmaktadır. Hızla değişen toplumun ve mesleğin ihtiyaçlarını karşılamak için mesleğe girmeden önce alınan okul eğitimi eksik kalmaktadır. Sağlık alanında değişime ayak uydurmakta zorlanan personelin eğitim ihtiyacı ortaya çıkmasıyla birlikte eğitim planlanması gereklilik haline gelmiştir (29).

Bazı mesleki yetenekler ancak hizmet içi eğitimle geliştirilebilir. Bilimsel ve teknik gelişmeler ile sağlık alanına yeni bilgi, araç ve gereç girmesiyle personelde eğitim ihtiyacı doğmakta ve eğitim zorunluluk haline gelmektedir. Bunun dışında kuruma yeni personel girişi, görevde yükselme ihtiyacı, görev değişikliği, mevzuatta ki değişimler, yeni birimlerin açılmasıyla birlikte ortaya çıkan bilgi eksikliğini gidermek için hizmet içi eğitim gereklilik haline gelmektedir. Sağlık alanında meydana gelen yeni tedavi uygulamaları ve hızlı teknolojik gelişmeler yüksek iş gücüne sahip personel ile çalışma, hizmet içi eğitim ihtiyacını arttırmaktadır. Günümüzde meslek öncesi okullarda alınan eğitimin, iş yaşamındaki gereklerin yalnızca bir kısmını karşılaması bireylerin eğitime tabi tutulma gerekliliklerini ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetleri örgütsel çalışmanın oldukça önemli olduğu bir alan olup, bu nedenle örgütteki bireyler arasında iletişim kopuklukları veya engelleri yaşanması, aksaklıkları beraberinde getirir bu da hizmet içi eğitim gereksinimi doğurmaktadır. Sağlık alanında kullanılan cihazlar maliyeti oldukça yüksek parçalar olduğundan, bu cihazların en doğru şekilde kullanılması için kurum yüksek teknik becerilere sahip personele ihtiyaç duyar buda verilecek eğitimler ile sağlanabilir. Sağlık personelinin sürekli mesleki gelişimini sağlamak, mesleksel varoluşunu sürdürebilmesinin temel öğelerinden ve sağlık kurumlarından olan hastanelerin öncelikli sorumluluk alanlarından biridir. Sağlık çalışanları kazanılan bilgi ve becerilerini sürdürmeli ve güncelleştirebilmelidir. Toplumun değişen sağlık

ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap verebilmelidir. Değişimi yakalamak, sağlık biliminin tüm dallarında etkin bir performans göstermek, değişen sağlık bakım hizmetlerini yakalamak için bu eğitimler zorunlu bir hal alır ve bu gereksinimlere yönelik eğitim etkinlikleri düzenlemek kurum yöneticilerinin ya da eğitim merkezlerinin asli görevi olmaktadır (29).

4.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Hizmet İçi Eğitimleri ve Yönetimi

Genel Pratisyenlik eğitimindeki temel amaç; genel pratisyenlerde olması gereken davranış değişikliğinin sağlanmasıdır. Genel pratisyenler; hizmet sundukları toplumda yaş, cinsiyet, hastalık, organ ve etmen ayrımı gözetmeksizin en önemli sağlık problemleri ve sağlığı etkileyebilecek sorunlar karşısında bir başka uzmana başvurmadan ilk sağlık hizmetini verebilecek yetkinliğe sahip olmalıdırlar. Mesleki eğitimin sonunda hekimler; hevesli, kendinden emin, özeleştiri yapabilen ve dış eleştirilere açık hekimlik yapabilmelidirler (32).

Tıp eğitimi denildiğinde ağırlıklı olarak mezuniyet öncesi eğitimden bahsedilmektedir. Ancak tıp eğitiminin mezuniyet sonrası ve yaşam boyu devam eden boyutları da vardır. Mezuniyet sonrası eğitim yapılandırılırken mezuniyet öncesi ile uyumluluk konusu göz ardı edilmemelidir. Uzmanlık eğitimleri, bağımsız eğitimler olarak değil, mezuniyet öncesi eğitimlerin tamamlayıcısı olarak düşünülmelidir. Ülke ihtiyaçları konusunda yapılacak pratisyen hekim/uzman hekim dengesi için yükseköğretim kurumları ile Sağlık Bakanlığı'nın iletişim ve işbirliği içerisinde olması da önemlidir. Aslında tıp eğitimi, tıp fakültesine girilen günden başlamak üzere hekimin hayatı boyunca devam edecek bütünsel bir süreçtir. Süreç olarak tanımlanan eğitim ortamının tüm bileşenlerinin birbirinin tamamlayıcısı olmasının sağlanması ve bu bütünlüğün güvenceye alınması, sağlık hizmeti kalitesine de olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Yaşam boyu öğrenebilmenin bir gereği olarak hekimlerin kendi kendilerini değerlendirebilme yetilerine sahip olmalarının önemi, arka planda bırakılmamalıdır. Hekimlerimizin kendi eksik yönlerinin farkında olabilmeleri, hekimlerin iş ortamında birbirlerini değerlendirebilmeleri ve sürekli tıp eğitimi etkinlikleri çerçevesinde mesleki kredi sistemlerinin gelişim sağlayacak bir işbirliğe kavuşturulabilmesinin faydaları olacaktır. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerinin sadece belirli aralıklarla sempozyum

düzenlenmesi olarak algılanması da bu etkinliklerin olası getirilerini azaltmaktadır. Günümüzde, nasıl ki, mezuniyet öncesi eğitimde odak noktası öğrencinin kendisi olarak belirmişse, sürekli tıp eğitimi etkinliklerinde de hekim, merkeze yaklaştırılmalıdır (33).

Nüfusun hızla yaşlanması, hastalık ve hasta bakımı alanındaki teknolojik değişiklikler, hasta memnuniyeti, hastaların giderek daha çok söz sahibi olmaları ve otonomi kazanmaları (politik baskılar ve hastaların ulaşabilecekleri sağlıkla ilgili kaynaklardan bilgilenmeleri) kaynakların gerekli yerde ve etkin kullanımı (gittikçe artan giderlerin engellenmesi) ve giderek değişen profesyonel roller sağlık alanında kendini yenilemeyi gerekli kılmaktadır. Tıp alanındaki referans kitapların çoğu 3-4 yıl gibi kısa aralıklarla yenilenmesi, yeni teknolojilerin inanılmaz hızda piyasaya girmesi, hastaların daha çoğunu ve kalitelisini istemesi, hekimlerin mezuniyet sonrası düzenli aralıklarla bilgilerini güncelleştirmelerini ve yenilikleri izlemelerini zorunlu hale getirmektedir (34).

Amerika Birleşik Devletleri'nde uzman hekimler lisanslarını her 7-10 yılda bir yenilemektedirler. Sistem, çalışanları sürekli denetleyerek istenilen verimliliği yakalamaları için hekimleri zorlamaktadır. Amaç kötü hekimleri ortaya çıkarmak değil, kötü hekimlerin ortaya çıkmasını engellemektir (34).

Aile hekimlerinin dünyada karşılaştıkları sorunların başında eğitim sürecinde yaşanan problemler gelmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde hizmet veren aile hekimlerinin bu bölgelerde hizmet verecek nitelikte eğitilmedikleri çoğu zaman dile getirilmektedir, Algin ve ark. (35), Barley ve ark. (36) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada bayan aile hekimlerinin sorunları incelenmiştir. Araştırmaya katılan 587 aile hekiminden %39'u tıp fakültesi eğitimi sırasında kırsal alana yönelik gerekli eğitim almadıklarını, %16'sı ise intörlük döneminde kırsal bölgelerde staj yapma imkânı bulamadığını belirtmiştir.

Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) yaptığı bir araştırmada da aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin farklı açılardan yetersiz olduğu hekimlerin kendisi tarafından dile getirilmektedir. TTB'nin çalışmasına katılan aile hekimi uzmanları, pratisyen aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yine aynı çalışmada aile sağlığı elemanlarının eğitim gereksinimi olduğu dile getirilmiştir (37).

4.9. Türkiye’de Tıp Eğitimi İçin Çalışan Kurumlar ve Çalışmaları

Sema Özan ve arkadaşları (38) Tıp Eğitimi Dünyası dergisinde yayınlanan “Yolumuza Işık Tutanlar: Tıp Eğitimcileri İçin Önemli Kuruluşlar ve Belgeler” isimli makalelerinde Türkiye’de Tıp eğitimi veren başlıca kuruluşları özetlemişlerdir. Bu kuruluşlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

Türk Tabipleri Birliği (TTB): 1953 yılında İstanbul’da kurulmuş, merkezi 1983 sonrası Ankara’ya taşınmıştır. Kuruluş amaçları arasında halkın sağlığını korumak ve geliştirmek, meslek ahlakını korumak, tıp eğitiminin her alanında söz söylemek ve her platformda mesleğin çıkarını dile getirmek yer almaktadır. Hekim sayısının 100’den fazla olduğu illerde TTB’ye bağlı tabip odası kurulabilmektedir.

Sağlık Meslek Birlikleri Grubu’nun kurucu üyelerinden olan TTB’nin sendikalarla da iletişim ve işbirliği bulunmaktadır. Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Tıp Eğitim Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü ile Avrupa Tabip Derneklerinin oluşturduğu forumun üyesidir. Aynı zamanda, Avrupa Uzmanlar Birliği’nin (UEMS) "Union of European Medical Societies" ve Avrupa Pratisyenler Birliği’nin (UEMO) "European Union of General Practitioners" de gözlemci üyesidir.

TTB’nin hekimlik mesleği yanı sıra tıp eğitimi alanında da önemli katkıları bulunmakta, çeşitli konularda sürekli eğitim kursları, konferanslar, grup çalışmaları düzenlemektedir. Tıp eğitimi alanındaki çalışmaları mezuniyet öncesi, sonrası ve sürekli tıp eğitimine yöneliktir.

Birlik, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimine ilişkin raporlar, mesleki yayınlar hazırlamaktadır. Uzmanlık eğitiminin niteliğini artırmaya yönelik çalışmalarını uzmanlık dernekleri ile birlikte sürdürmektedir.

Sürekli yayınları arasında, TTB Merkez Konseyi Çalışma Raporları, Toplum ve Hekim Dergisi, Tıp Dünyası, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu (MÖTE) yer almakta, ayrıca uzmanlık eğitimi ve sağlıkla ilgili ve sağlık alanındaki sorunlara yönelik çok sayıda kitap ve yayınları da bulunmaktadır. TTB, insan hakları, tıbbi etik, halk sağlığı, ülkedeki sağlık harcamaları ve benzeri alanlarda da çalışmalarını sürdürmektedir.

Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK): Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) “toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için tıp

fakültelerinde verilen tıp eğitim ve öğretiminin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi” amacıyla kurulmuş ulusal bir yapıdır. Bu amaçla tıp fakültelerine yol göstermek, gelişmelerini desteklemek, işleyişini ve sürekliliğini izlemek tıp eğitiminin ulusal ve uluslararası belirli standartlar doğrultusunda yürütülebilmesini sağlamak ve böylece daha iyi eğitilmiş hekimler yetiştirilerek toplumumuzun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, bu alanda standartlar geliştirmek ve tıp fakültelerinin bu standartlara uygunluğunu belgelemek temel etkinlik alanı olmuştur (<http://tepdad.org.tr/> Erişim Tarihi 03.05.2018)

UTEAK, 2002 yılında başlayan kurulma çalışmalarının ardından gelen uzun bir süreç sonunda 2007 yılında kurulmuş ve 9 Mart 2008 tarihinde İzmir’deki toplantı ile resmen çalışmalarına başlamıştır.

Toplam 17 üyeden oluşan UTEAK’ın amacı, mezunlarına “Tıp Doktoru” unvanı veren fakültelerin eğitim programlarını değerlendirmek ve akredite etme çalışmalarını sürdürmektir.

Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD): TEPDAD, 2 Temmuz 2010 tarihinde yayımlanmış olan tüzüğüne göre, tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yaparak Türkiye’de tıp eğitiminin kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. “Böylece, bilimde ve toplumdaki gelişmeler ile hekimlik uygulamalarını bütünleştirip toplumun sağlık sorunlarına yüksek nitelikli sağlık hizmeti ile cevap verebilecek bilgi, beceri ve tutuma sahip, mesleki yaşamı boyunca bildiklerinden daha fazlasını öğrenme isteği ve becerisi kazanmış, bilimsel gelişmelere katkıda bulunabilecek yeterlik ve yetkinlikte hekimler yetiştirilerek toplumun sağlık düzeyinin ileri götürülmesi hedeflenmektedir” (<http://tepdad.org.tr/> Erişim Tarihi 03.05.2018).

TEPDAD’ın başvuran kurumların tıp eğitimi programlarının değerlendirilmesi ve akreditasyonu, akreditasyon çalışmalarında yer alacak sorumluların belirlenmesi ve eğitimi, program değerlendirme konusunda bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapmak, ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlara üye olmak, işbirliği yapmak ve benzeri etkinlikleri hedeflemektedir (<http://tepdad.org.tr/> Erişim Tarihi 03.05.2018).

Bu kurumların dışında da kuruluş amacı belki doğrudan tıp eğitimi olmamakla birlikte, tıp eğitimi konusunda çok önemli çalışmaları olan kuruluşlar da mevcuttur. Bu kuruluşlardan başlıcaları aşağıda verilmektedir:

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD): Türkiye Aile Hekimliği Uzmanları Derneği (TAHUD) 1990 yılında Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanları Derneği (AHUD) ismi ile kurulmuş ve daha sonra 1998 yılında 2/3/1998 tarih, 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) (Turkish Association of Family Physicians) ismini almıştır. 1990 yılından bu yana Türkiye’de ve uluslararası platformlarda Aile Hekimliğinin temsilciliğini yürüten TAHUD Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri ve uzmanlarından oluşan üyeleri ile birlikte çalışmalarına devam etmektedir (<http://www.tahud.org.tr/p/tahud-hakkinda.html> Erişim Tarihi: 03.05.2018).

TAHUD Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve paralelinde birinci basamak sağlık hizmet sunumunu güçlendirmenin çözüm yollarını, düzenlediği kongre, sempozyum ve çalıştaylarda; yeterlilik kurulu, üniversite anabilim dalları, hakemli dergisinde yer alan yayınlar, üyeleri ve ilgili tarafların katılımıyla aramaktadır. TAHUD, tüm bu çalışmalarda geliştirilen düşünceleri, çözüm odaklı uygulamaları ve önceliklerini belirleyerek hem ilgili taraflar hem de kamuoyu ile paylaşmaya özen göstermektedir.

TAHUD mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminin koordinasyonu, denetlenmesi, geliştirilmesi, standardizasyonu ve sertifikalandırılması hizmetlerini TAHUD’ un bir alt kuruluşu ve tamamen bağımsız ve sivil bir oluşumu olan Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu TAHYK ile yerine getirmektedir.

İstanbul Aile Hekimleri Derneği (İSTAHED): İstanbul Aile Hekimleri Derneği, 2010 yılında İstanbul’da kurulmuştur. İSTASE adı altında kurulan dernek, daha sonra İSTAHED ismini almıştır. Dernek, üyelerinin mezuniyet sonrası eğitim ihtiyaçlarını gözlemleyip, devamında eğitim ihtiyaç analizi yapıp, gerçekten ihtiyaç olan konuların belirlenmesi için anket düzenlemekte, ilgi çeken başlıklarda ayda bir eğitim toplantıları planlamakta ve uygulamaktadır. 2012 yılında bu eğitimler “İSTAHED AKADEMİ” adı altında geliştirilerek devam ettirilmiştir.

İSTAHED, üyelerinden oldukça fazla ilgi görmekte ve verimli çalışmalara imza atmaktadır. Dernek, hali hazırda yeni bir uygulama ile üyelerine, “ASM’de 30

dakika” adı altında, üyelerinin şifre ile takip edebildiği bir internet portalı üzerinden haftada iki kez interaktif eğitim yayınları yapmaktadır. İzleyicilerin sorularla ve katılımları ile aldıkları eğitimler, birinci basama sağlık hizmeti sunan hekimler için oldukça tatmin edici ve verimli olduğu görülmektedir (<https://www.istahed.org.tr/dernegimiz/> Erişim Tarihi: 03.05.2018).

Dernek, adı geçen projenin dışında, düzenlediği “Güz Okulu ve Bahar Akademisi gibi eğitim ve sempozyumlar ile bu alanda kısa sürede adından söz ettirir hale gelmiştir.

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF): Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçildikçe ortaya çıkan sorunlara çözümler oluşturmak adına ortaya çıkmış bir sivil toplum kuruluşudur. Türkiye için yeni sayılabilecek bir uygulama olan aile hekimliği sistemin geliştirilmesi, İl Sağlık Müdürlüklerinin pilot yasadan kaynaklanan boşlukları is yükü olarak aile hekimlerine yıkma girişimleri, vatandaşların yetersiz bilgilendirmelerinden kaynaklanan sorunlar AHEF’in ortaya çıkmasını sağlayan diğer hususlar olmuştur (<http://www.ahef.org.tr/AHEF/26/tarihce.aspx> Erişim Tarihi: 04.05.2018).

Birinci aşama uyum eğitimleri eğiticisi olan ve bu süreçten ortak paylaşımları olan hekimler, eğitime gittikleri illerde aynı sorunların yaşandığını gördüklerinde, bir araya gelmenin gerekliliğine karar vermişlerdir. Bu bir araya gelme gerekliliği Aile Hekimleri Derneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu dernekler bir yandan İllerdeki idari sorunlarla ilgilenirken, diğer yandan uygulamadaki aksaklıkları raporlamakta, bölgesel eğitim faaliyetlerini yürütüyor ve sosyal organizasyonlar düzenlemektedirler. İl derneklerinde yaşanan bu ortak sorunlar, yasal düzenlemedeki eksiklikler, derneklerin ulusal ve uluslararası platformlarda temsil edilme ihtiyacı ve bilimsel çalışmalarla, aile hekimlerinin gelişimine katkıda bulunma isteği bu derneklerin beraber çalışma ihtiyacını doğurmuştur. Sekiz il derneği (Adıyaman, Bolu, Aile Hekimleri Derneği, Denizli, Edirne, Elazığ, İzmir, Samsun), kurucu dernek olarak federasyon kuruluş bildirimini 11 Temmuz 2008 yılında Ankara İl Dernekler Müdürlüğü’ne vererek Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonuna tüzel kişilik kazandırmışlardır (<http://www.ahef.org.tr/AHEF/26/tarihce.aspx> Erişim Tarihi: 04.05.2018).

AHEF, sağlık alanındaki her türlü gelişmelerin ve yeniliklerin üyelere tanıtılmasını sağlamaktadır. Ayrıca mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları düzenleyerek, hem hekimlerin hem de aile hekimliği konusunda toplumun bilgilendirilmesini sağlamaktadır. Federasyon ayrıca aile hekimlerinin görevini sürdürürken, uzmanlık eğitimi ve akademik gelişimlerine katkı sağlamayı bu doğrultuda aile hekimlerinin bilimsel çalışmalarda bulunmalarına yardımcı olmayı hedeflemiştir.

4.10. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Hekimlerin Eğitim Yönetiminde Dünya rnekleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan hekimlerin eğitim yönetimi konusunda dünyadan bazı örneklerin incelenmesi, Türkiye uygulamalarının geliştirilmesine destek olacağı düşünülmektedir. Dünya lkelerinin tüm örneklerini incelemenin zorluğu ve çok sayıda ülkeyi ele almanın çalışmanın amacını aşacağı düşüncesinden hareketle  ülkenin incelenmesi uygun görülmüştür. Bu ülkelerin seçiminde Avrupa, Amerika ve Asya kıtaları tercih edilmiştir. Bu kıtalardan ülke tercihlerinde, ülkenin ve sistemin gelişmişlik düzeyi, Türkiye ile benzerlikleri ve farkındalık oluşturacak uygulamaları var olan ülkeler tercih edilmeye çalışılmıştır.

