



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONUSUNDAKİ
ALGI VE TUTUMLARI, KALİTATİF ARAŞTIRMA

DR. AYŞENUR ALPER GÜRZ

SAMSUN – 2015



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONUSUNDAKİ
ALGI VE TUTUMLARI, KALİTATİF ARAŞTIRMA

DR. AYŞENUR ALPER GÜRZ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. FÜSUN AYŞİN ARTIRAN İĞDE

SAMSUN – 2015

TEŞEKKÜR

Her zaman kendisinden çok beni düşünen, sevgisini, ilgisini benden hiç esirgemeyen, kıymetlim kızıma hem anneannelik hem annelik yaparak bir gün olsun gözüm arkada kalmadan işime konsantre olmamın ve bugünlere gelmemin baş mimarı, canım annem Suzan ALPER'e,

Tüm eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile yolumu aydınlatan ışığım, her daim eli üzerimde olan kahramanım, hala "büyüyünce onun gibi olmak istiyorum" dediğim insan, hocam, canım babam Prof. Dr. Tayfun ALPER'e,

Büyük bir özveriyle çalışmalarında kullanılan dünya literatürünün Türkçe'ye kazandırılmasına katkısı olan sevgili kardeşim Tufan ALPER'e,

Varlıklarıyla hayatıma anlam katan kızlarım Özdenur ALPER ve Nurseli GÜRZ'e,

Tıp ve uzmanlık eğitimim sürecinde karşıma çıkan tüm zorlukları birlikte aştığım, attığım her adımda beni destekleyen ve elimden tutan sevgili meslektaşım, diğer yarım Op. Dr. Selçuk GÜRZ'e,

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında ve yürütülmesinde beni cesaretlendiren, çalışmam süresince desteğini ve emeğini hiç esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sadece tezimin oluşma aşamasında değil uzmanlık eğitimim süresince her türlü sorunumla ilgilenen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Füsun Aysin ARTIRAN İĞDE'ye,

Başta bölüm başkanımız Prof. Dr. Füsun YARIŞ olmak üzere bana Ondokuz Mayıs Üniversitesi'ndeki eğitimim boyunca çok değerli bilgi ve tecrübelerini aktaran, her konuda ihtiyacım olan desteği benden esirgemeyen tüm değerli hocalarıma,

Asistanlığımız süresince birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve uzman olup aramızdan ayrılan çok değerli meslektaşlarıma,

Çok kıymetli vakitlerini bana ayırarak, çalışmama katılan çiçeği burnunda meslektaşlarım, sevgili intörn arkadaşlarıma

çok teşekkür ederim.

ÖZET

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONUSUNDAKİ ALGI ve TUTUMLARI, KALİTATİF ARAŞTIRMA

Giriş ve Amaç: Son on yıl içinde tıp öğrencilerinin aile hekimliği uzmanlığına olan ilgilerinin azaldığı gözlenmiştir. Öğrencilerin aile hekimliğini tercih etme nedenleri doğru olarak tanımlanabilirse, tıp fakültelerinin politikalarını değiştirmeleri ve böylece aile hekimliği uzmanlığını seçen öğrenci sayısını artırmak mümkün olabilecektir. Bu çalışmada, tıp öğrencilerinin aile hekimliği ile ilgili algı ve tutumlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn eğitim programında dört haftalık zorunlu aile hekimliği stajı bulunmaktadır. Bu kalitatif çalışmada beş odak grup görüşmesi kapsamında 40 son sınıf öğrencisi ile görüşülmüş, katılımcıların aile hekimliğinde çalışmaları konusundaki ilgilerini etkileyen faktörler analiz edilmiştir. Eğitimli bir görüşmecisi Aralık 2011 ile Şubat 2013 arasında yapılan görüşme kayıtlarını yazıya döküp çözümlenmiştir.