Avrupa kıtasına bakıldığında, Türkiye için önemli bir örnek teşkil edecek, oldukça gelişmiş, farkındalık oluşturan ve yine Türklerin çok yaşadığı bir ülke olan Almanya tercih edilmiştir. Avrupa'da sürekli tıp eğitimi konusunda önemli tecrübe ve birikime sahi olan Almanya bu alanda iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Amerika Kıtasında, Amerika Birleşik Devletlerinin çok bilinir çok incelenmiş olmasından dolayı farklı bir ülke tercih edilmeye çalışılmıştır. Sosyal devlet açısından oldukça gelişmiş, hekimlerin mesleki gelişimlerinde aldıkları eğitimlerde kendi öz değerlendirmelerini yapabildikleri ve kendi öğrenme hedeflerini belirleyebildikleri bir ülke olarak Kanada iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Asya Kıtası için, uzak doğunun farklı kültür ve teknolojidaki hızlı gelişimi dikkate alınarak bir tercihte bulunulmuştur. Bu çerçevede sağlık sisteminin Türkiye ile benzerlikler göstermesi Japonya'nın ön plana çıkmasına sebep olmuştur.

4.10.1. Almanya Örneği

Almanya’da sürekli tıp eğitimi (Continuous Medical Education-CME) kapsamında mesleki eğitim sunan 500’den fazla kurul mevcuttur. Bu kurullar, uzmanlık derneklerince ve yeterlilik kurullarının birimlerince düzenlenmektedir. Almanya genelinde 17 bölgesel tabip odası sertifikasyonları sağlarken kayıtlar Federal tabip birliği tarafından tutulmaktadır. Her bir hekim, senede 50 CME kredisi almalı ve 5 senede bir 250 CME kredisi topladığını belgelemelidir. İstendiğinde belgelenemeyen CME kredileri, ilk yıl için %10, ikinci yıl için %25 ücret kesintisine neden olmaktadır. Bununla birlikte 5 yılda bir 250 CME toplayamayan hekim, çalışma lisansını kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalabilmektedir. CME aktivitelerinin kredilendirilmesi tablo 4.10.1.’de belirtildiği şekilde olmaktadır (39):

Tablo 4.10.1. CME Aktivitelerinin Kredilendirilmesi (39)

A Kategorisi	Ders – Sunum - Tartışma	Her 45 dk için 1 puan (1 Günde en fazla 8 puan)
B Kategorisi	Kongreler	Her 45 dk için 1 puan (1 Günde en fazla 6 puan)
C Kategorisi	Aktif katılımlı atölyeler	Her 45 dk için 1 puan (1 Günde en fazla 8 puan)
D Kategorisi	İnteraktif Eğitimler	Her birim için 1 puan (Test yapılırsa +1 puan)
E Kategorisi	Literatürün kendi kendine çalışılması	Senede en fazla 10 puan
F Kategorisi	Yazarlık veya Atıf alma	Her bir makale veya atıf için 1 puan
G Kategorisi	Eğitim hastanelerinde pratik eğitim	Günde 8 puan

Her hekimin olduğu gibi aile hekimlerinin de elektronik CME kartları bulunmakta ve katıldıkları aktiviteler için barkodlar okutulmak suretiyle puan durumlarının takibi yapılmaktadır.

4.10.2. Kanada Örneği

Özellikle 20.yüzyılın ikinci yarısından itibaren, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) tarafından yeterliklerin sürekli halde korunması için çerçeveler oluşturulmaya çalışılmış olup, 1996 yılında CanMEDS programı kabul edilmiştir. Tüm hekimlerin uymakta zorunlu tutulduğu Maintenance of Certification (MOC) programı 2000’li yılların başında yürürlüğe girmiştir. Kanada’da hekimlerin %90’ı RCPSC çatısı altında kayıtlı olup, sürekli mesleki

gelişim aktivitelerini ve kendi öz değerlendirmelerini MOC programında kayıtlı tutmuşlardır. Kanada'da ilk sunulduğu günden bu yana bu programın, mesleki pratiği geliştirmeye odaklanması ve gereksiz bürokratik yük oluşturmaması yönündeki görüşler göz önünde bulundurulmaktadır.

Kanada'da aile hekimlerinin katılması önerilen mesleki aktiviteleri The College of Family Physicians of Canada (CFPC) akredite etmektedir. CFPC'nin Mainpro (Maintenance of Proficiency) adında bir çevirim içi sürekli tıp eğitimi sistemi mevcuttur. Mainpro; aile hekimlerinin, pratiğe bağlı yaşam boyu öğrenme aktivitelerini kendi öz değerlendirmelerini yaparak planlamaları prensibine dayanmaktadır (<http://www.cfpc.ca/mainpro/> Erişim Tarihi: 06.05.2018).

Hem MOC hem de Mainpro programları, hekimlerin kendi öğrenme hedeflerini katıldıkları aktiviteler ekseninde takip edebilmelerini sağlayan programlar olarak göze çarpmaktadır. Bu programlarda biriken bilgiler, hekimlerin değerlendirmeleri ve profesyonel gelişimlerinin takipleri için dayanak oluşturmaktadır. Kanada'da aile hekimleri; haftada 3,09 saat (veya senede yaklaşık 150 saat) sürekli tıp eğitimi aktivitelerine zaman ayırmaktadırlar. CFPC üyesi olan 27.000 aile hekimi düşünüldüğünde aile hekimleri sürekli tıp eğitimi aktivitelerinde senede toplamda 4.050.000 saat geçirmektedirler. Kanada'da bu zamanın sadece dersler ve sunumlarla geçirilmemesi gerektiği, hekimlerin kendi öz değerlendirmeleri çerçevesinde kendileri planladıkları aktivitelerin de dahil edilmesi gerektiğine yönelik öneriler mevcuttur (40), (41).

4.10.3. Japonya Örneği

1 Nisan 2010 tarihi itibari ile Japonya'da Aile hekimleri akademisi, Genel Tıp Birliği ve Birinci Basamak Tıp Birliği, Japan Primary Care Association (JPCA) çatısı altında birleşmişlerdir. Bu yeni organizasyon, aile hekimlerinin sertifikasyonu ve eğitim programlarının akreditasyonuna ilişkin yetkilere sahip olarak kurulmuştur (http://www.primary-care.or.jp/jpca_eng/activities.html Erişim Tarihi: 06.05.2018). Japonya'nın yüksek yaşam süresi beklentisi olan diğer gelişmiş ülkelerden farkı, aile hekimliği sisteminin tam olarak kurulmamış olmasıdır. Aile hekimliği eğitimi, topluma dayalı olarak değil de eğitim hastanelerinde verilmektedir. Sağlık sistemi hastalara direkt olarak uzmana başvuru hakkı tanıdığından aile hekimlerinin mesleki

bilgi ve becerilerinin neler olmasına ilişkin tartışmalar süregelmektedir. Mevcut mesleki eğitimler, genel sürekli tıp eğitimi prensiplerine göre devam etmekte olup, tam olarak kurumsallaşmamıştır. Yeni kurulan JPCA sayesinde, aile hekimliğinin kademeli olarak güç kazanacağı ön görülmektedir (42).

4.11. Dünya’da Tıp Eğitimi İle İlgili Önemli Kuruluşlar

Tıp Eğitiminde standartları belirleyen ve geliştiren en önemli organizasyon Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu’dur (WFME). WFME’nin 6 bölgesel üyesi (Avrupa- AMEE, Ortadoğu ve Doğu Akdeniz - AMEEMR, Afrika - AMSA, Amerika - PAFAMS, Güneydoğu Asya- SEARAME, Batı Pasifik - WPAME) bulunmakta olup federasyon çalışmalarına farklı kıtalardan katkı bu sayede olmaktadır (<http://wfme.org/standards/cpd/> Erişim Tarihi: 06.05.2018).

WFME’nin tıp eğitiminde standartları belirleyen 3 önemli belgesi, Dünya genelinde akreditasyonlar için de dayanak oluşturan dokümanlardır. Bunlar temel tıp eğitimi, mezuniyet sonrası tıp eğitimi ve sürekli profesyonel gelişime ilişkin standartları içermektedirler. Çalışma ile ilgili olan sürekli tıp eğitimi standartlarına bakıldığında dikkat çeken birkaç önemli nokta (<http://wfme.org/standards/cpd/> Erişim Tarihi: 06.05.2018);

- Sürekli profesyonel gelişim aktiviteleri, doktorların gelişim isteklerine cevap verirken sağlık sistemlerinin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurması gerektiği,
- Doktorların pratiğinin gelişebilmesi için, farklı eğitsel metotlar uygun içerikle birleştirilebilmesi gerektiği,
- Sürekli profesyonel gelişim aktiviteleri şeffaf ve sistematik olarak takip edilmesi gerektiği,
- Doktorların çalışma koşulları, sürekli profesyonel gelişim aktiviteleri için izole korunmuş zaman içermesi gerektiği ve
- Organize edilen sürekli profesyonel gelişim aktiviteleri belirli bir eğitim kalitesinin üzerinde olması gerektiği şeklinde sıralanabilir.

Bugün, Dünya’da esas eğilim, sürekli tıp eğitimi kavramı yerine sürekli profesyonel gelişim (Continuous Professional Development) yaklaşımına geçebilmektedir. Sürekli tıp eğitimi, mesleki bilgi ve becerilerin artırılması

amacını güderken, sürekli profesyonel gelişimin kapsamı daha geniştir. Bu kapsamın esası edindiği bilgi ve becerileri meslek hayatına nasıl dahil edebildiği ile ilgilenmektedir. Bu nedenle de; öz-değerlendirme, performans analizleri, kalite güvencesi, iletişim ve liderlik, yöneticilik, bilgi teknolojilerini kullanım gibi başlıkları içermektedir. Giderek artan sayıda yayında, yeteri kadar etkileşim içermeyen sürekli tıp eğitimi aktivitelerinin istenilen amaca ulaşamayacağı ortaya konmaktadır (43).

Aile hekimliği mesleği ile ilgili en önemli organizasyon ise kuşkusuz WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)'dır. Bu organizasyonun eğitimlerle ilgilenen bir komitesi mevcuttur. Bu komite sürekli profesyonel gelişim aktivitelerine yönelik standart belirleme çalışmalarını devam ettirmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin (Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Uzmanı, Pratisyen Hekim, SAHU-Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı) mezuniyet sonrası mesleki bilgi ve tecrübelerini güncelleyebilmeleri hizmet kalitesi için oldukça önemlidir. Sürdürülebilir bir hizmet içi eğitimin tesisi birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin motivasyonu, artıracığı gibi hizmet kalitesine, de önemli katkı sağlayacaktır.

Sürdürülebilir hizmet içi eğitim için hekimlerin eğitim ihtiyaçlarının tespiti ve buna uygun eğitim programlarının oluşturulması, ardından hekimlerin düzenli bir şekilde ilgili eğitimlere katılmasının sağlanması gerekmektedir.

Araştırmanın konusu, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası sürdürülebilir hizmet içi eğitimlerinin yönetiminde (planlama ve uygulama) yaşanan sorunların tespiti, ilgili sorunların çözümü ve eğitime ihtiyaç duydukları konuların belirlenmesi hakkındadır. Araştırma, hekimlerin hizmet içi eğitime karşı tutumlarının, eğitime ihtiyaç duyulan alanların tespitini yapmak ve böylece birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin kurumsallaşmasına ve yönetimine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Tüm dünyada sağlığın uygulama alanları içerisinde en önemlilerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan, hastayla ve dolayısıyla hastalıkla ilk karşılaşan hekimler aile hekimi, aile hekimliği uzmanları ve pratisyen hekimlerdir. Türkiye’de henüz sevk sistemi tam oturmamış durumda olup, aile hekimleri, kendilerine başvuran hastaların uzman doktorlara sevkine yardımcı olmaktadır. Daha önce sağlık ocağı hekimi olarak bilinen aile hekimleri ve uzmanlarının uyguladığı doğru önleyici sağlık hizmetleri sayesinde hastalar büyük hastanelerde zaman kaybetmeden hastalıklarına şifa bulabileceklerdir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler, hizmet sundukları toplumda yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı gözetmeksizin önemli sağlık problemleri ve sağlığı etkileyebilecek sorunlar karşısında bir başka uzmana başvurmadan ilk sağlık hizmetini verebilecek yetkinliğe sahip olması gereken hekimlerdir. Dolayısıyla bu hekimlerin, mesleki eğitimlerinin sonunda; istekli, kendinden emin, özeleştiri

yapabilen ve dış eleştirilere açık olarak görevlerini ifa etmeleri gerekmekte ve beklenmektedir (30).

Aile hekimliği, gelişmiş ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı ve hekimliğin ilk aşaması olarak kabul edilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleğini gereğince yapılabilmeleri için, özellikle birinci basamakta sık görülen hastalıklara yönelik kapsamlı bir eğitimin alınmış olması beklenmektedir. Yeterli ve gereğince eğitim almış, hastalarını uzun bir zamandır tanıyan ve hasta ile iletişimi iyi olan hekimlerce sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin, diğer hekimler tarafından sunulan hizmetten daha kaliteli olduğunu söylemek mümkündür (44). Türkiye’de aile hekimi olmak isteyenler bu alanda eğitim veren kurumlarda teorik ve pratik eğitimleri aldıktan sonra aile hekimi unvanını kazanabilmekte, uzmanlık eğitimi alan hekimler de aile hekimi uzmanı unvanını almaktadırlar.

Tıp fakültelerinden mezun olan bu hekimler, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerini planlayan ve sunan, Toplum Sağlığı Merkezlerine ve Aile Sağlığı Birimlerine atanmaktadırlar. Buralarda yeterli düzeyde mesleki gelişmelerini sağlayamayan hekimler yıllar geçtikçe motivasyonlarını, özgüvenlerini ve mesleki güncellemelerini kaybetmekte ve çalışma verimlilikleri önemli ölçüde düşmektedir. Bunu önlemeye yönelik olarak, gerek Sağlık Bakanlığı’nın, gerek Türk Tabipler Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nün ve gerekse de bazı vakıf, dernek ve özel kuruluşların çabalarının yeterli düzeyde olduğunu söylemek zor olacaktır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerine ilişkin bu çabalar yeterli düzeyde olmadığı gibi, bilinçli bir eğitim ihtiyaç analizine de dayanmadığı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin sürdürülebilir hizmet içi eğitimlerinin kurumsallaşması adına atılan adımların da yeterli düzeyde olmadığını söylemek mümkündür. Oysaki iyi yönetilebilir sürdürülebilir hizmet içi eğitim, sadece hekimlerin değil tüm birinci basamak sağlık personelinin çalışma etkinliğini, verimliliğini ve aynı zamanda da mesleki doyumunu artıracaktır (2).

Sürekli tıp eğitimi, tüm hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarını ve en sonunda da pratiklerini artırma amaçlı, önceki eğitimlerini bütünleyen ve onlarla iç içe olan tüm etkinlikleri kapsamaktadır. Hekimin tıbbi bilgilerini sürekli olarak

güncellememesi hekime değil hastalara, halka zarar vermektedir. Bu nedenle hekimlerin sürekli eğitimi hem toplumsal bir sorun ve hem de bir devlet görevi olarak görülmelidir (45).

Hekimlik sürekli eğitime ihtiyaç duyan nadir mesleklerden biri olup hekimlerin büyük kısmı günlük uğraşlarından fırsat bulup kendilerini geliştirecek eğitim faaliyetlerine vakit ayıramamaktadırlar. Bu konudaki diğer bir problem ise, özellikle pratisyen ve aile hekimlerinin mezun olduktan sonra tıp fakülteleri ile ilişkilerini devam ettirememeleridir. Böylece hem kendileri güncel mesleki gelişmeleri takip edememekte hem de fakülte'deki öğretim üyeleri, pratisyen hekimliğin sorunları veya uygulamaları konusunda yeterli ve verimli bir bilgiye sahip olamamaktadırlar (2). Dolayısıyla tıp fakültesinde ülke ihtiyaçlarına göre yeterli bilgiye sahip olmadan mezun olan pratisyen hekimin sahada hizmet verirken bilgi ve beceri eksikliği ortaya çıkmaktadır. İşte bu nedenlerdir ki mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim giderek önem kazanmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası mesleki bilgilerini güncelleyebilmeleri ve hızla değişen tıp bilgi ve teknolojilerine uyum sağlayabilmelerini sağlamak amacıyla ne tür eğitimlere ihtiyaç duyduklarının tespitini yapmak ve bu alanda eğitimin nasıl planlanacağı, yapılacağı ve yönetileceği konusuna katkı sağlamaktır. Araştırmanın bir amacı da, hekimlerin hizmet içi eğitime karşı tutumlarının ve bu eğitimlerden beklentilerinin tespiti, dolayısıyla sürdürülebilir bir hizmet içi eğitimin doğru ve etkin yönetimini sağlamaktır. Bu çalışma ile ulaşılmak istenen hedef, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin planlanması ve uygulanmasının kurumsal hale gelmesine destek olmak ve böylece gerek Sağlık Bakanlığı'na gerekse de bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutmaktır.

5.2. Araştırmanın Kapsamı

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimleri, pratisyen hekimler, işyeri hekimleri, sertifikalı aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları olarak sıralamak mümkündür. Söz konusu araştırma, birinci basamak sağlık hizmeti sunan tüm hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarına odaklanmış olmakla birlikte bu hekimler içinden aile hekimleri ve uzmanları önemli yer tutmaktadır. Türkiye'de

yaklaşık 145.000 hekim görev yapmakta ve bunların da yaklaşık 24.000'i aile hekimi ve uzmanlarından oluşmaktadır (46).

Araştırmada kullanılan *Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimler* kavramı *Aile Hekimleri* ve *Aile Hekimi Uzmanları*; *Pratisyen Hekimleri*, *İşyeri Hekimlerini* ve *Sertifikalı Aile Hekimi Uzmanlarını* kapsamaktadır.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin 4.034’ü İstanbul’da görev yapmaktadır (<http://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,49972/birim-sayfasi.html>, Erişim Tarihi: 20.04.2018). Dolayısıyla araştırma evreni olarak İstanbul’daki birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler (4.034 hekim) ele alınmıştır. Hazırlanan anket bu evren içinden Avrupa yakasında yer alan 13 İlçede (Avcılar, Bağcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Başakşehir, Bayrampaşa, Esenler, Güngören, Fatih, Gaziosmanpaşa, Küçükçekmece, Sultangazi, Zeytinburnu) görev yapan 1.601 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim örnekleme uygulanmıştır (<http://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,49972/birim-sayfasi.html>, Erişim Tarihi: 20.04.2018).

Araştırma, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitiminin doğru ve etkin yönetimi için, hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının, hizmet içi eğitime karşı tutum ve beklentilerinin analiz edilmesini kapsamaktadır. Bu araştırmadan sonra ortaya çıkacak sonuçlara göre bir eğitim programının oluşturulmasını ve uygulanmasını kapsamamaktadır.

Araştırmanın sonuçları, Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmeti sunan tüm hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyacının belirlenmesini ve yönetimini ilgilendirmektedir. Böyle olmakla birlikte alan araştırmasını, ülke çapında veya İstanbul’un tamamında uygulamak, evrenin büyüklüğü, zaman kısıtı ve maliyeti sebebiyle mümkün değildir. Dolayısıyla çalışma, İstanbul İlinin Avrupa yakasındaki 13 İlçesinde planlanmıştır. İstanbul’un her alanda Türkiye mozağini yansıtması sebebiyle, İstanbul İlinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim yönetimi ve sorunlarına ilişkin yapılan bir araştırmanın ülke genelini yansıtmasının kuvvetle muhtemel olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

Araştırmanın amacı ve kapsamına yönelik doğru cevaplar bulabilmek için gerekli en uygun sorular ve verilerin neler olduğu, değişkenler, veri kaynakları, evren ve örneklem, verileri elde etme şekil ve yolları ile bunların analiz teknikleri (47) bu başlık altında ele alınacaktır.

5.3. Veri Toplama

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası mesleki bilgi ve tecrübelerini artırmaya yönelik hizmet iç eğitimler, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Türk Tabipler Birliği, çeşitli dernek ve vakıflar ile bazı üniversiteler tarafından düzenlenmektedir. Eğitimler ve eğitim konuları, genelde eğitim veren kuruluşların daha önceki tecrübe ve genel kanaatleri sonucu belirlenmekte ve büyük ölçüde bilinçli ve sistemli ortaya çıkmış bir eğitim ihtiyaç analizine dayanmamaktadır. Dolayısıyla bu durum, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimi ve yönetimini esas alan bu araştırmanın ikinci el verilere dayanmasını mümkün kılmamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin eğitim ihtiyaçlarının tespiti ve yine hizmet içi eğitime yönelik tutum ve davranışların ölçülmesi detaylı analizlere ihtiyaç göstermektedir. Bu tür detaylı analizlerin yapılabilmesi de doğrudan birincil verilerin toplanması ile mümkündür. Dolayısıyla anket, bu tür verilerin birinci elden toplanmasında kullanılan en yaygın veri toplama yöntemidir.

Anket uygulamasında genellikle kullanılan üç yöntem vardır. Bu yöntemlerden birincisi anketin sahada yüz yüze uygulanmasıdır. Bu yöntemde anket formu sahada örneklem üzerinde, yüz yüze doldurularak verilerin sağlıklı bir şekilde toplanması yoluyla uygulanmaktadır. İkinci yöntem anketin posta veya faks yoluyla gönderilmesi ve verilerin de yine posta veya faks yoluyla geri istenmesi yöntemidir. Bu yöntemde, anket formu gönderilirken zarfın içine üzerine pul yapışmış vaziyette geri dönüş zarfı konular ve örneklemin anketi doldurduktan sonra kolayca araştırmacıya ulaştırması sağlanır. Son olarak, teknolojinin ve elektronik iletişim araçlarının gelişmesi ile ortaya çıkan online anket uygulama yöntemidir. Bu yöntemde, internet üzerinden online olarak oluşturulan anket formu bir link olarak katılımcılara elektronik postayla gönderilmektedir. Bu linke tıklayarak katılımcı ankete hızlı ve kolayca ulaşarak anketi bilgisayar, tablet veya akıllı telefonundan pratik bir

şekilde doldurmakta ve “tamamlandı” ikonuna basmasıyla anketi sonlandırmaktadır. Tamamlanan anket doğrudan araştırmacıya ulaşmaktadır.

Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte günümüzde çok sayıda katılımcıya ulaşması açısından online anket yöntemi daha sık tercih edildiği görülmektedir. Posta yoluyla anketin postadan kaynaklanan gecikmeler dolayısıyla uzun zaman alması ve katılımcının anketi tamamladıktan sonra tekrar postaya vermesi gibi dezavantajları söz konusudur. Yüz yüze anket uygulama yönteminde ise özellikle katılımcının profili büyük önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesai saatleri içerisindeki yoğunlukları dikkate alındığında anketi yüz yüze doldurmanın zorluğu ortadadır. Mesai saati dışında sınırlı sayıda hekime ulaşma ve bunun uzun zaman alması bu yöntemin uygulanmasını da zorlaştırmaktadır. Zamanı oldukça değerli ve büyük kitlelere hizmet sunan birinci basamak sağlık hizmeti hekimlerine anket uygulamanın en verimli ve etkin yönteminin online anket olduğu ortaya çıkmaktadır.

5.4. Anketin Geliştirilmesi

Araştırma konusuna ilişkin yapılan literatür taramasında bu alanda yapılan çalışmaların oldukça az olduğu tespit edilmiştir (28), (2). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının tespitine yönelik spesifik alan araştırmalarının son derece az olması anket hazırlama sürecinde yeni sorular ve ölçekler geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Bunun üzerine farklı alanlarda hizmet içi eğitim ihtiyacının tespitine yönelik çalışmalara odaklanılmıştır. Avrupa Birliği – Türkiye Katılım Öncesi Mali İşbirliği Programı kapsamında, Avrupa Birliği’nin mali, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının teknik desteği ile T.C. İçişleri Bakanlığı tarafından 2009-2011 yılları arasında yürütülen “Türkiye’de Yerel Yönetim Reformu Uygulamasının Devamına Destek Projesi (LAR II. Aşama) kapsamında, Yerel Yönetimlerin Eğitim İhtiyaç Analizi için uygulanan bir anket esas alınmıştır(48). Bu anket, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyacını ve hekimlerin hizmet içi eğitime ilişkin tutum ve davranışlarını tespit edebilecek sorularla modifiye edilerek yeniden tasarlanmıştır.

Hazırlanan taslak anket formu çok sayıda akademisyenin görüşü alınarak¹ pilot uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Taslak anket formu, 21-30 Ekim 2017 tarihleri arasında birinci basamak sağlık hizmeti sunan 42 hekime uygulanmıştır. Pilot uygulama sonucu yapılan değerlendirmede, katılımcıların bazı soruları yanlış anladığı, bazı soruların şıklarında kullanılan ölçeklerin çok geniş tutulduğu, bazı soruların şıklarının eksik olduğu ve bazı sorularda katılımcının birden fazla şık işaretlemesi ve benzeri çeşitli sorunlar tespit edilmiştir. Tespit edilen sorunlara yönelik olarak 1-6-7-8-12-13-19 ve 20. sorularda değişiklikler yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu anket sorularında yapılan değişiklikler aşağıda verilmiştir;

Soru 1: Bu soruya hekimin görev yaptığı İlçenin tespiti için İlçe bölümü eklenmiştir.

Soru 6: Bu soruda hekim olarak görev yapma süresinin tespitinde şıkların 5'er yıl aralıklarla oluşturulması analiz sırasında anlamlı bir dağılım oluşturmadığından şıklar 10'ar yıllık periyotlara düşürülmüştür.

Tablo 5.4.1. Soru 6: Kaç Yıldır Hekim Olarak Görev Yapmaktasınız?

Görev Yılı	N	%
1-5	5	11,9
6-10	6	14,3
11-15	7	16,7
16-20	8	19,0
21-25	2	4,8
26-30	8	19,0
31 ve üstü	6	14,3
TOPLAM	42	100,0

Soru 7: Bu soruda ise katılımcının kaç yıldır aile hekimi olarak görev yaptığının tespitine yönelik olarak hazırlanmıştır. Fakat Türkiye'de aile hekimliği 12 yıldır uygulanmakta olduğu için sorunun şıklarında buna uygun bir düzenlemeye gidilmiştir.

¹Prof Dr Ayhan Taştekin, Medipol Üniv. Tıp Fakültesi Neonatoloji ve Çocuk Hastalıkları ABD Başkanı
Prof Dr Mehtap Bulut, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp ABD Başkanı
Prof Dr Ali Mert, Medipol Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları ABD Başkanı ve Aile Hekimliği ABD Başkan Vek.
Prof Dr Fethi Kılıçarslan, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD
Prof Dr Mustafa Öncel - Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Başkanı
Prof Dr Dilek Toprak - Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD Başkanı

Tablo 5.4.2. Soru7: Kaç Yıldır Aile Hekimi veya Aile Hekimi Uzmanı Olarak Görev Yapmaktasınız?

Görev Yılı	N	%
1-5	11	26,2
6-10	26	61,9
16-20	3	7,1
TOPLAM	40	95,2

Soru 8: Bu soruda hekimlerin mesleki gelişimi için haftada kaç saat internetten faydalandığını tespit etmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Pilot uygulamada yapılan analiz sonucu, katılımcının soruyu haftalık değil günlük internet kullanımı olarak yorumladığı fark edilerek soru buna uygun olarak yeniden düzenlenmiştir.

Tablo 5.4.3. Soru 8: Mesleki Gelişimiz İle İlgili Olarak İnternette Haftada Kaç Saat Yararlanıyorsunuz?

Saat	N	%
1-5	25	59,5
6-10	9	21,4
11-15	2	4,8
16 ve üstü	5	11,9
Hiç yararlanmıyorum	1	2,4
TOPLAM	42	100,0

Soru 12: Bu soru ile daha önce hizmet içi eğitime katılan hekimlerin karşılaştıkları temel problemler tespit edilmeye çalışılmaktadır. Pilot uygulamada katılımcıların, anket soruları hazırlık aşamasında fark edilemeyen bazı sorunları tespit ettikleri görülerek bu sorunlar şıklara eklenmiştir.

Soru 13: Bu soruda katılımcıların şıkları sıralamaları istenmesine rağmen bunu yapamadıkları görülmüştür. Bu sebeple soru, katılımcının şıkları sıralamasını sağlayacak şekilde yeniden dizayn edilmiştir.

Tablo 5.4.4. Soru 13: Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileriniz Nelerdir? (Önem sırasına göre 1, 2, 3... biçiminde sıralayınız).

	Kişisel Gelişim	Mesleki Gelişim	Vizyon Kazanma	Motivasyon	Sosyalleşmek	Zorunlu Kurs Sebebiyle
Sayı	28	42	31	26	18	14
Kayıp	14	0	11	16	24	28
T. PUAN	122	249	135	95	43	30

Soru 19: Bu sorunun katılımcılar tarafından yanlış anlaşıldığı ve birden fazla şık işaretlendiği tespit edilmiştir. Sorunun yanlış anlaşılmasını önlemek ve birden fazla şikkın işaretlenmesinin önüne geçmek amacıyla soruda düzenlemeler yapılmıştır.

Tablo 5.4.5. Soru 19: Size Göre Hizmet İçi Eğitimlerin Hangi Mekânda Düzenlenmesi Daha Etkili Olur?

Mekânlar	N	%
Sağlık Bakanlığına Ait Mekânlarda	16	38,1
Üniversitelerde	16	38,1
Özel Eğitim Kuruluşlarında	1	2,4
Otellerde	4	9,5
Diğer	5	11,9
TOPLAM	42	100,0

20. sorudan sonra Likert ölçeği kullanılarak hekimlerin mesleki gelişimi için gerekli gördükleri eğitim konuları ve bu konulardaki yeterlilikleri ölçülmeye çalışılmaktadır. Soru 20'ye gelmeden Soru 15 ile hekimlerin gelecekte hangi hizmet içi eğitimleri istediklerine yönelik açık uçlu bir soru sorulmuştur. Yapılan pilot uygulama ile 42 hekimin bu bölümde en yoğun istedikleri ve ankette yer almayan eğitim konuları Likert ölçekli "Mesleki Gelişim" ile ilgili sorulara eklenmiştir. Yine, 15. soruda tespit edilen konuların bazıları, anketin son bölümünde yer alan Likert ölçekli "Kişisel Gelişim" ile ilgili eğitim ihtiyacının tespitini içeren bölüme katkı yapmıştır.

Tablo 5.4.6. Soru 15: Bir Hekim Olarak Performansınızın Artmasına Yardımcı Olacağını Düşündüğünüz Öncelikli Eğitim Konuları Nelerdir? (İlk üçünü belirtiniz)

EĞİTİM KONULARI	N
Diyabet	8
Gebelik	9
Acil Hastalıkları	3
Pratik Uygulamalar	2
Yaşlı Sağlığı	1
Antibiyotik Kullanımı	2
KBB (Kulak-Burun-Boğaz)	1
Tedavi Protokolleri	1
Aile Planlaması	1
İç Hastalıklar	1
Çocuk Hastalıkları-Aşılar-Astım	24
Temel Tıpta Gelişmeler	1
Halk Sağlığı	1
İlk Yardım	1
Hiper Tansiyon	11
Kalp-EKG	3
Enfeksiyon Hastalıkları	1
Serebre Virtiküler Hastalıklar	1
Kronik Hastalıklar Takibi	10
Kadın Hastalıkları	1
Göz Hastalıkları	3
Alerjik Hastalıklar	2
Travmaya Yaklaşım	1

Değişiklik yapılan soruların dışında, pilot uygulamada elde edilen sonuçlara ilişkin yapılan analizlerde, anket sorusuyla elde edilmeye çalışılan veri ile alınan bilginin uyumlu ve anlamlı olduğu, soruların doğru dizayn edildiği ve doğru ifade edildiği anlaşılmıştır. Bu sebeple diğer sorularda herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Pilot uygulamalarda ayrıca katılımcıların cevaplama süresi tespit edilmiş ve bu sürenin 15 dakikayı geçmediği görülmüştür.

Pilot uygulama sonucu yeniden düzenlenen anket formu, 18 Kasım 2017 tarihinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve daha önce bu anketi doldurmamış 10 farklı hekime daha uygulanmıştır. Bu uygulama sonucu, değişiklik yapılan

sorularda verim alındığı ve isabet sağlandığı görülmüştür. Özellikle yanlış anlaşılan sorulardaki yanlış anlamının ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Ekleme yapılan şıklarda katılımcıların bu şıklara yöneldiği görülmekle yapılan eklemelerin isabetli olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı sorularda yapılan şık düzenlemelerinin olumlu yansıdığı ve anlamlı analizler yapılmasına uygun hale geldiği de görülmüştür.

Bu son pilot uygulamanın sonucunda anket formu son halini alarak uygulamaya hazır hale gelmiştir. Pilot çalışmalarıyla yeniden dizayn edilen anket formunun internet üzerinden uygulamaya da uygun hale geldiği görülmektedir.

Anket formu 3 ana bölümden oluşmaktadır. “Kişisel Bilgiler” adını taşıyan ilk bölümde anketi dolduran kişiye ait temel demografik ve mesleki bilgiler istenmektedir. İkinci bölümde, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim faaliyetleri ile ilgili tutum ve çok yönlü değerlendirmelerini tespiti yönelik sorular bulunmaktadır. “Gelişim Alanları” adını taşıyan üçüncü bölümde ise, hekimlerin mesleki ve kişisel gelişim süreci ile ilgili çeşitli konu başlıkları yer almaktadır. Bu bölümde, mesleki ve kişisel gelişim sürecinde, ilgili konuların hekimler için ne düzeyde gerekli olduğunun tespiti ve ayrıca hekimlerin bu konulardaki yeterlilik düzeylerinin saptanması amaçlanmaktadır.

Anket formu üç tip sorudan oluşmaktadır. Bir grup soru kategorik (nominal), bir grup soru sıralı veya ölçekli (ordinal) ve bir diğer grup soru da açık uçlu sorulardır. Anketin üçüncü bölümü sıralı sorulardan oluşturulmuş ve Likert Ölçeği kullanılmıştır. Tüm Likert sorular beşli ölçeğe göre hazırlanmıştır. Beşli ölçek, cevaplayıcıların daha fazla ölçekteki gereksiz şıklarla uğraşmasını engellemektedir. Literatürde de en yaygın kullanım biçimi beşli ölçektir.

5.5. Anketin Uygulanması ve Geri Dönüş Oranı

Yapılan ampirik çalışma maliyet ve zaman kısıtlılıkları dikkate alınarak İstanbul’un Avrupa Yakasında bulunan 13 ilçesinde (Avcılar, Bağcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Başakşehir, Bayrampaşa, Esenler, Güngören, Fatih, Gaziosmanpaşa, Küçükçekmece, Sultangazi, Zeytinburnu) birinci basamak sağlık merkezlerinde görev yapan 1.601 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime uygulanması hedeflenmiştir.

Pilot uygulamanın tamamlanması ile sahada uygulamaya hazır hale gelen anket formunun birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere uygulanıyor olmasından dolayı en etkin ve verimli yöntemin belirlenmesi gerekmektedir. Daha önce de sözü edildiği gibi katılımcıların meslek itibarıyla mesai saatleri içerisinde oldukça yoğun olmaları ve hizmet sundukları kitlenin sağlık sorunu olan insan kitlesi olması anketin uygulanmasında dikkate değer ön koşullar olarak değerlendirilmiştir. Bu sebeple online anket uygulama yöntemi tercih edilmiştir. Bu sayede katılımcı hekimler, mesai saatleri dışında ve istedikleri yerden (ev, işyeri vb.) bilgisayar, tablet veya cep telefonları ile 15 dakikasını ayırarak bu anketi cevaplayabileceklerdir.

“Survey Monkey” isimli bir online anket uygulama sitesine üye olunarak nihai anket formu bu siteye yüklenmiştir. Örneklem ait elektronik posta adresleri İstanbul Aile Hekimliği Derneği’nden (İSTAHED) temin edilmiştir. Online anket uygulamasının kendi sistemi içindeki mail gönderme opsiyonu ile birinci basamak sağlık hizmeti sunan 1.601 hekime elektronik posta gönderilmiştir. Her elektronik postada, araştırmanın çok kısa bir tanımı ve ankete yönlendiren bir link yer almaktadır. Ayrıca, İstanbul Aile Hekimleri Derneği (İSTAHED) de kendi networkündeki birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere online anket linkini içeren elektronik posta göndermiştir.

Tablo 5.5.1. Anketin Cevaplanma Oranı

	N	%	Toplam %
İrtibat Kurulan (Anket Gönderilen)	1.601	100	100
İSTAHED’in Gönderdiği Anketler	4.034	100	251,97
Toplam Geri Dönen Anket	672	41,97	16,66
<i>Tamamen Boş Anket</i>	7	1,04	---
<i>İl Dışından Katılan Anketler</i>	55	8,18	---
<i>İstanbul İçi, Örneklem Dışı Anketler</i>	111	16,52	----
Toplam Kullanılabilir Anket	610	38,10	15,12

$$\text{Cevaplanma Oranı} = 610/4.034 = \%15,12$$

Tüm bu çalışmalar sonucu internet üzerinde 01.01.2018 – 31.03.2018 arasında açık kalan anket formuna 672 geri dönüş sağlanmıştır. Geri dönen anketlerin 7 tanesi tamamen boş olduğundan değerlendirme dışı tutulmuştur. Anket’in daha etkin yayılımı açısından İSTAHED’in networkü kullanıldığından, araştırmanın belirlenmiş

olan örnekleme (İstanbul Avrupa Yakası 13 İlçe) dışından katılımlar olmuştur. Bunların 55'i İstanbul dışından katılan hekimler ve 111'i de İstanbul'un diğer ilçelerinden katılan hekimler olmuştur. Dolayısıyla anketin etkinliğini artırma ve örnekleme sadık kalmak için İstanbul dışından olan katılımcılar (55 anket) değerlendirmeye alınmamış fakat İstanbul'un diğer ilçelerinden olan katılımcılar (111 anket) değerlendirmeye dahil edilmiştir. Böylece boş anketlerle 667'ye düşen anket sayısından İstanbul dışından olan katılımcılar (55 anket) çıkarıldığında, değerlendirmeye alınan anket sayısı son olarak 610 olarak belirlenmiştir. İstanbul'un diğer ilçelerinden katılan anketler kabul edildiğinde örneklemin 4.034'e çıktığı ve 610 kullanılabilir anketin bu yeni örneklem içinde %15,12'yi oluşturduğu görülmektedir.

Ana kütle ve örneklem dikkate alınarak 4.034 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime ulaşılarak yapılan bir anket uygulaması için ihtiyaç duyulan geri dönüş sayısı 351 yeterli görülmektedir (<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> Erişim Tarihi: 26.04.2018). Bu araştırmada 610 kullanılabilir anket, yeterli anket sayısının yaklaşık iki katıdır.

5.6. Anketin Geçerliliği ve Güvenilirliği

Anketlerin geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu araştırmada, anketin geçerliliği (yani, anketin ölçmek istediği şeyi ne düzeyde ölçtüğü) anketin içerik geçerliliğinin (content validity) ölçülmesi ile belirlenmiştir. Güvenirliliği ise (yani ölçümün kesinliği, tekrar edilebilirliği ve tutarlılık düzeyi) Cronbach alpha katsayısı hesaplanarak test edilmiştir.

Taslak anket formu, 21-30 Ekim 2017 tarihleri arasında 42 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime uygulanmıştır.

Tablo 5.6.1. Anketin Geçerliliği

		N	%
Pilot Uygulama	Geçerli	39	92,9
	Dışarda Bırakılan (Geçersiz Anket)	3	7,1
	TOPLAM	42	100,0

Tablo 5.6.2. Anketin Güvenirliliği

Cronbach's Alpha	Değerlendirmeye Alınan Öğe Sayısı
,962	76

Cronbach Alpha değeri bir anketin iç tutarlılığına dayalıdır. Örnekleme sayısı da iç tutarlılığın ortaya konmasında önemli bir ölçüttür. Geniş bir örneklemeden elde edilen Alpha değeriğlerinin doğruluğuna daha fazla bir güven duyulur. Alpha değeriğlerini hesaplayabilmek için 30 veya daha fazla olan subjeden oluşan örneklemler istatistiksel açıdan yeterli kabul edilir. Dolayısıyla, 42 pilot uygulama sonucu yukarıdaki tablodan da görüleceği gibi, anketin güvenirliliği %96 olarak tespit edilmiştir. Güvenilirlik sadece Likert tipi sorular (20 den sonraki sorular) için yapılmaktadır.