Bulgular: Yaşları 22-26 arasındaki olan 40 öğrenci (22 kız, 19 erkek) birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili fikirlerini ve uzmanlık açısından aile hekimliği ile ilgili algı ve tutumlarını paylaşmışlardır. Öğrencilerin paylaşımları aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

1. Öğrencilerin çoğu tıp fakültesini bu mesleği sevdiği ve mesleki tatmini yaşamak istedikleri için seçtiklerini ifade etmişlerdir.
2. Öğrenciler daha çok pediatri, acil, cerrahi branşlar gibi çalışmaktan hoşlandıkları veya radyoloji, fizik tedavi rehabilitasyon, dermatoloji veya aile hekimliği gibi iş yoğunluğu az olan, çalışma koşullarının daha rahat olduğu ve malpraktis açısından daha az riskli alanları tercih etmek istediklerini belirtmişlerdir.
3. Katılımcılar aile hekimi olmak isteyip istememe konusundaki düşüncelerini net olarak ifade edememişlerdir. Çoğu, esnek çalışma saatleri, yaşam şekli ve

malpraktis açısından az riskli oluşunun çekici geldiğini fakat prestijinin düşüklüğü, bütüncül bakış açısı, Türkiye’de aile hekimliği geleceğinin belirsizliği, uzun dönem hasta bakımın sorumluluğu gibi nedenlerin aile hekimliği tercihinde olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir.

4. Öğrenciler toplum ve sağlık çalışanları tarafından aile hekimliği ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu fakat tıp öğrencileri tarafından, özellikle aile hekimliği stajı sonrası bilgi düzeyinin arttığını düşünmekteydiler.
5. Öğrenciler fakülte eğitimi boyunca birinci basamağın cezalandırılma yeri olarak gösterildiğini, bunu özellikle fakültenin ilk yıllarında tecrübe ettiklerini söylemişlerdir.
6. Öğrencilerin çoğu aile hekimliği stajının birinci basamağa ait algılarında değişiklik oluşturduğunu ifade etmişlerdir.

Sonuç: Aile Hekimliği bazı öğrenciler tarafından ilgi çekici olarak bulunsa da genel olarak prestiji düşük ve daha az ilgi duyulan bir uzmanlık dalı olarak görülmektedir. Tıp öğrencilerinin aile hekimliği tercihlerini etkileyen faktörleri anlamak önemlidir. Birinci basamağa ilgiyi artırmak için tüm tıp fakültelerinin müfredatı içerisinde aile hekimliği stajı yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Tıp Eğitimi

ABSTRACT

LAST YEAR MEDICAL STUDENTS' PERCEPTIONS AND ATTITUDES ABOUT THE FAMILY MEDICINE- A QUALITATIVE STUDY FROM ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY

Background& Aim: Over the last ten years medical students have shown little interest in family practice as a career. If the factors that influence medical students to choose family medicine can be identified accurately, then it may be possible to use such a model to change medical school admission policies so that the number of students choosing the family medicine as a career can be increased. In this study, we aimed to investigate medical students' attitudes and perceptions towards the family medicine.

Methods: We have mandatory four week clerkship in the internship year in Department of Family Medicine of Ondokuz Mayıs University. In this qualitative study we ran five focus groups involving 40 final year medical students and analyzed factors influencing participants' interest in working in general practice. A trained interviewer recorded, transcribed and subjected to content analysis from December 2011 to February 2013.

Results: Forty students (female 22, male 19) participated with an age range of 22-16 years, described their opinions about the primary healthcare services, attitudes and perceptions towards general practice as a career choice. Answers on main domains are summarized:

1. Most of the students said they chose faculty of medicine because they like this job and want to experience the professional satisfaction.
2. Students want mostly specialization areas which would like to work like pediatrics, emergency services, surgery etc. and without duty hours, more comfortable and with low risk of malpractice like radiology, physical therapy and rehabilitation, dermatology, family medicine etc.
3. Students couldn't tell clearly what they think about being a family physician. Most of them said that the flexible working hours, lifestyle and low risk of malpractice make the family medicine attractive but lower prestige, holistic care, uncertain future of the family medicine in Turkey, long term care responsibility were negative effect.

4. Students believe that there is a lack of information about the family medicine by public and by health professionals. But medical students consider that they have more knowledge, especially after the family medicine clerkship program.
5. Students believe that faculty staff present the primary care as a punishment place, especially they have experienced this in their first year in the school.
6. Most of the students think that family medicine clerkship program change their attitude toward the primary care.

Conclusion: In general, although some students find family medicine attractive, it is generally considered as a career of low interest and prestige. Understanding the factors influencing medical students' choice about the family medicine is crucial. In order to increase the interest in primary care, family medicine clerkship program should take place in every medical faculty curriculum.

Key Words: Education, Medical; Family Medicine

KISALTMALAR

ABD :	Amerika Birleşik Devletleri
ABFP :	American Board of Family Practice
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
ÇEP:	Çekirdek Eğitim Programı
DEÜTF :	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
FTR:	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GİS:	Gastrointestinal sistem
GÜS	Genitoüriner Sistem
KBB:	Kulak Burun Boğaz
OMÜ:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
PDÖ:	Probleme Dayalı Öğretim
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDE:	Topluma Dayalı Eğitim
TF:	Tıp Fakültesi
TTB:	Türk Tabipler Birliği
TUS:	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UEMO:	Avrupa Genel Pratisyenler Birliği
UTEAK:	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi
WHO:	World Health Organization
WONCA:	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

ŞEKİL

Şekil 1: Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlikler

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya katılanların gruptaki dağılımları

Tablo 2: Görüşmelerin Yapılandırıldığı Ana Konular

Tablo 3: Öğrencilerin Görüşlerine Göre Oluşturulan Kategoriler

Tablo 4: Tıpta Uzmanlık Tercihleri

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
KISALTMALAR.....	VIII
ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ.....	IX
İÇİNDEKİLER	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	13
1.1 Giriş.....	13
1.2 Amaç.....	14
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1 Modern Tıp Eğitimi.....	15
2.1.1 Tıp Eğitiminin Tarihsel Gelişimi.....	15
2.1.2 Tıp Eğitiminin Amacı.....	16
2.1.3 Tıp Eğitiminin Hedefleri.....	16
2.1.4 Optimal Tıbbi Eğitim Sistemi.....	17
2.1.5 Tıp Eğitimi Modelleri.....	17
2.1.5.1 Eğitim Yöntemleri.....	18
2.1.5.2 Dünyada Tıp Eğitimi.....	20
2.1.5.3 Türkiye’de Tıp Eğitimi.....	20
2.1.5.4 Araştırmamızda Yer Alan Tıp fakültesinin Özellikleri.....	22

2.2 Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği.....	23
2.2.1 Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri.....	25
2.2.2 Aile Hekimliği'nin Temel Uygulama �zellikleri	27
2.2.3 Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	29
2.2.4 Aile Hekimliğinin Ortaya �ıkışı.....	30
2.2.5 Aile Hekimliği ve Mezuniyet �ncesi Tıp Eğitimi.....	30
2.2.6 Değişen ihtiyaçlara Göre Aile Hekimliği Eğitiminin Uyarlanması.....	39
3. YÖNTEM	42
3.1 Yöntem İle İlgili Genel Bilgiler	42
3.1.1 Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel �zellikleri	42
3.1.2 Nitel Araştırmanın Temel Aşamaları.....	44
3.1.3 Nitel araştırmanın �eşitleri.....	48
3.2 Araştırmanın Yeri.....	48
3.3 Araştırmanın Tipi.....	48
3.4 Araştırmanın Evreni.....	49
3.5 Araştırmanın �rneklemi.....	49
3.6 Araştırmanın Veri Kaynakları.....	49
3.7 Araştırmanın Uygulanma Şekli.....	49
3.8 Veri Analizi.....	50
3.9 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar.....	50
3.10 Etik Konular.....	51
3.11 Araştırmanın Takvimi.....	51

3.12 Araştırmanın Bütçesi	51
3.13 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	51
3.13 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	51
4. BULGULAR	52
4.1.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımları	52
4.1.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaşa Göre Dağılımları	52
4.2 Odak Grup Görüşmeleri	52
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇLAR	99
7. ÖNERİLER	103
8. KAYNAKLAR	104
9.ÖZGEÇMİŞ	116
10.EKLER	117

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Giriş

Eğitim, belirlenmiş amaçlar için, insanların düşünceleri, tutumları, davranışları ve yaşamlarında belirli iyileştirme ve geliştirmeler sağlamaya yarayan, sistematik bir süreçtir (1). Yaşam boyu süren tıp eğitiminin temeli, mezuniyet öncesi dönemde atıldığından bu dönemin titizlikle belirlenmiş, ulaşılabilir, ölçülebilir amaç ve hedefleri olmalıdır (2).