Anketin içerik geçerliliği için yapılan çalışmalara bakıldığında, ilk olarak anket formu oluşturulurken ilgili alanda kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. İkinci olarak taslak anket formu hakkında, bu alanda uzman beş akademisyenin ve altı birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimin görüşü alınmıştır. Üçüncü ve son aşamada da taslak anket formu birinci basama sağlık hizmeti sunan 42 hekime pilot uygulaması yapılmıştır.

5.7. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemleri

Çalışmada elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS programının çeşitli istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma bulguları, tanımlayıcı (descriptive) tek boyutlu tablolar ve yüzdeler tablolar halinde gösterilmiştir. Araştırmada, basit analizler ile veriler tanımlanmış ve sıralanmıştır. Bu aşamada tanımlayıcı (descriptives) ve sıklık (frequencies) analizleri yapılmıştır.

5.8. Örnekleme Hakkında Genel Bilgiler

Türkiye'de yaklaşık 145.000 hekim görev yapmakta ve bunların yaklaşık 24.000'i birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerdir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin de 4.034'ü İstanbul'da çalışmaktadır. Daha önce değinildiği üzere araştırmada bu evren üzerinden belirlenen 13 ilçede (Avcılar,

Bağcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Başakşehir, Bayrampaşa, Esenler, Güngören, Fatih, Gaziosmanpaşa, Küçükçekmece, Sultangazi, Zeytinburnu) görev yapan 1.601 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime ulaşılması planlanmıştır. Anketin uygulanmasında İSTAHED'in önemli desteği olmuş ve İSTAHED'in networkünden çok sayıda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime ulaşılmıştır. Dolayısıyla anket uygulamasına, araştırmanın başında belirlenen İstanbul'un 13 İlçesinin dışında tüm İstanbul ve hatta İstanbul dışı şehirlerden de katılım olmuştur. İstanbul dışından olan katılımlar anket değerlendirmesinden çıkarılırken İstanbul'un diğer ilçelerinden yapılan katılımlar anket değerlendirmesine dahil edilmiştir. İstanbul şehrinin tüm Türkiye mozaigini yansıttığı kabul edilirse İstanbul'da hizmet sunan 610 birinci basamak sağlık hizmeti hekiminin genel özellikleri, tutum ve tercihlerinin de tüm Türkiye'yi yansıtması kuvvetle muhtemeldir.

Tablo 5.8.1.'de görüldüğü gibi, ankete katılan hekimlerin %84'ü Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'de görev yapmaktadır. Katılımcıların %9,5'i kurum/işyeri hekimi olarak kamu ve özel kuruluşlarda görev yapmakta iken %3,7 hekim Kamu veya Özel Hastanelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Katılımcıların çok azı (%1,3) Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışmaktadır.

Ankete, İstanbul'un 32 ilçesinden katılım sağlanmıştır. Adalar, Beykoz, Pendik, Sancaktepe, Silivri, Şile ve Tuzla ilçelerinden hiç katılım olmamıştır. Bağcılar (%13,8), Küçükçekmece (%11,0) ve Başakşehir (%9,3) en çok katılımın sağlandığı İlçeler olmuştur. Sultanbeyli (1 hekim), Çekmeköy (1 hekim), Maltepe (2 hekim) ve Kadıköy (2 hekim) en az katılım olduğu İlçelerdir.

Ankete katılan birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %55,8'i Erkek ve %44,2'si Kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %37,6'sı 36-45 yaş aralığında olup 46-55 yaş grubu da %29,3 düzeyindedir. Ankete katılan birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %67'si 36-55 yaş grubunda oldukları görülmektedir. 25-35 yaş grubu olan katılımcı genç hekimlerin %24,3 olduğu, bununla birlikte 56 yaş ve üzeri hekimlerin oranının ise sadece %8,5 olduğu dikkat çekmektedir.

Ankete katılan hekimlerin yarısından fazlası (%55,3) sertifikalı aile hekimleridir. Aile hekimlerinden sonra katılımcıların %22,7'sini pratisyen hekimler

oluşturmaktadır. Aile hekimi uzmanı (%10,5) ve SAHU (%9,7) sayılarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 5.8.1. Katılımcılara Ait Genel Bilgiler

	N	%	Kümülatif %
GÖREV YAPTIĞI KURUM			
<i>ASM (Aile Sağlığı Merkezi)</i>	504	84,0	84,0
<i>Kurum/İşyeri Hekimliği</i>	57	9,5	93,5
<i>Hastane (Kamu-Özel)</i>	22	3,7	97,2
<i>Toplum Sağlığı Merkezi</i>	8	1,3	98,5
<i>Diyaliz Merkezi</i>	7	1,1	99,7
<i>Acil Servis</i>	2	0,3	100
GÖREV YAPTIĞI İLÇE			
<i>Bağcılar</i>	84	14,0	
<i>Küçükçekmece</i>	67	11,2	
<i>Başakşehir</i>	57	9,5	
<i>Sultanbeyli</i>	1	0,2	
<i>Çekmeköy</i>	1	0,2	
<i>Maltepe</i>	2	0,3	
<i>Kadıköy</i>	2	0,3	
CİNSİYET			
<i>Erkek</i>	339	55,8	55,8
<i>Kadın</i>	268	44,2	100
YAŞ			
<i>25-35</i>	148	24,4	24,4
<i>36-45</i>	228	37,6	61,9
<i>46-55</i>	179	29,5	91,4
<i>56 ve üstü</i>	52	8,6	100
TANIM			
<i>Sertifikalı Aile Hekimi</i>	331	55,3	55,3
<i>Aile Hekimi Uzmanı</i>	63	10,5	65,8
<i>SAHU</i>	58	9,7	75,5
<i>Diğer İhtisaslardan Mezun Aile Hek.</i>	11	1,8	77,3
<i>Pratisyen Hekim</i>	136	22,7	100

6. BULGULAR

Bu bölümde, anket verilerinin analizi, bu analiz sonucu elde edilen bulgular ve bunlara ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır. Anket sorularının tamamı analiz edilerek değerlendirilmeye alınmıştır. Bu alanda yapılmış çalışmaların az olması ve ilk defa ampirik çalışma yapan bir araştırmacı olarak ayrıntılı analizlere girmenin sakıncaları düşünülmüştür. Dolayısıyla, daha çok basit, tanımlayıcı ve betimleyici (descriptives) ve sıklık (frequencies) analizlerden yararlanılmaya çalışılmıştır. Çalışmadan elde edilen ve alanında önemli sayılabilecek bu bulgular hem kamu-özel ilgili tüm kuruluşlara hem de bundan sonraki akademik çalışmalara yol gösterici nitelikte olacaktır.

6.1. Katılımcıların Görevlerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında, katılımcıların birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim olmadan önceki görevleri ve şu anki görevleri hakkındaki bulgular değerlendirilmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim olmadan önceki ve sonraki hizmet süreleri hakkında değerlendirmeler yapılmaktadır.

Tablo 6.1.1. Aile Hekimliği Öncesi Görev Yeri

Kuruluş	N	%
Devlet Hastanesi	160	26,4
Sağlık Ocağı	233	38,5
Tam Gün İşyeri Hekimliği	49	8,1
Özel Sağlık Kuruluşu	81	13,4
Verem Savaş Dispanseri	6	1,0
Acil Servis (112)	14	2,3
Toplum Sağlığı Merkezi	37	6,1
Diyaliz Merkezi	5	0,8
Sağlık Bakanlığı İdari Teşkilatı	16	2,6
İlk Görev Yeri	4	0,7
TOPLAM	605	100,0

Tablo 6.1.1.deki verilerden anlaşıldığı üzere, ankete katılan birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin büyük bir kısmı (%64,9), sağlık ocakları daha ağırlıklı olmak üzere (%38,5), sağlık ocağı ve devlet hastanelerinden gelmektedirler. Tam Gün İşyeri Hekimliğinden gelenlerin oranı %10'un altındadır (%8,1). Aile

hekimliği uygulaması başladıktan sonra Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli birimlerinde görev yapan hekimlerin %2,6'sı aile hekimliğine geçtiği dikkat çekmektedir. Bunlarla birlikte toplum sağlığı merkezleri (%6,1) ve acil servislerden (%2,3) aile hekimliğine geçenlerin oranı da toplamda %10'u bulmamaktadır (%8,4).

Tablo 6.1.2. Hekim Olarak Görev Yapma Süresi

Yıl	N	%
1-10	194	32,0
11-20	217	35,7
21-30	143	23,6
31 ve daha fazlası	53	8,7
TOPLAM	607	100,0

Tablo 6.1.2.'de görüldüğü gibi, ankete katılan hekimlerin %32'si mesleklerinde henüz yeni sayılabilecek (1-10 yıl) durumda oldukları dikkat çekmektedir. Tecrübe sahibi olunabilecek hizmet yılının 10 yıldan sonrası kabul edildiğinde 11-30 yıl arası görev yapan hekimlerin ankete katılanların %59,3'ünü oluşturduğu görülür. Hekimlik mesleğinde 31 yıl ve üzeri görev yapanların oranı sadece %8,7 olarak dikkat çekmektedir. Bu durumda katılımcıların büyük çoğunluğunun, mesleklerinde 10 yılı aşkın süredir görev yapan ve tecrübeli hekimler olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.3. Aile Hekimi veya Aile Hekimi Uzmanı Olarak Görev Yapma Süresi

Yıl	N	%
0-2	73	12,4
3-5	88	14,9
6-8	342	58,0
9-11	49	8,3
12 ve üstü	38	6,4
TOPLAM	590	100,0

Aile hekimliği Türkiye'de 12 yıldır var olan bir uygulamadır. Bir önceki tabloda (Tablo 6.1.2.) katılımcıların büyük çoğunluğunun uzun yıllardır hekimlik görevi yapmasına rağmen Tablo 6.1.3. de açıkça görüldüğü üzere katılımcıların %85,3'ü 0-8 yıl arasında ve hatta %93,6'sının ise 0-11 yıl arasında aile hekimliği ve uzmanlığı görevini yürütmektedirler. Bu durumda Katılımcıların hekimlik mesleğinde tecrübeli fakat aile hekimliği ve uzmanlığı görevinde ise yeni sayılabilecekleri sonucuna

varmak mümkündür. Türkiye’de aile hekimliği ve uzmanlığının yeni bir uygulama olması bu alanda ciddi tecrübeye sahip aile hekimi ve uzmanlarının olmadığını göstermektedir. Bulgular da bu durumu desteklemektedir.

Tablo 6.1.4. Mesleki Gelişim İçin İnternette Yararlanma Süresi

Saat	N	%
1-2	428	70,9
3-5	88	14,6
6-8	22	3,6
9 ve üstü	9	1,5
Hiç yararlanmıyorum	57	9,4
TOPLAM	604	100,0

Katılımcıların aile hekimliği ve uzmanlığı görevlerinde yeni sayılı olmaları onların kendilerini geliştirmeye daha çok ihtiyaç duyduğunu da göstermektedir. Bu durumda katılımcılara, mesleki gelişimleri için kendi başlarına internet ortamından ne kadar yararlandıklarını ölçmeye yönelik bir soru sorulmuştur. Katılımcıların %70,9’u 1-2 saat yararlandığını ifade ederken 3 saat ve üzeri yararlananların oranının düşüklüğü (%19,7) dikkat çekmektedir. Buna karşılık mesleki gelişimleri için internette hiç yararlanmıyorum diyen hekimler %9,4 gibi bir oranla oldukça ilgi çekici bir tablo ortaya koymaktadırlar. İnternet doğru kullanıldığında bir hekimin mesleki alanda kendini geliştirmesinde oldukça yararlı bir kaynak olmasına rağmen hiç internet kullanmayan hekimlerin %10 civarında olması hekimlerin mesleki gelişime açık oldukları yargısını sorgulatmaktadır.

Bu durumda internette yeterince yararlanamayan hekimlerin, mesleki gelişimleri için hizmet içi eğitime ilişkin tutum ve çok yönlü değerlendirmelerinin tespiti önem kazanıyor. Gelecek bölüm bu alandaki bulguları içermektedir.

6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Mesleki Gelişimleri İçin Hizmet İçi Eğitime İlişkin Tutum ve Değerlendirmeleri

Bu başlık altında, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleki gelişimleri için hizmet içi eğitime ilişkin tutum, davranış ve değerlendirmelerine ilişkin veriler analiz edilmektedir. Hekimlerin hizmet içi eğitime karşı tutumu, daha önce hizmet içi eğitim alıp almadıkları, hizmet içi eğitime ilişkin tecrübeleri ve bu

tecrübelerinden kaynaklanan bulgular bu başlık altındaki analizleri oluşturmaktadır. Oldukça yeni sayılabilecek bir alan olan aile hekimliği ve uzmanlığının gelişime açık bir dal olması bu alanda hizmet içi eğitimin önemini artırmaktadır.

Tablo 6.2.1. Aile Hekimi / Uzmanlarına Yönelik Hizmet İçi Eğitim Faaliyetlerinin Genel Değerlendirmesi

	N	%	Ortalama	Standart Sapma
Hiç Yararlı Değil	10	1,8	4,07	,946
Yararlı Değil	35	6,3		
Kararsızım	64	11,6		
Yararlı	241	43,7		
Çok Yararlı	202	36,6		
Toplam	552	100,0		

Bu soruda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere genel olarak hizmet içi eğitim faaliyetlerini nasıl değerlendirildiği sorulmuştur. 1: Hiç Yararlı Değil ve 5: Çok Yararlı olarak belirlenen 5'li Likert ölçeğine göre değerlendirme istenmiştir. Tablo 6.2.1.'de görüldüğü gibi katılımcıların %80,3'ü hizmet içi eğitimi yararlı bulmuştur (5: Çok yararlı ve 4: Yararlı), %11,6 bu konuda kararsız kalırken katılımcıların %8,1 ise hizmet içi eğitimi yararlı bulmamaktadır. Bu sorunun 58 kişi tarafından işaretlenmemiş olması bu tür eğitimlere katılmadıklarından eğitimlerin yararı hakkında fikirleri olmadığını gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Katılımcıların cevaplarının ortalaması 4,07 olması hekimlerin hizmet içi eğitim faaliyetlerini yararlı bulduklarını göstermektedir.

Tablo 6.2.2. Son İki Yılda Katılan Hizmet İçi Eğitim Programı

	N	%
Evet	500	89,4
Hayır	59	10,6
Toplam	559	100

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere son iki yılda bir hizmet içi eğitime katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Hekimlerin %89,4'ü son iki yılda bir hizmet içi eğitime katılmışlardır. Katılımcıların %10,6'sı ise son iki yılda herhangi bir hizmet içi eğitime katılmadıkları görülmektedir. Hizmet içi eğitime katılanlara hangi eğitimleri aldıkları üç konu başlığı altında açık uçlu soru olarak sorulmuştur.

Katılımcılara hizmet içi eğitim aldıkları üç farklı konu yazmaları istenmiş ve bunlar üç grup halinde Tablo 6.2.3.'de değerlendirilmiştir.

Tablo 6.2.3. Alınan Hizmet İçi Eğitim Konuları

Alınan Eğitimler		N	%
GRUP I	Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite)	40	10,8
	Bağışıklama, Aşılama ve Soğuk Zincir	33	8,9
	Bebek Dostu, Anne Sütü ve Emzirme	29	7,8
	Aile Hekimliği Uyum Eğitimleri	27	7,3
	Çocuğun Psikososyal Gelişimi ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı	25	6,7
	Kadına Yönelik Aile içi Şiddet ve Taciz	23	6,2
GRUP II	Bağışıklama, Aşılama ve Soğuk Zincir	19	8,9
	Kadına Yönelik Aile içi Şiddet ve Taciz	19	8,9
	Bebek Dostu, Anne Sütü ve Emzirme	16	7,5
	Çocuğun Psikososyal Gelişimi ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı	13	6,1
	Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite)	13	6,1
	Gebe ve Loğusa Takibi	13	6,1
GRUP III	Madde Bağımlılığı ve Uyuşturucuyla Mücadele	14	14,4
	Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite)	10	10,3
	Sağlam Çocuk Muayenesi ve Ergen İzlemi	9	9,3
	Bağışıklama, Aşılama ve Soğuk Zincir	7	7,2
	Akılcı Antibiyotik Kullanımı	7	7,2
	Kanser Tarama Protokolleri	7	7,2
	Kadına Yönelik Aile içi Şiddet ve Taciz	7	7,2

Tablo 6.2.3.'de görüldüğü üzere katılımcıların çoğunluğunun (63 hekim) “*Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite)*” konusunda eğitim aldıkları, bunu “*Bağışıklama, Aşılama ve Soğuk Zincir*” (59 hekim) konusunun takip ettiği, 49 kişinin de “*Kadına Yönelik Aile içi Şiddet ve Taciz*” konusunda eğitim aldıkları ifade edilmektedir. Yine “*Bebek Dostu, Anne Sütü ve Emzirme*” (45 hekim) konusunda eğitimler ile “*Çocuğun Psikososyal Gelişimi ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı*” (38 hekim) eğitimlerinin de yaygın olarak alındığı görülmektedir. Bu eğitim konularına bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin yoğun olarak “Kronik Hastalıklar” ve “Koruyucu Hekimlik” alanında eğitimler aldığı gözlemlenmektedir.

Son iki yılda herhangi bir hizmet içi eğitime katılmayanlardan sebepleri sorulmuştur. Eğitime katılmama gerekçesi olarak en yaygın (12 hekim) *Yoğun Mesai-Zaman Bulamama-Eğitimlerin Mesai Saati İle Çakışması* olarak

gösterilmiştir, az sayıda göreve yeni başlayan hekimlerin eğitimlerden haberdar olmaması (3 hekim) ve bir katılımcının da bu eğitimleri gereksiz bulması gibi sebepler önemsiz düzeyde cevaplanmıştır.

Son iki yılda hizmet içi eğitim alan hekimlerin bu eğitimleri hangi kurumlardan aldıklarına ilişkin soru sorulmuştur. Bu soruya verilen cevaplar Tablo 6.2.4.de değerlendirilmiştir.

Tablo 6.2.4. Hizmet İçi Eğitim Alınan Kurumlar

Kurumlar	N	%
Sağlık Bakanlığı	470	77,0
Türk Tabipler Birliği	41	6,7
Aile Hekimlerine Hizmet İçi Eğitim Veren Dernek veya Vakıflar	190	31,1
Özel Kuruluşlar	207	33,9
Üniversiteler	199	32,6
Diğer	27	4,4
<i>Medipol Mega Üniversite Hastanesi</i>	<i>14</i>	<i>2,3</i>
<i>Kongre ve Sempozyumlar</i>	<i>7</i>	<i>1,1</i>
<i>WHO Dünya Sağlık Örgütü</i>	<i>1</i>	<i>0,2</i>
<i>Eğitim Araştırma Hastaneleri</i>	<i>5</i>	<i>0,8</i>

Tablo 6.2.4. görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler en sık (470 hekim) *Sağlık Bakanlığı'ndan* hizmet içi eğitim almışlardır. Sağlık Bakanlığından sonra ikinci sırada *Özel Kuruluşlar* (207 hekim) yer almaktadır. *Üniversiteler* (199 Hekim) ile *Aile hekimlerine Hizmet İçi Eğitim Veren Dernek ve Vakıfların* da (190 hekim) birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitiminde önemli rol oynadığı söylenebilir. *Türk Tabipler Birliği'nin* (41 Hekim) bu konuda olması gerekenden çok daha az rol üstlendiği görülmektedir. Soruda katılımcılara var olan şıkların dışında “diğer” şikkıyla, hizmet içi eğitim aldıkları diğer kurumlar açık uçlu olarak sorulmuştur. Bu şıkta katılımcılar tarafından en fazla *Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi* (14 hekim) yazılmıştır. Bu durumda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler Sağlık Bakanlığından sonra en fazla Üniversite ve Üniversite hastanelerinden (213 hekim) hizmet içi eğitim aldıkları görülmektedir.

Araştırmanın önemli hedeflerinden birinin Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimlere ilişkin değerlendirmeleri alınarak, bundan sonra planlanacak tüm hizmet içi eğitimlere ışık tutabilecek veriler elde etmektir. Bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere katıldıkları hizmet içi eğitimlerde karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulmuştur.