Tıp eğitiminin niteliğinin geliştirmesine yönelik çalışmalar 1980'lerin başından beri yürütülmektedir. Bu süreçte Edinburgh Bildirgesi (1988) ve Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi Önerileri (1993) dönüm noktası olarak kabul edilebilir (Global standards). Edinburgh Bildirgesi'nde tıp eğitiminin amacı tüm bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmıştır (3). Aynı deklarasyonda tıp eğitimi uygulamaları sırasında toplumun tüm kaynaklarının kullanılması, ülkenin sağlık önceliklerine uygun programların geliştirilmesi, öğrencinin öğrenme sürecinde aktif rol alması, öğrencilerin değerlendirme süreçlerinin bilgi birikimi ve mesleki yeterliliği birlikte ölçebilecek şekilde kurgulanması, sağlık hizmetlerinin tıp eğitimine entegre edilmesi konuları üzerinde de durulmuştur (4).

Hekimlerin dikkatli bir dinleyici, gözlemci ve duyarlı bir iletişimci ve etkin bir klinisyen olarak yetişmeleri beklenmektedir (3). Bu şartlarda hekim yetiştirmek için; tıp eğitimi ile sağlık hizmetleri arasında eş güdümün sağlanması, eğitim içeriğinin ulusal gereksinimlere göre belirlenmesi, bilim ve klinik uygulamaların entegre edilmesi ve sürekli tıp eğitimi önerilmektedir (5).

Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için tıp fakültelerinde verilen tıp eğitimi ve öğretiminin geliştirilmesi, niteliğinin iyileştirilmesi, kurumlara yol gösterilmesi, gelişimlerinin desteklenmesi, işleyiş ve sürekliliğinin izlenmesi amacıyla Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi (UTEAK) kurulmuştur. UTEAK Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları arasında "Tıp eğitimi süresince erken dönemde kliniğe giriş uygulamaları gibi etkinliklerle hasta/simüle hasta ile temas sağlanmalı, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve hasta hizmeti konularında gerekli sorumluluklar verilmelidir. Diğer sağlık çalışanları ile ekip çalışması deneyimi kazanabilmesi için Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi gibi birinci

basamakta çalışma olanağı hazırlanmalıdır” önerileri yer almaktadır. Benzer şekilde “Öğrencilerin ekip çalışması konusunda deneyim kazanabilecekleri toplum içinde eğitim etkinlikleri, probleme dayalı öğrenim oturumları, özel çalışma modülleri, “task”a dayalı öğrenim uygulamaları, takıma dayalı öğrenim etkinlikleri vb planlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık hizmet sunumunda ekip çalışmasının önemi ve hekimin rolü konusunda kuramsal ve alan çalışmaları, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi etkinlikleri gibi uygulamalı eğitim etkinlikleri yer almalıdır. ” ifadesiyle tıp fakültesi eğitiminde birinci basamağın da mutlaka eğitim programının içinde yer alması gerekliliği vurgulanmıştır (6).

1.2 Amaç

Ülkemizin önemli sağlık sorunları birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun şekilde organizasyonu ve sunumuyla önemli ölçüde çözümlenebilir sorunlardır. Bu nedenle, mezuniyet öncesi tıp eğitimi içerisinde sağlığın korunması, geliştirilmesi ve toplumda sık görülen hastalıkların tanı, tedavi ve takibi konusuna öncelik verilmelidir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin planlanmasında, eğitimi alan kişilerin görüşlerinin alınmasının eğitimde hedefe ulaşmayı olumlu yönden etkileyeceği düşünülmektedir (7). Yapılan birçok çalışmada öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığını öncelikli olarak tercih etmedikleri genel kanıdır.