Tablo 6.2.5. Hizmet İçi Eğitimde Karşılaşılan Problemler

Karşılaşılan Problemler	N	%
Eğitimin Maliyeti	151	24,8
Eğitim Konularının İhtiyaca Uygun Olmaması	183	30,0
Eğiticilerin Yetersizliği	169	27,7
Eğitimin Pratiğe Dayalı Yapılmaması	323	53,0
Eğitim İhtiyaç Analizine Dayalı Bir Eğitimin Verilmemesi	197	32,3
Eğitim Programlarının Çok Uzun Süreli Olması	60	9,8
Eğitim Programlarının Çok Kısa Süreli Olması	79	13,0
Eğitim Verilen Mekânların Elverişsizliği	141	23,1
Eğitim Verilen Mekânların Uzak ve Kolay Ulaşılabilir Olmaması	269	44,1

Tablo 6.2.5. da görüldüğü gibi katılımcıların yarısı (%53,0), hizmet içi eğitimde karşılaştığı en önemli problemin “*Eğitimin Pratiğe Dayalı Yapılmaması*” olarak tespit etmiştir. İkinci olarak yine katılımcıların yarıya yakını “*Eğitim Verilen Mekânların Uzak ve Kolay Ulaşılabilir Olmaması*” olarak belirlemiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında araştırma örnekleminin İstanbul olarak seçilmiş olmasının da büyük önemi vardır. Zira İstanbul’da yapılacak tüm aktivitelerde aktivite mekânlarının kolay ulaşılabilir ve katılımcılara yakın olması tercih edilmektedir. Katılımcılar tarafından hizmet içi eğitimlerde karşılaşılan bir başka sorunun da “*Eğitimlerin İhtiyaç Analizine Dayanmaması*” (%32,3) ve “*Eğitim Konularının İhtiyaca Uygun Olmaması*” (%30,0) olarak gösterilmiştir. Bu da demek oluyor ki birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere yönelik düzenlenen hizmet içi eğitimlerin konularının katılımcılar için çok verimli olmadığı, bunun temel sebebinin hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının tespiti yapılmadan belirlenen ve ihtiyaca uygun olmayan konularda eğitimlerin verildiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Düzenlenen hizmet içi eğitimlerin sürelerinin uzun veya kısa olmasının katılımcılar tarafından çok önemsenmediği görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler için hizmet içi eğitimlerin pratiğe dayalı olması ve ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri konularda belirlenmiş olması gerektiği ve bunun için de bir eğitim ihtiyaç analizine dayanıyor olması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Lee, F.J., Belle-Brown, J., Stewart yaptıkları bir araştırmada hekimlerin, verilen eğitimlerin çok nitelikli ve pratiğe dönük olmamasından dolayı, hoşnutsuzluklarını ve eğitime zorla katıldıklarını dile getirmektedirler (49).

Hekimlerin hizmet içi eğitimlerden beklentilerinin neler olduğu konusunda da onların görüşlerine başvurulmuştur. Sonuçları Tablo 6.2.6. da görülmektedir.

Tablo 6.2.6. Hizmet İçi Eğitimden Beklentiler

Beklentiler		1	2	3	4	5	6	Toplam	Toplam Puan
Kişisel Gelişim	N	70	196	83	60	23	10	442	4,45
	%	15,8	44,3	18,8	13,6	5,2	2,3		
Mesleki Gelişim	N	345	71	19	6	18	47	506	5,14
	%	68,2	14,0	3,8	1,2	3,6	9,3		
Vizyon Kazanma	N	19	96	170	98	36	12	431	3,83
	%	4,4	22,3	39,4	22,7	8,4	2,8		
Motivasyon	N	11	80	144	140	42	14	431	3,62
	%	2,6	18,6	33,4	32,5	9,7	3,2		
Sosyalleşmek	N	16	32	37	54	203	48	390	2,62
	%	4,1	8,2	9,5	13,8	52,1	12,3		
Zorunlu Kurs Sebebiyle	N	48	22	29	18	35	236	388	2,25
	%	12,4	5,7	7,5	4,6	9,0	60,8		

Araştırmanın bu kısmında, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerden hizmet içi eğitimden beklentilerini önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Birinci sırada işaretlenen şıkka altı puan ve altıncı sırada işaretlenen şıkka da bir puan verilmek suretiyle tüm şıklar puanlandırılmıştır. Tablo 6.2.6. da cevaplar değerlendirildiğinde, katılımcıların birinci sırada 5,14 puanla “*Mesleki Gelişim*” (345 hekim %68,2), ikinci sırada 4,45 puanla “*Kişisel Gelişim*” (196 hekim %44,3) ve üçüncü sırada 3,83 puanla “*Vizyon Kazanma*” (170 hekim %39,4) beklentilerini sıraladıkları görülmektedir. Bu sıralamayı 3,62 puanla “*Motivasyon*”, 2,62 puanla “*Sosyalleşmek*” ve 2,25 puanla “*Zorunlu Kurs Sebebiyle*” beklentileri takip etmektedir. Bu veriler, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimleri zorunlu bir kurs veya bir sosyalleşme aracı olarak değerlendirmedikleri,

öncelikli olarak mesleki gelişimlerine ve kişisel gelişimlerine ciddi fayda sağladığını ve ayrıca vizyon kazanma adına hekimleri motive ettiğini göstermektedir.

Bu kısma kadar birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim tecrübelerine ilişkin veriler değerlendirilerek yorumlandı. Bu kısımda hizmet içi eğitimleri almak istedikleri kurum, hizmet içi eğitimin yapılacağı yer tercihleri, hizmet içi eğitimlerin zamanı, süresi ve yöntemleri ile ilgili soruların değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 6.2.7. Hizmet İçi Eğitim Alınan / Alınmak İstenen Kurumlar

Kurumlar	Alınan		Alınmak İstenen	
	N	%	N	%
Sağlık Bakanlığı	470	77,0	458	75,1
Türk Tabipler Birliği	41	6,7	145	23,8
Dernek/Vakıflar	190	31,1	287	47,0
Özel Kuruluşlar	207	33,9	250	41,0
Üniversiteler	199	32,6	475	77,9

Burada, Tablo 6.2.4. Hizmet İçi Eğitim Alınan Kurumlar ile birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin bundan sonra hizmet içi eğitim almak istedikleri kuruma ilişkin soruya verilen cevaplar aynı tabloda (Tablo 6.2.7) bir araya getirilerek karşılaştırma yapılmaktadır. Bu tabloda çok çarpıcı bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet içi eğitim alan katılımcıların (470 hekim %77) hizmet içi eğitim almak istedikleri kurumları sıralarken Sağlık Bakanlığı tercihinde %2,55 azalma (458 hekim %75,1) göze çarparken diğer kurumlarda önemli artışlar olduğu görülmektedir. En büyük artışın %253,66 ile Türk Tabipler Birliği, ikinci olarak da %138,69 ile Üniversiteler olduğu görülmektedir. Fakat katılımcı sayısı olarak değerlendirildiğinde özellikle Üniversitelerde hizmet içi eğitim almak istediklerini belirten katılımcıların sayısında önemli bir artış olduğu (475 hekim %77,9) ve çoğunluğun hizmet içi eğitim almak istenilen kurum olarak Üniversiteleri tercih ettiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla katılımcıların hizmet içi eğitim almak istedikleri kurumların başında Üniversiteler ön plana çıkmaktadır.

Birinci derece sağlık hizmeti sunan hekimlere bu kısımda açık uçlu soru ile hangi eğitimleri almak istediklerini üç konu başlığı altında belirtmeleri istenmiştir.

Tablo 6.2.8. Hekimlerin Performansını Artırmaya Yönelik Tercih Edilen Öncelikli Eğitim Konuları

Tercih Edilen Eğitim Konuları		N	%
GRUP I	Koruyucu Hekimlik Konuları*	151	30,6
	Kronik Hastalıklar**	96	19,5
	Tedavi Edici Hekimlik Konuları***	89	18,1
GRUP II	Tedavi Edici Hekimlik Konuları	138	29,3
	Koruyucu Hekimlik Konuları	113	24,0
	Kronik Hastalıklar	93	19,7
GRUP III	Tedavi Edici Hekimlik Konuları	127	30,0
	Koruyucu Hekimlik Konuları	95	22,4
	Kronik Hastalıklar	71	16,7
	Acil Tıp ve Müdahale Uygulamaları	46	10,8

*Duyarlı Kişilerin Aşılınması, Kişilerin Uygun Beslenmelerini Sağlama, Sağlam Kişilerin Erken Teşhis Amacıyla Periyodik Muayenesi, Genel Taramalar

** Diyabet, Hipertansiyon, Obezite, Astım, KOAH, Koroner Arter Hastalıkları vb.

*** Dahiliye, Dermatoloji, KBB, Enfeksiyon Hastalıkları, Pediatri, Göz, Ortopedi, Kardiyoloji vb.

Tablo 6.2.8.'de görüldüğü üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin en yoğun teklif ettikleri hizmet içi eğitim konularının başında 359 hekim tarafından yazılan “*Koruyucu Hekimlik Konuları*” (Duyarlı Kişilerin Aşılınması, Kişilerin Uygun Beslenmelerini Sağlama, Sağlam Kişilerin Erken Teşhis Amacıyla Periyodik Muayenesi, Genel Taramalar) gelmektedir. Bu eğitim konusunu 354 hekim tarafından işaret edilen “*Tedavi Edici (Branş) Hekimlik Konuları*” (Dahiliye, Dermatoloji, KBB, Enfeksiyon Hastalıkları, Pediatri, Göz, Ortopedi, Kardiyoloji vb) izlemektedir. 260 katılımcı tarafından talep edilen diğer hizmet içi eğitim konusu da “*Kronik Hastalıklar*” (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite, Astım, KOAH, Koroner Arter Hastalıkları vb.) olduğu görülmektedir.

Birinci basama sağlık hizmeti sunan hekimlerin performansını artırmaya yönelik tercih edilen diğer öncelikli eğitim konularına bakıldığında, “*Acil Tıp ve Müdahale Uygulamaları*” (132 hekim), “*Hekimlikte İletişim Becerileri ve Mülteci Hastaya Yaklaşım Konuları*” (56 hekim), “*Tıp Hukuku*” (53 hekim) (Malpraktis, Yönetmenlikler, Kanunlar, Adli Tabiplik) ve “*Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tedavi Konuları* (49 hekim) [Kupa Terapi, Ozon Terapi, Homeopati, Fito Terapi, Akupunktur, Mezoterapi, Apiterapi, Hirudo (Sülük) Terapi Vb.] ön plana çıkmaktadır. Diğer taraftan, “*Mesleki ve Özlük Hakları*”, *Tıpta Bilişim ve Yeni*

Teknolojiler”, “*İşletme Konuları*” (Yönetim Organizasyon, Muhasebe, Finans), “*Stres Yönetimi*” ve “*Tıpta Bilimsel Araştırma Yöntemleri*” gibi ilgi çekici konuların da hekimler tarafından hizmet içi eğitimlerde tercih edildiği göze çarpmaktadır.

Daha önceki kısımda Tablo 6.2.3.’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin bu güne kadar aldıkları hizmet içi eğitim konuları yer almıştır. Hekimlerin aldıkları hizmet içi eğitim konuları ile performanslarını artırmaya yönelik almak istedikleri hizmet içi eğitim konularını karşılaştırıldığında, koruyucu hekimlik ve kronik hastalıklara ilişkin konuların her zaman güncelliğini koruduğu bu alanda hizmet içi eğitim alınmış olmalarına rağmen halen bu alandaki eğitimleri tercih ettikleri gözlemlenmektedir. Burada dikkat çekici unsur ise “Tıp Hukuku” ile “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tedavi Yöntemleri” konusundaki eğitimlere ilgi ve beklentinin arttığı göze çarpmaktadır. Yine ayrıca, “Mesleki ve Özlük Haklar”, “Tıpta Bilişim Ve Yeni Teknolojiler”, “İşletme Konuları”, “Stres Yönetimi” ve hatta “Tıpta Bilimsel Araştırma Yöntemleri” gibi oldukça ilgi çekici konularda eğitim isteklerinin ortaya çıkması dikkat çekmektedir.

Peki, hekimler hizmet içi eğitimleri hangi sıklıkla tercih ediyorlar? Bu sorunun cevabını Tablo 6.2.9.’da bulmak mümkün.

Tablo 6.2.9. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenlenme Sıklığı

Eğitim Sıklığı	N	%
15 günde bir	70	12,7
Ayda bir	291	52,9
Üç ayda bir	140	25,5
Altı ayda bir	32	5,8
Yılda bir	12	2,2
Daha fazlası	5	0,9
TOPLAM	550	100

Tablo 6.2.9.’de görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %52,9’u hizmet içi eğitimlerin ayda bir yapılmasını tercih etmektedirler. Hekimlerin %25,5’i de üç ayda bir yapılmasını önermektedirler. Katılımcıların %12,7’si hizmet içi eğitimlerin 15 günde bir yapılmasını isterken %5,8’i de altı ayda bir eğitimin uygun olacağı görüşünü paylaşmaktadırlar.

Tablo 6.2.10. Hizmet İçi Eğitimlerin Süresi

Süre	N	%
1/2 gün	194	35,0
1 gün	216	39,0
2 gün	76	13,7
3 gün	38	6,9
5 gün	30	5,4
TOPLAM	554	100

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %39'u hizmet içi eğitimlerin bir gün sürmesini tercih etmektedirler. %35'i de eğitimlerin yarım gün sürmesini uygun bulmaktadırlar. Eğitimlerin iki gün sürmesini isteyenlerin sayısı ise katılımcıların %13,7'sidir. Bu durumda katılımcıların yarsından biraz fazlası (%52,7) eğitimlerin 1-2 gün sürmesinden yana bir tercih belirtmektedirler. Eğitimlerin 2 günden fazla sürmesini isteyen hekimlerin sayısı da %12,3 gibi azımsanmayacak bir oranı göstermektedir.

Eğitimlerin süresi kadar eğitimlerin hangi zaman aralığında olması gerektiği de hizmet içi eğitimlerin programlanmasında önemli bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu konuda katılımcıların görüşü aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 6.2.11. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenleneceği Zaman Aralığı

Eğitimin Düzenleneceği Zaman Aralığı	N	%
Mesai Saatleri İçerisinde	297	53,6
Mesai Saatleri Bitiminde	46	8,3
Öğlen Arasında	11	2,0
Hafta Sonları	200	36,1
TOPLAM	554	100

Hizmet içi eğitimlerin düzenleneceği zaman aralığı konusunda katılımcı hekimlerin görüş ayrılığı çok net bir şekilde sonuçlara yansımaktadır. Hekimlerin %53,6'sı eğitimlerin mesai saatleri içerisinde olması gerektiğini savunurken %36,1'i de eğitimlerin hafta sonu yapılmasından yana görüş bildirmişlerdir. Yoğun bir çalışma temposu içinde olan hekimlerin hafta sonlarını özel hayatlarına ayırma isteği onları eğitimlerin mesai saatleri içerisinde yapılması fikrine yöneltmiş olması kuvvetle muhtemeldir. Fakat hizmet içi eğitimlerin genelde mesai saatlerinden farklı

olarak hafta sonu yapılıyor olması gerçeği hekimlerin önemli bir kısmı (%36,1) tarafından kabul edildiğini de göstermektedir.

Hizmet içi eğitimlerin programlanmasında ortaya çıkan bir başka tartışma konusu da bu tür eğitimlerin nerede yapılması gerektiğidir. Bu konuda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin görüşleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 6.2.12. Hizmet İçi Eğitimlerin Düzenleneceği Mekânlar

Mekânlar	N	%
Sağlık Bakanlığına Ait Mekânlarda	167	30,3
Üniversitelere Ait Mekânlarda	173	31,3
Özel Eğitim Kuruluşlarına Ait Mekânlarda	63	11,4
Otellerde	149	27,0
TOPLAM	552	100

Hizmet içi eğitimlerin verileceği mekânlar ile eğitimi verecek kurumların birbiriyle ilişkisi vardır. Dolayısıyla katılımcı hekimlerin yaklaşık %78'inin üniversitelerde hizmet içi eğitim verilmesi isteği onları eğitim verilecek mekân olarak da üniversitelere yöneltmiştir (%31,3). Yine katılımcıların Sağlık Bakanlığı'ndan da hizmet içi eğitim alma istekleri (%75,1) onların mekân tercihini Sağlık Bakanlığı'na ait mekânlar (%30,3) olarak belirtmesine neden olmuştur. Fakat bu soruda ilgi çekici bir sonuç da katılımcı hekimlerin %27,0'sinin düzenlenecek hizmet içi eğitimlerin otellerde olması gerektiğini savunmaları olmuştur. Günlük mesai stresi ve sürekli görev yaptıkları yer ve tanıdık mekânlar dışında kendilerini rahat ve stresten uzak hissedebilecekleri bir mekân talebi (otel) hizmet içi eğitimler için genel kabul görmüş bir tercihtir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitime yönelik tutum ve beklentilerinin ölçüldüğü bu kısma ilişkin son soru hizmet içi eğitimlerin yöntemi hakkında olmuştur.

Tablo 6.2.13. Hizmet İçi Eğitim Yöntemleri

Eğitim Yöntemi	N	%
Konferans	271	44,4
Seminer	350	57,4
Örnek Olay İncelemesi	380	62,3
Çalıştay	125	20,5
Uzaktan (Online) Eğitim	127	20,8
Grup Çalışması	275	45,1
Laboratuvar	102	16,7

Tablo 6.2.5.'da katılımcıların hizmet içi eğitimlerde karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri alındığında, "Eğitimlerin Pratiğe Dayalı Yapılmaması" seçeneği 323 hekim yani araştırmaya katılan hekimlerin %53'ü tarafından önemli düzeyde bir sorun olarak ortaya konmuştu. Eğitimlerin yönetimine ilişkin bu soruya da katılımcı hekimlerin "*Örnek Olay İncelemesi*" yöntemini tercih etmesi (380 hekim %62,3) hekimlerin hizmet içi eğitimlerden pratiğe dayalı ve örnek olay içeren yöntemler istediğini göstermektedir. Katılımcı hekimlerin hizmet içi eğitimlerde ayrıca "*Seminer*" (350 hekim %57,4), "*Grup Çalışması*" (275 hekim %45,1) ve "*Konferans*" (271 hekim %44,4) gibi yöntemleri tercih ettikleri gözlemlenmektedir. "*Laboratuvar*" yönteminin en az tercih edilen eğitim yöntemi olduğu da dikkatlerden kaçmamaktadır.

6.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Mesleki Gelişim ile Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyleri

Bu bölüm, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleki gelişim için gerekli olan hizmet içi eğitim konularının gerekliliğini tespit ve bu alanlardaki yeterliliklerinin ölçülmesine yöneliktir. Katılımcılara 33 konu başlığı halinde hizmet içi eğitim konuları verilmiş ve beşli Likert ölçeği ile (1= Hiç Gerekli Değil, 2= Gerekli Değil, 3= Kararsızım, 4= Gerekli ve 5= Çok Gerekli) bu eğitim konularının hangisinin hekimler için ne kadar gerekli olduğu tespit edilmeye ve ardında hekimlerin bu konulardaki mesleki bilgi ve beceri düzeyleri (1= Çok Yetersiz, 2= Yetersiz, 3= Kararsızım, 4= Yeterli ve 5= Çok Yeterli) ölçülmeye çalışılmıştır. Daha sonra bu başlık altında, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleki gelişimi için gerekli olan eğitim konuları ile bu konulardaki yeterlilikleri ayrı ayrı

tablolarda değerlendirilerek en gerekli eğitim konularıyla hekimlerin kendilerini yetersiz gördükleri konuların karşılaştırması yapılmaktadır.

Tablo 6.3.1. Mesleki Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği

Eğitim Konuları		1	2	3	4	5	N	Ort.
Astım Tanı Tedavi	N	5	5	9	254	217	490	4,37
	%	1,0	1,0	1,8	51,8	44,3		
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)	N	4	7	23	273	197	504	4,29
	%	0,8	1,4	4,6	54,2	39,1		
Akut Koroner Sendrom	N	2	13	32	204	254	505	4,38
	%	0,4	2,6	6,3	40,4	50,3		
Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri	N	1	3	10	134	360	508	4,67
	%	0,2	0,6	2,0	26,4	70,9		
EKG'de İskemi ve Aritmi Değerlendirme	N	1	9	28	185	288	511	4,47
	%	0,2	1,8	5,5	36,2	56,4		
Temel Yaşam Desteği	N	3	9	32	151	312	507	4,50
	%	0,6	1,8	6,3	29,8	61,5		
Derin Ven Trombozu	N	7	37	115	250	98	507	3,78
	%	1,4	7,3	22,7	49,3	19,3		
Pulmoner Trombo Embolizm	N	5	38	122	209	132	506	3,84
	%	1,0	7,5	24,1	41,3	26,1		
Preeklampsi	N	3	16	48	212	226	505	4,27
	%	0,6	3,2	9,5	42,0	44,8		
Anemi, Demir Eksikliği	N	7	22	19	150	310	508	4,44
	%	1,4	4,3	3,7	29,5	50,8		
Diyabetik Anne Bebeği	N	6	20	64	212	207	509	4,17
	%	1,2	3,9	12,6	41,7	40,7		
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	N	5	18	53	250	182	508	4,15
	%	1,0	3,5	10,4	49,2	35,8		
Aşılama ve Yan Etkileri	N	2	9	7	123	369	510	4,66
	%	0,4	1,8	1,4	27,1	72,4		
İlaç Yan Etkileri	N	3	13	25	203	267	511	4,41
	%	0,6	2,5	4,9	39,7	43,8		
Dehidratasyon	N	5	31	73	245	152	506	4,00
	%	1,0	6,1	14,4	48,4	30,0		
Depresyon	N	6	19	41	237	203	506	4,21
	%	1,2	3,8	8,1	46,8	40,1		
Diabetes Mellitus	N	1	6	8	161	333	509	4,61
	%	0,2	1,2	1,6	31,6	65,4		
İnme	N	5	21	66	257	156	505	4,07
	%	1,0	4,2	13,1	50,9	30,9		
Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar)	N	2	16	15	123	352	508	4,59
	%	0,4	3,1	3,0	24,2	69,3		
Akut Gastroenterit	N	6	18	24	180	278	506	4,40
	%	1,2	3,6	4,7	35,6	54,9		
GİS Kanama	N	6	20	85	257	138	506	3,99
	%	1,2	4,0	16,8	50,8	27,3		
Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi	N	2	10	14	162	322	510	4,55

	%	0,4	2,0	2,7	31,8	63,1		
Sağlam Çocuk (0-15 Yaş) İzlemi	N	6	21	42	148	287	504	4,37
	%	1,2	4,2	8,3	29,4	56,9		
Yenidoğan Sarılığı ve Yönetimi	N	10	28	62	219	186	505	4,08
	%	2,0	5,5	12,3	43,4	36,8		
Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi	N	10	29	31	142	293	505	4,34
	%	2,0	5,7	6,1	28,1	58,0		
Gebe ve Lohusa ve Takibi	N	8	22	32	149	295	506	4,39
	%	1,6	4,3	6,3	29,4	58,3		
Troid Hastalıkları	N	3	14	30	253	205	505	4,27
	%	0,6	2,8	5,9	50,1	40,6		
Cilt Hastalıkları	N	7	12	38	247	200	504	4,23
	%	1,4	2,4	7,5	49,0	39,7		
Acil Hastalara Yaklaşım	N	4	15	26	191	270	506	4,40
	%	0,8	3,0	5,1	37,7	53,4		
Akılcı Antibiyotik Kullanımı	N	10	25	38	173	258	504	4,28
	%	2,0	5,0	7,5	34,3	51,2		
Alerjik Hastalıklar	N	5	19	33	251	197	505	4,22
	%	1,0	3,8	6,5	49,7	39,0		
Geriatrik Hastaya Yaklaşım	N	11	20	52	223	199	505	4,15
	%	2,2	4,0	10,3	44,2	39,4		
Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım	N	12	22	88	255	129	506	3,92
	%	2,4	4,3	17,4	50,4	25,5		

1=Hiç Gerekli Değil 5= Çok Gerekli

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin eğitim ihtiyacını tespit etmek amacıyla, 33 eğitim konu başlığı beşli Likert ölçeği ile bu konulara olan gereklilik düzeyini ölçülmek üzere sorgulanmıştır. Hekimlerin mesleki gelişimleri için en gerekli gördükleri konunun 4,67 ortalama ile “*Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri*” olduğu görülmektedir. İkinci olarak “*Aşılama ve Yan Etkileri*” de (4,66) oldukça gerekli görülen eğitim konuları arasında yer almaktadır. “*Diabetes Mellitus*” (4,61), “*Sık Görülen Ateşli Hastalıklar*” (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) (4,59), “*Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi*” (4,55), ve “*Temel Yaşam Desteği*” (4,50) gibi konuların birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler tarafından mesleki gelişimleri için gerekli gördükleri önemli konular arasında yer almaktadır. Bu sonuçlar 15. soruda katılımcı hekimlerin performanslarının artmasına yardımcı olacağı düşünülen öncelikli eğitim konuları (“Kronik Hastalıklar, “Tedavi Edici (Brans) Hekimlik” ve “Koruyucu Hekimlik”) ile örtüştüğü göze çarpmaktadır. “*Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri*” ve “*Diabetes Mellitus*” kronik hastalıklar olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin en çok gerekli gördüğü hizmet içi eğitim konusu olarak dikkat

çekmektedir. “Aşılama ve Yan Etkileri” de aynı şekilde koruyucu hekimlik alanında katılımcı hekimlerin daha fazla eğitim almak istedikleri alan olarak ön plana çıkmaktadır. “Sık Görülen Ateşli Hastalıklar” ve “Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi” Tedavi Edici (Branş) Hekimlik alanında katılımcı hekimlerin tercih ettiği hizmet içi eğitim konuları arasında yerini almaktadır. Bu sonuçlar Tablo 7.3.7.’de hekimlerin bu güne kadar aldıkları hizmet içi eğitim konuları ile karşılaştırıldığında yine görülmektedir ki kronik hastalıklar ve koruyucu hekimlik alanında alınan eğitimlere rağmen bu eğitimlerin hekimlerin performansını artırmada yeterli düzeyde olmadığı ve tedavi edici (branş) hekimlik konularının da dahil olmak üzere hizmet içi eğitimin bu alanlarda verilmesini ısrarla talep ettikleri görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin nispeten daha az gerekli gördükleri hastalıklar veya eğitim konularına bakıldığında “GİS Kanama” (3,99), “Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım” (3,92), “Pulmoner Trombo Embolizm” (3,84) ve “Derin Ven Trombozu” (3,78) gibi konuların ön plana çıktığı görülmektedir. Bu konuların büyük bir kısmının “Acil Tıp ve Müdahale Uygulamaları” ile “Tedavi Edici (Branş) Hekimlik” konuları içinde yer aldığı gözlemlenmektedir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin bu alanda görevli ve sorumlu olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Nitekim birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin öncelikli sorumluluk alanlarının koruyucu hekimlik ve kronik hastalıklar olduğu dikkate alındığında bu sonuç oldukça normal algılanmalıdır.

Hekimlerin gerekli gördükleri hizmet içi eğitim konuları yanında, hangi alanlarda kendi bilgi ve beceri düzeylerini yeterli görmekte oldukları sorusu akla gelmektedir. Aynı zamanda katılımcıların ilk grupta (mesleki gelişim konularının hekim için gerekliliği) verdikleri cevaplar ile bilgi ve beceri düzeyleri arasındaki ilişki ile bu konudaki tutarlılıkları ölçülmeye çalışılmaktadır.

Tablo 6.3.2. Mesleki Gelişimde Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi

Eğitim Konuları		1	2	3	4	5	N	Ort.
Astım Tanı Tedavi	N	2	46	116	295	26	485	3,61
	%	0,4	9,5	23,9	60,8	5,4		
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	N	2	54	150	262	23	491	3,51
	%	0,4	11,0	30,5	53,4	4,7		
Akut Koroner Sendrom	N	5	74	180	212	28	499	3,37
	%	1,0	14,8	36,1	42,5	5,6		
Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri	N	0	28	70	342	58	498	3,86
	%	0,0	5,6	14,1	68,7	11,6		
EKG’de İskemi ve Aritmi Değerlendirme	N	13	79	196	179	32	499	3,28
	%	2,6	15,8	39,3	35,9	6,4		
Temel Yaşam Desteği	N	6	55	143	246	49	499	3,56
	%	1,2	11,0	28,7	49,3	9,8		
Derin Ven Trombozu	N	11	107	201	162	17	498	3,13
	%	2,2	21,5	40,4	32,5	3,4		
Pulmoner Trombo Embolizim	N	17	119	228	123	11	498	2,98
	%	3,4	23,9	45,8	24,7	2,2		
Preeklampsi	N	11	91	167	205	18	492	3,26
	%	2,2	18,5	33,9	41,7	3,7		
Anemi, Demir Eksikliği	N	0	7	24	281	182	494	4,29
	%	0,0	1,4	4,9	56,9	36,8		
Diyabetik Anne Bebeği	N	6	71	193	192	33	495	3,35
	%	1,2	14,3	39,0	38,8	6,7		
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	N	4	34	135	276	46	495	3,66
	%	0,8	6,9	27,3	55,8	9,3		
Aşılama ve Yan Etkileri	N	2	31	90	298	76	497	3,84
	%	0,4	6,2	18,1	60,0	15,3		
İlaç Yan Etkileri	N	6	57	178	219	34	494	3,44
	%	1,2	11,5	36,0	44,3	6,9		
Dehidratasyon	N	4	38	139	263	50	494	3,64
	%	0,8	7,7	28,1	53,2	10,1		
Depresyon	N	6	52	128	275	33	494	3,56
	%	1,2	10,5	25,9	55,7	6,7		
Diabetes Mellitus	N	2	23	115	312	40	492	3,74
	%	0,4	4,7	23,4	63,4	8,1		
İnme	N	12	97	223	147	14	493	3,11
	%	2,4	19,7	45,2	29,8	2,8		
Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar)	N	0	12	41	292	152	497	4,18
	%	0,0	2,4	8,2	58,8	30,6		
Akut Gastroenterit	N	2	10	38	308	138	496	4,15
	%	0,4	2,0	7,7	62,1	27,8		
GİS Kanama	N	6	45	158	239	45	493	3,55
	%	1,2	9,1	32,0	48,5	9,1		
Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi	N	4	25	80	312	75	496	3,86
	%	0,8	5,0	16,1	62,9	15,1		
Sağlam Çocuk (0-15 Yaş) İzlemi	N	6	26	99	283	81	495	3,82
	%	1,2	5,3	20,0	57,2	16,4		
Yenidoğan Sarılığı ve Yönetimi	N	10	60	161	224	41	496	3,46

	%	2,0	12,1	32,5	45,2	8,3		
Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi	N	4	19	48	249	177	497	4,16
	%	0,8	3,8	9,7	50,1	35,6		
Gebe ve Lohusa ve Takibi	N	5	33	86	262	111	497	3,89
	%	1,0	6,6	17,3	52,7	22,3		
Troid Hastalıkları	N	3	37	154	253	49	496	3,62
	%	0,6	7,5	31,0	51,0	9,9		
Cilt Hastalıkları	N	9	67	145	244	29	494	3,44
	%	1,8	13,6	29,4	49,4	5,9		
Acil Hastalara Yaklaşım	N	11	48	145	240	47	491	3,54
	%	2,2	9,8	29,5	48,9	9,6		
Akılcı Antibiyotik Kullanımı	N	1	10	75	311	95	492	3,99
	%	0,2	2,0	15,2	63,2	19,3		
Alerjik Hastalıklar	N	2	31	120	300	40	493	3,70
	%	0,4	6,3	24,3	60,9	8,1		
Geriatrik Hastaya Yaklaşım	N	6	78	204	185	21	494	3,28
	%	1,2	15,8	41,3	37,4	4,3		
Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım	N	21	126	199	135	14	495	2,99
	%	4,2	25,5	40,2	27,3	2,8		

1=Çok Yetersiz 5= Çok Yeterli

Bu soruya verilen cevaplarda hekimlerin, 1= Çok Yetersiz ve 5= Çok Yeterli ölçeklerini işaretlemedeki çekinceleri ve buna karşılık, ağırlıklı olarak 3= Kararsızım seçeneğini işaretledikleri dikkatlerden kaçmamaktadır. Bir ile beş arasındaki değerlendirilmede bire daha yakın konular ele alındığında Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin “*Pulmoner Trombo Embolizm*” (2,98), “*Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım*” (2,99), “*İnme*” (3,11), “*Derin Ven Trombozu*” (3,13) ve “*Preeklampsi*” (3,26) konularında bilgi ve beceri düzeylerinin yeterliliği konusunda tereddütleri olduğunu dile getirmektedirler. “*Pulmoner Trombo Embolizm*” ve “*inme*” acil tıp ve müdahale uygulamaları, “*Derin Ven Trombozu*” tedavi hekimliği konularını kapsayan konular olduğu görülmektedir. Bundan önceki soruda da ifade edildiği gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin acil tıp ve tedavi hekimliği konularında kendilerini sorumlu ve ilgili görmedikleri gibi kendilerini yeterli de görmemektedirler. Bu durum açıkça göstermektedir ki, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler acil tıp ve tedavi hizmetleri alanında kendilerini yeterli görmedikleri gibi bu alanda eğitime de ihtiyaç duymamaktadırlar. Diğer bir ifadeyle, hekimler aslında bu alanda kendilerini sorumlu ve ilgili görmemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin koruyucu hekimlik ve kronik hastalıklara odaklandığı düşünülürse diğer alanlardaki ilgisizlikleri ve eksiklikleri daha anlamlı ve belki de makul olabilmektedir.

Diğer taraftan birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler “Akut Gastroenterit” (4,15), “Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi” (4,16), “Sık Görülen Ateşli Hastalıklar” (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) (4,18), “Anemi, Demir Eksikliği” (4,29) gibi konularda kendilerini bir hayli yeterli görmekteyiz. Bu sonuç bir önceki söylenenleri de destekler niteliktedir. Dikkat edilirse “Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi” bir koruyucu hekimlik konusudur ve katılımcı hekimler bu konuda kendilerini bir hayli yeterli görmektedirler. Diğer taraftan ilginç olan, araştırmaya katılan hekimler “Akut Gastroenterit”, “Sık Görülen Ateşli Hastalıklar” ve “Anemi, Demir Eksikliği” gibi tedavici edici hekimlik konularında da kendilerini yeterli görmektedirler. Bu konularda kendilerini yeterli görmelerinin en önemli sebeplerinden biri, daha önce bu alanda hizmet içi eğitim almış olmalarıdır yorumunu yapmak mümkündür. Her ne kadar tedavi edici hekimlik alanında kendilerini sorumlu ve ilgili görmüyor olsalar da bu alanlarda düzenlenmiş olan hizmet içi eğitimler hekimleri tedavici edici hekimlik alanında yeterli ve deneyimli hale getirdiği görülmektedir.

Tablo 6.3.3. Mesleki Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği ve Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyinin Karşılaştırması

Aile Hekimi İçin Gerekliliği	Ort.	Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	Ort.
Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri	4,67	Pulmoner Trombo Embolizim	2,98
Aşılama ve Yan Etkileri	4,66	Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım	2,99
Diabetes Mellitus	4,61	İnme	3,11
Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar)	4,59	Derin Ven Trombozu	3,13
Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi	4,55	Preeklampsi	3,26
Aile Hekimi İçin Gerekliliği	Ort.	Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	Ort.
GİS Kanama	3,99	Akut Gastroenterit	4,15
Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım	3,92	Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi	4,16
Pulmoner Trombo Embolizim	3,84	Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar)	4,18
Derin Ven Trombozu	3,78	Anemi, Demir Eksikliği	4,29

Bu tablodan da anlaşılacağı gibi eğitime ihtiyaç duyulmayan alanlarda hekimlerin bilgi ve beceri düzeyleri de yeterli değildir. Yani tabloya çapraz bakıldığında, Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım, Pulmoner Trombo Embolizm, Derin Ven Trombozu gibi hastalıklarda hekimler hizmet içi eğitimin gerekli olmadığı yargısına varırken aynı konularda bilgi ve beceri düzeylerinin de yetersiz olduğu itirafında bulunuyor olmaları bu konuların hekimlerin ilgi ve sorumluluk alanı oluşturmadığını, dikkatlerini daha farklı alanlara verdiklerini göstermektedir. Diğer taraftan Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) konusunda eğitimin önemli düzeyde (4,59) gerekli olduğunu savunurlarken bu alanda bilgi ve beceri düzeylerinin de bir hayli yüksek olması (4,18) bu alanda yoğunlaşan hasta talebini ve bunu karşılamak için yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olsa dahi, daha fazlasını talep ettiklerini göstermektedir. Bu konu aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin ana uğraş alanı olan koruyucu hekimliğin, onlar için var olan önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin, hizmet içi eğitimlere ilişkin beklentilerini ifade eden Tablo 6.2.6. hizmet içi eğitimlerin, birinci sırada 5,14 puanla hekimlerin “*Mesleki Gelişim*” (345 hekim %68,2)’lerine ve ikinci sırada ise 4,45 puanla “*Kişisel Gelişim*” (196 hekim %44,3)’lerine katkı sağlamasını bekledikleri görülmüştür. Bu durum, hizmet içi eğitimlerin sadece mesleki gelişime değil kişisel gelişime de katkı sağladığının açık bir göstergesidir. Bu sebeple anket soruları arasında, hekimlerin kişisel gelişimine katkı sağlayabilecek eğitim konularının tespiti ve yine bu konulardaki yerliliklerini ölçen sorular da yer almıştır.

Tablo 6.3.4. Kişisel Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği

Eğitim Konuları	1	2	3	4	5	N	Ort.
Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri	N 1 % 0,2	3 0,6	22 4,5	173 35,5	288 59,1	487	4,53
Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları	N 22 % 4,5	59 12,0	115 23,5	196 40,0	98 20,0	490	3,59
Hekimlikte İletişim Becerileri	N 3 % 0,6	15 3,1	34 6,9	179 36,5	260 53,0	491	4,38
Çatışma Yönetimi	N 3 % 0,6	13 2,7	60 12,3	183 37,4	230 47,0	489	4,28
Stres Yönetimi	N 1 % 0,2	7 1,4	22 4,5	192 39,4	265 54,4	487	4,46
Problem Çözme	N 1 % 0,2	6 1,2	28 5,7	207 42,2	249 50,7	491	4,42
Etkili Zaman Yönetimi	N 3 % 0,6	13 2,6	34 6,9	197 40,0	245 49,8	492	4,36
Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi	N 4 % 0,8	28 5,7	75 15,2	216 43,9	169 34,3	492	4,05
Tedavi Protokolleri	N 1 % 0,2	2 0,4	20 4,1	187 37,9	283 57,4	493	4,52

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin kişisel gelişimlerine katkı sağlayacak hizmet içi eğitim konuları konusundaki fikirleri alınmıştır. Bu fikirler Tablo 6.3.4.'de sunulmaktadır. Görüldüğü gibi, hekimlerin kişisel gelişim için en çok ihtiyaç duyduğu eğitim alanı “*Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri*” (4,53) olduğu dikkat çekmektedir. İkincisi ise “*Tedavi Protokolleri*” (4,52) neredeyse aynı oranda hekimlerin kişisel gelişim için gerekli gördüğü hizmet içi eğitim konusunu oluşturmaktadır. “Stres Yönetimi” (4,46), Problem Çözme” (4,42), Hekimlikte İletişim Becerileri” (4,38), “Etkili Zaman Yönetimi” (4,36) konuları da hekimlerin üzerinde durduğu ve gerekli gördüğü eğitim konularıdır.

Günümüzde artan hasta sayısını karşılamakta zorlanan birinci basama sağlık hizmeti sunan kurum ve hekimlerin hem hukuki anlamda hem de stres ve zaman yönetimi konusunda kişisel gelişime ihtiyaç duyması kaçınılmaz hale gelmektedir. Ayrıca hastaların, hasta hakları konusunda bilinçlenmesi, tedavi yöntemleri konusunda fikirleri olmaları hekimleri hem hukuki hem de tedavi protokolleri açısından yetiştirme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple hekimlerin bu alanda eğitime ihtiyaçları artmaktadır.