Bu çalışmada; zorunlu bir aylık Aile Hekimliği stajını almakta olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin uzmanlık tercihlerinde etkili olan nedenleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği uzmanlığı konusunda bilgi, algı, tutum ve davranışlarına ait duygu ve düşüncelerinin odak grup tartışmaları ile ortaya konması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

1.2 Modern Tıp Eğitimi

Tıp eğitiminin niteliğinin geliştirmesine yönelik çalışmalar 1980'lerin başından beri yürütülmektedir. Bu süreçte Edinburgh Bildirgesi (1988) ve Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi Tavsiyeleri (1993) dönüm noktası olarak kabul edilebilir. (Global standarts) (3, 8). Tıp Eğitimi Dünya Federasyonu (World Federation for Medical Education), tıp eğitiminin amacını tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek olarak tanımlar (9).

2.1.1 Tıp Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Tarihsel süreç içerisinde tıp eğitiminin dönüm noktalarını üç bölüme ayırabiliriz (10).

- 1- Flexner öncesi dönem (1910'dan öncesi)
- 2- Flexner dönemi (1910-1970)
- 3- Topluma dayalı tıp eğitimi dönemi

20. yüzyılın son çeyreğinde tıpta yaşanan akıl almaz değişme ve gelişme, sonuçta uzmanlaşmanın alabildiğine artmasıyla, insanı ve toplumu bir bütün olarak kucaklayacak bir hekim insan gücü gereksinimini yeniden gündeme getirmiştir. Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma sağlık hizmeti sağlayacak hekimin tıptaki ilerlemeye koşul olarak yetişmesi ve gelişmesi, bu hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitimi son 20 yılda tüm dünyada özel bir ilgi odağı olmuştur. Böylece Avrupa Topluluğu ülkelerindeki sosyal güvenlik sistemlerinde çalışacak yeni atanacak genel pratisyenlere, 1995'ten başlayarak en az iki yıllık meslek eğitiminden geçmiş olma zorunluluğu getirilmiştir. Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (UEMO) meslek eğitiminin süresine ilişkin önerisi ise, eğitim programının içeriği ve niteliği dikkate alınarak en az üç yıl olarak belirlenmiştir (11).

2.1.2 Tıp Eğitiminin Amacı

Ülkelerin kalkınma ihtiyacı, insan sağlığının geliştirilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ile paralel gitmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesinde, insan sağlığı ile ilgili bilgi ve becerilerin kazandırıldığı tıp eğitiminin önemi yadsınamaz (12).

Tıp Fakültesine giriş ile başlayan ve yaşam boyu süren tıp eğitiminin temeli, mezuniyet öncesi dönemde atılmaktadır. Bu dönemde yapılan eğitimin titizlikle belirlenmesi, ulaşılabilir, ölçülebilir amaç ve hedefleri olması gereklidir (13).

Edinburgh Bildirgesi'nde tıp eğitiminin amacı 'tüm bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek' olarak tanımlanmıştır. 1988 yılında yayınlanan bildirmede başarılı bir tıp eğitimi ile ilgili yapılması önerilenler; Uygun eğitim ortamı, ulusal sağlık gereksinimlerine uygun müfredatın hazırlanması, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirici çalışmaların vurgulanması, yaşam boyu aktif eğitim, yeterliliğe dayalı eğitim, eğiticilerin eğitimi, bilim ve klinik uygulamaların entegrasyonu, multidisipliner eğitim, tıp eğitimi ile sağlık hizmetleri arasında eşgüdümün sağlanması, sürekli tıp eğitimi gibi başlıklar altında toplanmıştır (9).

1993 yılında yine Edinburgh'ta bir araya gelen Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi'nde tıp eğitimi için 22 eylem önerisi içerisinde; "varolan sağlık sistemine uygun olmayan ve ulusal gereksinimleri karşılamayan tıp eğitiminin başarılı sayılamayacağı" belirtilmiştir (14). Hekimlerin dikkatli bir dinleyici, gözlemci ve duyarlı bir iletişimci ve etkin bir klinisyen olarak yetişmeleri beklenmektedir (3).