Tablo 6.3.5. Kişisel Gelişimde Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi

Eğitim Konuları		1	2	3	4	5	N	Ort.
Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri	N	24	131	197	119	16	487	2,94
	%	4,9	26,9	40,5	24,4	2,6		
Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları	N	44	145	213	75	11	488	2,72
	%	7,2	29,7	43,6	15,4	2,3		
Hekimlikte İletişim Becerileri	N	4	24	105	288	69	490	3,80
	%	0,8	4,9	21,4	58,8	14,1		
Çatışma Yönetimi	N	9	50	171	224	38	492	3,47
	%	1,8	10,2	34,8	45,5	7,7		
Stres Yönetimi	N	15	43	172	231	31	492	3,45
	%	3,0	8,7	35,0	47,0	6,3		
Problem Çözme	N	4	19	121	296	52	492	3,76
	%	0,8	3,9	24,6	60,2	10,6		
Etkili Zaman Yönetimi	N	11	38	152	242	48	491	3,57
	%	2,2	7,7	31,0	49,3	9,8		
Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi	N	22	112	224	115	17	490	2,99
	%	4,5	22,9	45,7	23,5	3,5		
Tedavi Protokolleri	N	7	46	177	239	23	492	3,46
	%	1,4	9,3	36,0	48,6	4,7		

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin kişisel gelişimde ihtiyaç duydukları eğitim konularına ilişkin bilgi ve beceri düzeylerinin ne durumda olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu kısımda, günümüzde oldukça tartışılan “*Organ Naklinin Tıbbi Dini ve Hukuki Boyutları*” (2,72) konusunda hekimlerin kendilerini yetersiz gördükleri dikkat çekmektedir. Fakat ilginç olan şu ki oldukça yetersiz olduklarını itiraf ettikleri bu alanda eğitimin çok da gerekli olmadığını ifade etmiş olmalarıdır (Tablo 6.3.4. Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları 3,59 ortalama). Daha önce yapılan yorumlara paralel, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin görev yaptıkları kurumların tıbbi altyapı ve donanımlarının da bu alan için yeterli olmadığını bir sonucu olarak organ nakli konusunda kendilerini sorumlu ve ilgili görmemeleri oldukça normal karşılanabilir. Hekimlerin bu alana çok ilgi göstermedikleri aşikârdır. Diğer taraftan “*Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri*” (2,94) konusunda da kendilerini yeterli görmeyen hekimlerin en çok ihtiyaç duydukları eğitim konusunu da bu alanda belirlemeleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin ilgili alanda gerçekten önemli eksiklikleri ve eğitime çok ihtiyaç duyduklarının açık göstergesidir. Düzenlenecek hizmet içi eğitim programlarında “*Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri*” olmazsa olmaz konular arasında yerini almaktadır. Katılımcı hekimlerin “Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi” konusunda (2,99) kendilerini yeterli görmemeleri, fakat buna rağmen organ

nakli konusundan sonra diğer konulara nispeten daha az eğitime ihtiyaç duyulan (4,05) bir konuyu oluşturmaktadır.

Tablo 6.3.6. Kişisel Gelişimin Aile Hekimi İçin Gerekliliği ve Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyinin Karşılaştırması

Aile Hekimi İçin Gerekliliği	Ort.	Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	Ort.
Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri	4,53	Organ Naklinin Tıbbi Dini ve Hukuki Boyutları	2,72
Tedavi Protokolleri	4,52	Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri	2,94
Stres Yönetimi	4,46	Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi	2,99
Problem Çözme	4,42	Stres Yönetimi	3,45
Aile Hekimi İçin Gerekliliği	Ort.	Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	Ort.
Çatışma Yönetimi	4,28	Etkili Zaman Yönetimi	3,57
Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi	4,05	Problem Çözme	3,76
Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları	3,59	Hekimlikte İletişim Becerileri	3,80

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin kişisel gelişimi için gerekli olan eğitim konuları yukarıda ifade edilmişti. Tablo 6.3.4.'de dikkat edilirse katılımcıların en gerekli olduğunu savundukları konu olan “Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri” (4,53) ile en az gerekli gördükleri “Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları” (3,59) arasında çok önemli fark bulunmamaktadır. Hatta “Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi”(4,05) ve “Çatışma Yönetimi” (4,28) gibi konuların dört ve üzeri ortalama ile hekimler tarafından gerekli görüldüğü, sadece diğerlerine göre nispeten düşük ortalama ya sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 6.3.6.'de ilgi çekici bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Ankete katılan hekimler “Organ Naklinin Tıbbi Dini ve Hukuki Boyutları” konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını (2,72) dile getirirken, bu konuda hizmet içi eğitime çok gerek olmadığını (3,59) ifade etmektedirler. Bu durum aslında hekimlerin konuya olan ilgisizliğini göstermektedir. “Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri” konusunda bilgi ve beceri eksikliklerini dile getirirken (2,94) bu konuda eğitiminin gerekli olduğu da (4,53) açıkça vurgulanmaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin (Aile Hekimi, Aile Hekimliği Uzmanı, Pratisyen Hekim ve SAHU-Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı) mezuniyet sonrası mesleki bilgi ve tecrübelerini artırmak ve geliştirmek amacıyla hizmet içi eğitim alması gerekliliği üzerine tesis edilmiştir.

Yapılan literatür taramalarında, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası temel bilgilerinde kayıp yaşamaları, tıbbi bilgi ve teknolojilerdeki hızlı gelişim ve değişim, hasta hakları, nüfusun demografik olarak yaşlanması vb. bir çok sebebe dayalı olarak zamanla kendilerini güncelleme talebinin ortaya çıktığını göstermiştir. Dolayısıyla çalışma, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitimlerinin yönetimi ve planlamasına katkı sağlayarak gerek bu eğitimi veren kurum ve kuruluşlara ve gerekse de Sağlık Bakanlığı’na, ayrıca bu konudaki araştırmacılara yol göstermeyi hedeflemiştir. Çalışmanın ilk kısmında birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı, mevzuatı ve ortaya çıkışına ilişkin konular ile birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler (Pratisyen Hekimler, Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanları) tartışılmıştır. İkinci kısımda Türkiye’de sürekli tıp eğitimi ve tıpta hizmet içi eğitime ilişkin planlama ve deneyimler, bu eğitimleri veren kurumlarla birlikte açıklanmıştır. Üçüncü kısım, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan hekimlerinin eğitim yönetimi hakkında dünya örnekleri (Almanya, Japonya ve Kanada) ve dünyadaki ilgili kurumlar ve bunların çalışmaları üzerinde durulmuştur. Son kısımda İstanbul genelinde 4.034 birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime uygulanan bir anket ile hizmet içi eğitim ihtiyaç analizi yapılmıştır. Araştırmanın amacı birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitime karşı tutum ve değerlendirmeleri ile bu eğitimlerden beklentilerini ölçmek, dolayısıyla sürdürülebilir bir hizmet içi eğitim yönetiminin planlamasına katkı sağlamaktır. Araştırmadan elde edilen veriler, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin ne tür eğitimlere ihtiyaç duyduklarını ve hangi konularda bilgi ve tecrübelerine güvendiklerini tespit etmeye de yaramaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi ile dünyaya duyurulmuş olup 2003 yılında buyana Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde

Türkiye’de uygulanmaya çalışılmaktadır. Dünyadaki bazı örneklerde olduğu gibi Türkiye’de hastaların direkt olarak uzman doktorlara başvuru hakkı tanınmaktadır. Japonya gibi bazı ülkelerde uygulanan bu sistem birinci basamak aile hekimlerinin mesleki bilgi ve becerilerinin neler olmasına ilişkin tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Kanada gibi ülkelerde tüm hekimlerin yeterliklerin sürekli halde korunmasına çalışılmış olup CanMEDS programı ile hekimlerin sürekli mesleki gelişim aktivitelerini ve kendi öz değerlendirmelerini kayıt altında tutmuşlardır. Kanada gibi ülkelerde hekimlerin mesleki gelişim için aldıkları eğitimlerin sadece ders ve sunumlarla geçirilmemesi gerektiği ve hekimlerin kendi öz değerlendirmeleri çerçevesinde kendi planladıkları aktivitelerin de dahil edilmesi gerektiğine yönelik çalışmalar, örnek teşkil etmektedir. Hekimlerin sürekli tıp eğitimi konusunda en iyi örneği şüphesiz Almanya oluşturmaktadır. Almanya’da her bir hekim, senede 50 CME kredisi almalı ve 5 senede bir 250 CME kredisi topladığını belgelemelidir. Aksi takdirde kademeli olarak önce %10, sonra %25 ücret kesintisi ve 5 yılın sonunda bu kredileri tamamlamamışsa çalışma lisansını kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilmektedir.

İncelenen dünya örnekleri, yapılan alan araştırması sonuçlarıyla örtüşmektedir. Araştırmanın sonuçları, özellikle Kanada ve Almanya’da uygulanan, hekimlerin sürekli tıp eğitimi sistemlerini doğrular niteliktedir.

İstanbul genelinde uygulanan online anket çalışmasına 610 geri dönüş (%15,12) sağlanmıştır. İstanbul’un toplam 32 ilçesinden veri elde edilmiştir. Katılımcı hekimlerin %55,8’i Erkek ve %44,2’si Kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen verilere göre, ankete katılan hekimlerin büyük çoğunluğu (%84) ASM’lerde görev yapmaktadır. Katılımcıların %67’si 36-55 yaş grubundadır. 25-35 yaş grubu olan katılımcı genç hekimlerin %24,3 olduğu, bununla birlikte 56 yaş ve üzeri hekimlerin oranının ise sadece %8,5 olduğu dikkat çekmektedir. Ankete katılan hekimlerin yarısından fazlasını (%55,3) sertifikalı aile hekimleri oluşturmaktadır. Diğer katılımcılar, pratisyen hekimler (%22,7), aile hekimi uzmanı (%10,5) ve %9,7’si de SAHU’ larından oluşmaktadır.

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önce birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocakları üzerinden yürütülüyordu. Bu durum ankete katılan birinci

basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin aile hekimi olmadan önce büyük bir çoğunluğunun (%38,5) sağlık ocaklarında görev yaptıklarını doğrulamaktadır. Katılımcıların %32’si 1-10 yıl arası, %59,3’ de 11-30 yıl arası hekimlik görevini yapmaktadırlar. Bununla birlikte katılımcıların %93,6’sı 0-11 yıl arası aile hekimliği yapmaktadır. Kuşkusuz bu durumun temel sebebi aile hekimliği uygulamasının Türkiye’de 12 yıldır uygulanıyor olması olarak görülmektedir. Katılımcı hekimlerin %70,9’u mesleki gelişimleri için internetten 1-2 saat yararlandıklarını dile getirmektedirler. Bununla birlikte ilgi çekici nokta, hekimlerin yaklaşık %10 mesleki gelişimleri için hiç internet kullanmadıklarını itiraf etmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleki gelişimleri için hizmet içi eğitime ilişkin tutum ve değerlendirmelerine göz atıldığında, hizmet içi eğitimi yararlı buldukları (4,07) görülmektedir. Ankete katılan hekimlerin %89,4’ son iki yıl içinde bir veya birkaç hizmet içi eğitime katılmıştır. Bu eğitimlerin konularına bakıldığında çoğunluğunun (63 hekim) “Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite)” konusunda olduğu, bunu “Bağışıklama, Aşılama ve Soğuk Zincir” (59 hekim) konusunun takip ettiği ve 49 kişinin de “Kadına Yönelik Aile içi şiddet ve Taciz” konusunda eğitim aldıkları ifade edilmektedir. Grldği gibi bu eğitimlerin “Kronik Hastalıklar” ve “Koruyucu Hekimlik” alanlarında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Katılımcı hekimlerin büyük kısmı (470 hekim) hizmet içi eğitimi “Sağlık Bakanlığı”ndan almalarına rağmen bundan sonra almak istedikleri hizmet içi eğitimler için niversiteleri tercih ettiklerini dile getirmektedirler (475 hekim). Hizmet içi eğitimlerde katılımcıların niversiteleri tercih etme sebepleri arasında mevcut bazı niversitelerin (Yıldırım Beyazıt niversitesi ve Medipol niversitesi) birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimleri uyguladıkları hizmet içi eğitimlerin oldukça verimli etkin olması gösterilebilir. Hizmet içi eğitime katılmış olan hekimler bu eğitimlerde karşılaşan sorunların başında “Eğitimin Pratiğe Dayalı Yapılmaması” (323 hekim) ve “Eğitim Verilen Mekânların Uzak ve Kolay Ulaşılabilir Olmaması” (269 hekim) olarak tespit etmişlerdir. Katılımcılar, katıldıkları hizmet içi eğitimlerin onların öncelikle mesleki gelişimlerine (506 hekim) sonra kişisel gelişimlerine (442 hekim) katkı sağlayacağına inanmaktadır. Bu eğitimlerin aynı zamanda vizyon kazanma ve motivasyon sağlama açısından da önemli katkıları olduğuna inanmaktadır. Anket katılımcılarına açık uçlu olarak hangi eğitimleri almak

istedikleri sorulduğunda 359 hekimin “Koruyucu Hekimlik Konuları”nı (Duyarlı Kişilerin Aşılınması, Kişilerin Uygun Beslenmelerini Sağlama, Sağlam Kişilerin Erken Teşhis Amacıyla Periyodik Muayenesi, Genel Taramalar) tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca 354 hekim tarafından işaret edilen “Tedavi Edici (Branş) Hekimlik Konuları” (Dahiliye, Dermatoloji, KBB, Enfeksiyon Hastalıkları, Pediatri, Göz, Ortopedi, Kardiyoloji vb) dikkat çekmektedir. 260 katılımcı tarafından talep edilen diğer hizmet içi eğitim konusu da “Kronik Hastalıklar” (Diyabet, Hipertansiyon, Obezite, Astım, KOAH, Koroner Arter Hastalıkları vb.) olduğu izlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin bu güne kadar aldıkları hizmet içi eğitim konuları ile almak istedikleri hizmet içi eğitim konularını karşılaştırıldığında, koruyucu hekimlik ve kronik hastalıklara ilişkin konuların her zaman güncelliğini koruduğu, hekimlerin bu alanda hizmet içi eğitim alınmış olmalarına rağmen halen bu alandaki eğitimleri tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Katılımcılar hizmet içi eğitimlerin ayda bir yapılmasını (%52,9) tercih ettikleri gibi, %52,7 hekim eğitimlerin 1-2 gün sürmesini istemektedirler. Araştırmaya katılan hekimlerin %53,6’sı hizmet içi eğitimlerin mesai saatleri içerisinde olması gerektiğini böylece yoğun mesai ortamından sonra kendilerine vakit ayırma isteklerini vurgulamaktadırlar. Araştırmaya katılan hekimlerin, eğitim alınacak mekan tercihinde Üniversiteler (%31,3) ve Sağlık Bakanlığı(%30,3) ön plana çıkmakla birlikte, oteller de %27,0 ile dikkat çeken bir sonuç olarak hekimlerin tercihini oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin 323’ü hizmet içi eğitimlerin pratiğe dayalı yapılmamasını önemli bir sorun olarak dile getirirken, diğer taraftan katılımcı 380 hekim hizmet içi eğitim yöntemlerinin de “Örnek Olay İncelemesi” olması gerektiğini savunmuşlardır. Bu iki sonuç hekimlerin hizmet içi eğitimlerin pratiğe dayalı ve örnek olay içeren yöntemlerle verilmesini istediklerini göstermektedir.

Araştırmanın son bölümünde, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mesleki gelişim için gerekli olan hizmet içi eğitim konularının gerekliliğini tespit ederek bu alanlardaki yeterliliklerinin ölçülmesi hedeflenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki gelişimleri için 4,67 ortalama ile “Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri” konusunu gerekli gördüklerini belirtmişlerdir. Diğer taraftan “Aşılama ve Yan Etkileri” (4,66) oldukça gerekli görülen eğitim konuları arasında

yer almaktadır. “Diabetes Mellitus” (4,61), “Sık Görülen Ateşli Hastalıklar” (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) (4,59), “Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi” (4,55), ve “Temel Yaşam Desteği” (4,50) gibi konuların birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler tarafından mesleki gelişimleri için gerekli gördükleri önemli konular arasında yer almıştır. Bu sonuçların 15. soruda katılımcı hekimlerin performanslarının artmasına yardımcı olacağı düşündükleri öncelikli eğitim konuları (“Kronik Hastalıklar, “Tedavi Edici (Branş) Hekimlik” ve “Koruyucu Hekimlik”) ile anlamlı bir şekilde kesiştiği göze çarpmaktadır. “Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri” ve “Diabetes Mellitus” kronik hastalıklar olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin en çok gerekli gördüğü hizmet içi eğitim konusu olarak dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar hekimlerin bu güne kadar aldıkları hizmet içi eğitim konuları ile karşılaştırıldığında görülmektedir ki kronik hastalıklar ve koruyucu hekimlik alanında alınan yoğun eğitimlere rağmen bu eğitimlerin hekimlerin performansını artırmada yeterli düzeyde olmadığı ve tedavi edici (branş) hekimlik konularının da dahil olmak üzere hizmet içi eğitimin bu alanlarda verilmesini ısrarla talep ettikleri görülmüştür. Hekimlerin mesleki gelişimleri için daha az gerekli gördükleri eğitim konularının “GİS Kanama” (3,99), “Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım” (3,92), “Pulmoner Trombo Embolizm” (3,84) ve “Derin Ven Trombozu” (3,78) olduğu ve bu konuların büyük bir kısmının “Acil Tıp ve Müdahale Uygulamaları” ile “Tedavi Edici (Branş) Hekimlik” konuları içinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan hekimler, “Pulmoner Trombo Embolizm” (2,98) ve “Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım” (2,99) konularında bilgi ve beceri düzeylerini çok da yeterli görmemekte olduklarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan hekimler, “Akut Gastroenterit” (4,15), “Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi” (4,16), “Sık Görülen Ateşli Hastalıklar” (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) (4,18), “Anemi, Demir Eksikliği” (4,29) gibi konularda kendilerini bir hayli yeterli gördükleri söylenebilir. Bu konuda ortaya çıkan sonuç şudur ki, araştırmaya katılan hekimler, Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım, Pulmoner Trombo Embolizm, Derin Ven Trombozu gibi hastalıklarda hizmet içi eğitimin gerekli olmadığı yargısına varırken aynı konularda bilgi ve beceri düzeylerinin de yetersiz olduğu itirafında bulunuyor olmalarıdır. Bu bir çelişki gibi gözüküyor olsa da, adı geçen konuların hekimler için

ilgi ve sorumluluk alanı oluşturmadığını, dikkatlerini daha farklı alanlara verdiklerini göstermektedir. Diğer önemli bir sonuç da şudur ki, Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar) konusunda eğitimin önemli düzeyde (4,59) gerekli olduğunu savunurlarken bu alanda bilgi ve beceri düzeylerinin de bir hayli yüksek olması (4,18) bu alanda yoğunlaşan hasta talebini ve bunu karşılamak için yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olsa dahi, daha fazlasını talep ettiklerini göstergesidir. Bu sonuç aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin ana uğraş alanı olan koruyucu hekimliğin, onlar için var olan önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir.

Araştırmanın bu kısmında birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin kişisel gelişimleri için en çok ihtiyaç duydukları eğitim alanlarının sonucu birbirine çok yakın olan “Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri” (4,53) ve “Tedavi Protokolleri” (4,52) olduğu dikkat çekmektedir. Diğer taraftan katılımcı hekimler günümüzün tartışmalı konusu olan “Organ Naklinin Tıbbi Dini ve Hukuki Boyutları” (2,72) konusunda kendilerini yeterli görmezken “Hekimlikte İletişim Becerileri” konusunda (3,80) kendilerini yeterli görmektedirler. Araştırmanın bu bölümünde ortaya çıkan çarpıcı sonuç şudur ki, “Organ Naklinin Tıbbi Dini ve Hukuki Boyutları” (2,72) konusunda hekimlerin kendilerini yetersiz olduklarını ifade ederken kişisel gelişimleri için bu alanda eğitimin çok da gerekli olmadığını (3,59) ifade etmiş olmaları organ nakli konusunda kendilerini sorumlu ve ilgili görmemeleri anlamına gelmektedir. Diğer çok çarpıcı bir sonuç da, araştırmaya katılan hekimlerin “Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri” (2,94) konusunda da kendilerini yeterli görmemeleri ve aynı zamanda en çok ihtiyaç duydukları eğitim konusunu da bu alanda belirlemiş olmaları, hekimlerin ilgili alanda gerçekten önemli eksiklikleri ve eğitime çok ihtiyaç duyduklarının açık bir göstergesidir.

Araştırmadan elde edilen veriler ve bu verilerin ortaya çıkardığı sonuçlar ve tespitler, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere hizmet içi eğitim veren / verecek olan kurum ve kuruluşların eğitimleri planlaması ve yönetmesi için onlara yol gösterici niteliktedir. Ayrıca bu konudaki araştırmacılar için de, çalışmalarına ışık tutacak özellikler içermektedir.

Hekimlere hizmet içi eğitim planlanırken, ayda 1-2 gün olmak üzere, otel gibi kaliteli hizmet sunan bir kurumda uygulamaya dönük olmasına dikkat edilmelidir. Eğitimleri, üniversitelerin planlaması ve uygulamasının yanında hekimlerin mesleki gelişimlerine ilişkin eğitimlerde özellikle koruyucu hekimlik ve kronik hastalıklara ilişkin eğitim konularının tercih edilmesine özen gösterilmelidir. Tedavi edici hekimlik konuları da eğitimlerin planlanmasında öne çıkan konular arasında yerini almalıdır. Hekimlerin kişisel gelişimine ilişkin eğitim programlarında “Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri” olmazsa olmaz konular arasında yerini alırken “Tedavi Protokolleri” de kişisel gelişime katkı sağlayacak konular arasında mutlaka bulunmalıdır.

Bu sonuçlardan yola çıkarak, İstanbul’da birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan hekimlere yönelik hizmet içi eğitim programlarının, üniversiteler tarafından belirli periyotlarla güncellenebilecek eğitim ihtiyaç analizlerine dayalı olarak, İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği içinde planlanması oldukça başarılı sonuçları ortaya çıkaracaktır. İstanbul’un belli bölgelere ayrılarak her bölge için bir veya birkaç üniversitenin sorumluluğu altında İl Sağlık Müdürlüğü’nün organizasyonunda planlanacak olan hizmet içi eğitimler Şehirdeki tüm birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekime ulaşması açısından verimli sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Araştırma sonuçları birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası mesleki gelişimleri için hizmet içi eğitimleri yoğun bir şekilde talep ettiklerini göstermektedir. Bununla birlikte, mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimin belli bir kredi ile takip edilmesi ve düzenli aralıklarla bir sınav sisteminin kurulması fikrinde henüz bir görüş birliğine varılamamıştır. Uzmanlık sonrası hekimlerin hizmet içi eğitimi için, Almanya örneğine benzer bir uygulamanın Türkiye için yararlı olacağı düşünülebilir.

Bu uygulamanın kurulabilmesi için, sürekli tıp eğitimi dergileri, düzenli güncellenen tanı ve tedavi rehberleri, kongreler, sempozyumlar, çalıştaylar, kurslar, Sağlık Bakanlığının üniversitelerle ortak organize edeceği eğitimler, internet üzerinden eğitim seçenekleri kullanılabilir. İlgili tüm eğitim aktiviteleri, sürekli eğitim anlayışı çerçevesinde bir kredilendirme esasına bağlanabilir (50). Ayrıca, belirli periyotlarla (5-10 yıl gibi) yapılacak sınavları ve bu sınavların sonuçları,

hekimlerin elde ettikleri kredi puanlarının toplamı, hekimlerin görevlerine ilişkin derecelendirme, terfi, tenzil, ücretlendirme ve görev yeri değişikliği gibi birçok parametrenin oluşturulmasında değerlendirmeye alınabilir. Bu uygulama sayesinde, daha başarılı olmak, daha çok kazanç elde etmek ve daha iyi kurumlarda çalışmak isteyen hekimlerin yüksek performans göstermeleri gerekeceğinden, rekabeti ve dolayısıyla kaliteyi önemli düzeyde artıracakđı söylenebilir.



8. KAYNAKÇA

1. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2), 2014
2. Uz M. H. Pratisyen Hekimlerin Hizmet İçi Eğitim İhtiyacı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.
3. Dirican R. ve Bilgel N. Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, İkinci Baskı, Bursa, 1993.
4. Socialist Health Association (SHA), The Interim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services, (Lord Dawson of Penn), 1920.
<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
5. Eren N. ve Öztekin Z. Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayınları, Altıncı Baskı. Ankara, 1993.
6. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances, International Journal of Health Services 24(3); 431-458, 1994.
7. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12.01.1961. Sayısı:10705, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
8. Öcek Z. ve Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2007.
9. Pala K. Sağlık ocaklarından beklenen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunu etkileyen faktörler, Toplum ve Hekim Dergisi, 9(63), 1994.
10. Altay A. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 64, 2007.
11. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Sağlık Bakanlığı,
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hs_bs_rehber_son.pdf, 2013.
12. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE, Ed. Allen J. at all. 2002. Edition, 2011.
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
13. Ungan M ve Ceyhan A. G. Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. Popüler Bilim, Mart 169; 18-21, 2008.
14. Aktaş, E. Ö. ve Çakır, G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi, 51(1), 2012.
15. Başak O. ve Görpelioğlu S. Tıp fakültesi öğretim elemanlarının aile hekimliğine yaklaşımları, Aile Hekimliği Dergisi 1(2), 1998.

16. Öner C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice, 19(4). 2015.
17. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015. Sayı: 29280, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
18. Avcı S. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
19. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük, 21.11.1983. Sayı: 18230, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
20. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, 19.06.2002. Sayı: 24790, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
21. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 26.04.2014. Sayı: 28983, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
22. Gökay, K. E. Aile Hekimliğinde Genetik Moleküller Tanı Uygulamaları. Gökay Biyotek Ltd. Medikal Yayın Grubu, 2004.
23. Tıpta Uzmanlık Rotasyon Karar Tutanağı, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Kurulu, 21-23.06.2010. Sayı: 82, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
24. Rakel R.E. The Family Physician, In: Rakel R.E. & Rakel D.P. Editor. Textbook of Family Practice. Elsevier Saunders Company. 2011.
25. Eser E. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşım ve yöntemler, Toplum Hekimliği Bülteni. 27(3), 2008.
26. Atun R. Aydın S. Chakraborty S. et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. The Lancet, 382(9886); 65-99, 2013.
27. Başer D. A, Kahveci R, Koç E.M, Kasım İ, Şencan İ. ve Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak, Strong Primary Care for Effective Health Systems, 2015.
28. Akalın S. Birinci basamakta sürekli eğitimin geliştirilmesi: deneyim paylaşımı, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(6); 215-219, 2002.
29. Şenviren B. Hizmet İçi Eğitim, Türleri ve Sağlık Kurumlarında Hizmet İçi Eğitim, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
30. Yılmaz R. Mesleki Eğitim–Geçiş Dönemi Eğitimi, PHD Çalıştay Raporu, <http://www.phd.org.tr/calistayraporu.htm>, 2012.
31. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 03.08.2011. Sayı: 25143 Başbakanlık Basımevi, Ankara.
32. Genel Pratisyenlik Enstitüsü Çalışma Raporu, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2008.
33. Murt A. Tıp eğitimi 1:yeni eğilimler, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 10, 2010

34. Akçakanat A, Ağalar ve F. ve Sayek İ. İnternet, sürekli tıp eğitimi ve kredilendirme, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 8(11), 1999.
35. Algın K, Şahin İ ve Top M. Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), 2004.
36. Barley GE, Reeves CB, O'Brien-Gonzales A. and Westfall J.M. Characteristics of and issues faced by rural female family physicians. The Journal of Rural Health, 17(3), 251-258, 2001.
37. Öcek Z. ve Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2013.
38. Özcan S, Gürpınar E. ve Şahin H. Yolumuza ışık tutanlar: Tıp eğitimcileri için önemli kuruluşlar ve belgeler. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi, Ekim 32, 2011.
39. Ansorg J. European CME Forum, London, November 2008.
40. Lindsay E, Wooltorton E, Hendry P, Williams K, Wells G. Family physicians' continuing professional development activities: Current practices and potential for new options. Can Med Educ J. 7(1); 38-46, 2016.
41. National Physician Survey, National Survey Canada, 2016.
<http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/05/NPS2010-National-Binder.pdf>
42. Hutt P. Family medicine in Japan. Br J Gen Pract. 59(566); 699-701, 2009.
43. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F. et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. CD003030. 2009.
44. Rakel, R. E. & Rakel D.P. Textbook of Family Medicine E-Book, Ninth Edition, Elsevier Health Sciences. 2016.
45. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, (2), 3-6, 1983.
46. TUIK, Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı, 2009-2016
47. Kaptan S. Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikleri, Tekışık Web Ofset, Ankara, 1995.
48. Yerel Yönetimler Eğitim İhtiyaç Analizi Raporu Final Raporu, Ankara, 2010.
http://www.tarkanoktay.net/index.htm_files/yerel%20yonetimler%20egitim%20ihtiyac%20analizi%20raporu.pdf
49. Lee FJ, Belle-Brown J, Stewart M. Exploring family physician stress. helpful strategies, Canadian Family Physician, 55; 288-9, 2009.
50. Öztürk R. Tıpta uzmanlık eğitiminde sorunlar ve çözüm önerileri. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat, 45, 88-93, 2018.

9. EKLER

Ek 1: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden Araştırma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 71211201-605.99
Konu : Osman Yaşar SİLACI Hk.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü (Kavacık Mh. Ekinciler Cad.
No:19 Kavacık Kavşağı)

İlgi : 19/12/2017 tarihli ve 71211201-45619 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Osman Yaşar SİLACI'nın, Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU sorumluluğunda, 01.01.2018 - 31.03.2018 tarihleri arasında Avcılar, Bağcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Başakşehir, Bayrampaşa, Esenler, Güngören, Fatih, Gaziosmanpaşa, Küçükçekmece, Sultangazi ve Zeytinburnu İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı A.S.M.'lerde gerçekleştirmek istediği "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimin Yönetimi Üzerine Bir Alan Araştırması" başlıklı çalışmaya ilişkin izin talebi Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.

Çalışmanın onaylandığına dair düzenlenen bu belgenin kişiye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.

Dt. Şule TUYGUN

Başkan a.

Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi, Mevlana Cd. No:85, 34015 Zeytinburnu/İstanbul
V.H.K.İ. Başak DURAN - basak.duran@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4140592e-5fda-4465-8d82-7918b58f89ad kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Anket Formu

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HEKİMLERİN SÜRDÜRÜLEBİLİR HİZMET İÇİ EĞİTİMLERİNİN YÖNETİMİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Açıklama

Sayın Hekim;

Elinizdeki anket formu, Medipol Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim dalında yürütülen “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimlerinin Yönetimi Üzerine Bir Alan Araştırması” isimli Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitime karşı tutumlarını ve eğitim ihtiyaçlarını tespit etmektir. Tespit edilen eğitim ihtiyacına uygun eğitim modülünün oluşturulması da çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Sayın Hekim, eğitim ihtiyaç analizi kapsamında oluşturulan elinizdeki anket formu 3 ana bölümden oluşmaktadır. “Kişisel Bilgiler” adını taşıyan ilk bölümde anketi dolduran kişiye ait temel demografik bilgiler istenmektedir. İkinci bölümde, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin hizmet içi eğitim faaliyetleri ile ilgili tutum ve çok yönlü değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik sorular bulunmaktadır. “Gelişim Alanları” adını taşıyan üçüncü bölümde ise, hekimlerin mesleki ve kişisel gelişim alanları ile ilgili çeşitli konu başlıkları yer almaktadır. Bu bölümdeki konu başlıklarını, mesleki gelişiminiz için gerekli olup olmadığı ile kişisel bilgi ve beceri yeterliliğiniz bakımından değerlendirmeniz istenmektedir.

Bu ankete vereceğiniz cevaplar tek tek isimlere göre değil, topluca ve bilimsel yöntemlere göre değerlendirilip analiz edilecektir. Bu nedenle sorulara içtenlikle cevap vererek, araştırmaya yardımcı olacağınızı umuyoruz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü: Adı Soyadı – İmza – Tarih.....

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Osman Yaşar SİLACI

Adres: MEDİPOL MEGA Üniversite Hastanesi, TEM Avrupa Yolu Göztepe Çıkışı No: 1
Bağcılar / İSTANBUL

Tel: 212 460 74 63

Fax: 212 460 70 70

GSM: 532.584 76 51

E-mail: osman.silaci@medipol.com.tr

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Görev Yaptığınız Kurum:

İlçesi:

2. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3. Yaşınız: 25-35 36-45 46-55 56 ve üstü

4. Aşağıdakilerden hangisi bir hekim olarak sizi en iyi tanımlar:

Sertifikalı Aile Hekimi

Aile Hekimliği Uzmanı

SAHU

Diğer İhtisaslardan Mezun Aile Hekimi

Pratisyen Hekim

5. Aile hekimliği uygulamasından önce mesleğinizi icra ettiğiniz sağlık kuruluşu neresidir?

Devlet Hastanesi

Sağlık Ocağı

Tam Gün İşyeri Hekimliği

Özel Sağlık Kuruluşu

Diğer.....

6. Kaç yıldır hekim olarak görev yapmaktasınız?

1-10

11-20

21-30

31 ve daha fazla

7. Kaç yıldır aile hekimi veya aile hekimliği uzmanı olarak görev yapmaktasınız?

0-2

3-5

6-8

9-11

12 ve üstü

8. Mesleki gelişim ile ilgili olarak internetten günde kaç saat yararlanıyorsunuz?

1-2 saat

3-5 saat

6-8 saat

9 ve üstü

Hiç yararlanmıyorum

HİZMET İÇİ EĞİTİME YÖNELİK TUTUM VE DEĞERLENDİRME

9. Aile hekimi veya aile hekimi uzmanlarına yönelik hizmet içi eğitim faaliyetlerini genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok yararlı

Yararlı

Kararsızım

Yararlı değil

Hiç Yararlı Değil

10. Son iki yılda herhangi bir hizmet içi eğitim programına katıldınız mı?

Evet, katıldım (Eğer katıldıysanız lütfen konularını belirtiniz.)

Konular: 1.
2.
3.

Hayır, katılmadım (Eğer katılmadıysanız, lütfen bir cümle ile sebebini açıklayınız.)

Sebebi:

11. Hizmet içi eğitim aldığınız kurumları belirtiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

- Sağlık Bakanlığı
 Türk Tabipler Birliği ve Tabip Odaları
 Aile Hekimlerine Hizmetiçi Eğitim Veren Dernek veya Vakıflar
 Özel Kuruluşlar
 Üniversiteler
 Diğer:

12. Hizmet içi eğitimlerde karşılaştığınız temel problemler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

- Eğitimin maliyeti
 Eğitim konularının ihtiyaca uygun olmaması
 Eğiticilerin yetersizliği
 Eğitimin pratiğe dayalı yapılmaması
 Eğitim ihtiyaç analizine dayalı bir eğitimin verilmemesi
 Eğitim programlarının çok uzun süreli olması
 Eğitim programlarının çok kısa süreli olması
 Eğitim verilen mekânların elverişsizliği
 Eğitim verilen mekânların uzak ve kolay ulaşılabilir olmaması

13. Hizmet içi eğitim programlarından beklentileriniz nelerdir? (Önem sırasına göre 1., 2., ve 3. olarak sıralayınız).

- () Kişisel gelişim
() Mesleki gelişim
() Vizyon kazanma
() Motivasyon
() Sosyalleşmek
() Zorunlu Kurs Sebebiyle

14. Hizmet içi eğitim programından yararlanmak istediğiniz kurum veya kuruluşu belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

- Sağlık Bakanlığı
 Türk Tabipler Birliği ve Tabip Odaları
 Aile Hekimlerine Hizmetiçi Eğitim Veren Dernek veya Vakıflar
 Özel Kuruluşlar
 Üniversiteler
 Diğer:

15. Bir hekim olarak performansınızın artmasına yardımcı olacağını düşündüğünüz öncelikli eğitim konuları nelerdir? İlk üçünü belirtiniz.

1.
2.
3.

16. Size göre, hizmet içi eğitimler hangi sıklıkla olmalı?

- 15 Günde Bir Ayda Bir Üç Ayda Bir
 Altı Ayda Bir Yılda Bir Daha fazlası

17. Size göre, düzenlenecek hizmet içi eğitimin süresi ne kadar olmalıdır?

- 1/2 gün 1 gün 2 gün 3 gün 5 gün

18. Size göre, düzenlenecek hizmet içi eğitimler hangi zaman aralığında olmalıdır?

- Mesai Saatleri İçerisinde Mesai Saatleri Bitiminde
 Öğlen Arasında Hafta Sonları

19. Size göre hizmet içi eğitimlerin hangi mekânda düzenlenmesi daha etkili olur? (Sadece bir şıkkı işaretleyiniz)

- Sağlık Bakanlığına ait mekânlarda
 Üniversitelere ait mekânlarda
 Özel eğitim kuruluşlarına ait mekânlarda
 Otellerde

20. Size göre, aşağıdakilerden hangisi en etkili eğitim yöntemidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Konferans Seminer Örnek olay incelemesi
 Çalıştay Uzaktan (online) eğitim Grup çalışması
 Laboratuvar Diğer:

GELİŞİM ALANLARI

MESLEKİ GELİŞİM	AİLE HEKİMİ İÇİN GEREKLİLİĞİ					MESLEKİ BİLGİ VE BECERİ DÜZEYİNİZ				
	Çok Gerekli	Gerekli	Kararsızım	Gerekli Değil	Hiç Gerekli Değil	Çok Yeterli	Yeterli	Kararsızım	Yetersiz	Çok Yetersiz
Astım Tanı Tedavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akut Koroner Sendrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esansiyel Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG'de İskemi ve Aritmi Değerlendirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temel Yaşam Desteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derin Ven Trombozu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmoner Trombo Embolizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preeklampsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemi, Demir Eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diyabetik Anne Bebeği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşılama ve Yan Etkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç Yan Etkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dehidratasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İnme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sık Görülen Ateşli Hastalıklar (ÜSYE, ASYE, İYE, Grip ve Döküntülü Hastalıklar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akut Gastroenterit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GİS Kanama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESLEKİ GELİŞİM	AİLE HEKİMİ İÇİN GEREKLİLİĞİ					MESLEKİ BİLGİ VE BECERİ DÜZEYİNİZ				
	Çok Gerekli	Gerekli	Kararsızım	Gerekli Değil	Hiç Gerekli Değil	Çok Yeterli	Yeterli	Kararsızım	Yetersiz	Çok Yetersiz
Kan Parametrelerinin Değerlendirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlam Çocuk (0-15 Yaş) İzlemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yenidoğan Sarılığı ve Yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emzirmenin Önemi ve Desteklenmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebe ve Lohusa ve Takibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troid Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cilt Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acil Hastalara Yaklaşım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akılcı Antibiyotik Kullanımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerjik Hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrik Hastaya Yaklaşım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KİŞİSEL GELİŞİM	AİLE HEKİMİ İÇİN GEREKLİLİĞİ					MESLEKİ BİLGİ VE BECERİ DÜZEYİNİZ				
	Çok Gerekli	Gerekli	Kararsızım	Gerekli Değil	Hiç Gerekli Değil	Çok Yeterli	Yeterli	Kararsızım	Yetersiz	Çok Yetersiz
Malpraktis ve Medikolegal Savunma Stratejileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organ Naklinin Tıbbi ve Hukuki Boyutları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekimlikte İletişim Becerileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çatışma Yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stres Yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem Çözme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etkili Zaman Yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi Teknoloji ve Cihaz Eğitimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedavi Protokolleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ETİK KURULU ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.44272
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/11/2017

Sayın Osman Yaşar SİLACI

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimin Yönetimi Üzerine Bir Alan Araştırılması" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.11.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E6930012X5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimin Yönetimi Üzerine Bir Alan Araştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Osman Yaşar SİLACI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrenci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 490	Tarih: 29/11/2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Osman Yaşar	Soyadı	Silaci
Doğum Yeri	Artvin	Doğum Tarihi	10.09.1970
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	-
E-mail	osmansilaci@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2018
Lisans	T.C. Anadolu Üniversitesi	2015
Lise	Mensucat Santral Lisesi	1993

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
1. Kurumsal Pazarlama Sorumlusu	Medipol Mega Hastaneler Kompleksi	2012 – Halen
2. Kurumsal Pazarlama Sorumlusu	Emarpark Radyoloji Merkezi	2005.07 – 2012. 09
3. Kurumsal Satış Uzmanı	Özemar Radyoloji Merkezi	1993 – 2005

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	59,15914	58,41386	58,43502

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.