Dünya Hekimler Birliği de tıp eğitiminin amacını; "hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan hekimleri yetiştirmek" şeklinde belirtmektedir (14).

2.1.3 Tıp Eğitiminin Hedefleri

a) Hekimleri hizmet verecekleri toplumun sağlık ihtiyaçlarına uygun bilgi, tutum ve beceri ile yetiştirmek

b) Uygulamada yüksek kalite standartları olmasını ve bunun devam etmesini sağlamak

c) Öğrencilerin mesleklerinde yeniliklere açık olmalarını özendirme (15).

2.1.4 Optimal Tıbbi Eğitim Sistemi

Güncel tıp eğitiminde Flexner' den sonra Harden' in SPICES kavramı ortaya çıkmıştır. Bu modelin özellikleri, öğrenci merkezli (Student centred) , probleme dayalı (Problem-based learning), entegre (Integrate), topluma dayalı (Community-orientated electives) ve sistematik (Systematic) olmasıdır (16,17). Bu kavrama göre, eğitici ağırlıklı öğrenmeden öğrenci ağırlıklı öğrenmeye, bilgi aktaran öğrenmeden problem çözücü öğrenmeye, geleneksel eğitimden entegre eğitime, hastane ağırlıklı eğitimden topluma dayalı eğitime, standart müfredattan seçmeli müfredata, usta çırak eğitiminden sistematik eğitime doğru bir geçiş dönemi başlamıştır (18).

Günümüzde tıp eğitiminin yetişkin eğitim modeli yaklaşımı ile ele alınması gerektiği kabul edilmektedir. Pratik uygulamalara dayalı, yaparak öğrenmeyi esas alan, ihtiyaçlara göre program geliştirebilen ve aktif katılımı sağlayan bir eğitim şeklinin tıp eğitimini çok daha başarılı kılacağı ve etkin hekimler yetiştirmeyi sağlayacağı üzerinde durulmaktadır (19).

2.1.5 Tıp Eğitimi Modelleri

Tıp eğitimi alanındaki gelişmeler ve tıbbi bilginin çığ gibi büyümesi, öğrencilerin kendi kendine öğrenme yeteneklerini geliştirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla eğitim programı modelleri (Eğitici/Öğrenci merkezli, Disiplin/Sistem/Yaşam Döngüsü Temelli, Topluma Dayalı/Yönelik Eğitim gibi) ve eğitim yöntemleri (Probleme dayalı öğrenim, sunum, laboratuvar çalışması, alan çalışması, mesleki beceriler, grup çalışması, özel çalışma modülü, göreve -taska- dayalı öğrenim, hasta başı eğitim gibi) ile ilgili olarak; öğreten merkezli klasik sistemden öğrenci merkezli probleme dayalı öğrenim uygulamalarına kadar değişen bir spektrum oluşmuş durumdadır (6).

2.1.5.1 Eğitim Yöntemleri

a. Klasik eğitim

Klasik tıp müfredatları temel bilimler ile klinik bilimleri birbirinden ayırmıştır. Klasik programlarda öğretme öğretmen merkezlidir ve büyük gruplar halinde dersler ve konferansları, yapılandırılmış laboratuvar uygulamalarını ve periyodik değerlendirme testlerini kapsar. Öğrenciler aktif bilgi edinmek yerine pasif bilgi ezberler, klasik müfredatta karakteristik olarak 1 ya da 2 yıl süren ve ilgili disiplinlerin yürüttüğü formal temel bilimler kursları yer alır, bunu staj uygulamaları izler. Eğitimsel araştırmalar bu tip eğitimin sıklıkla yapılandırılmamış olduğunu, mesleki becerilerin öğrenilmesinin şansa kaldığını ve kalite kontrole çok az açıldığını, öğrencilerin yetersiz izlendiğini ve geri bildirimlerin çok az alınabildiği ortaya koymaktadır.

b. Topluma yönelik ve topluma dayalı tıp eğitimi

Tıp fakültelerinin eğitim programlarının geliştirilmesi ya da yenilenmesi sürecinde ülkenin ve toplumun özellikleri ve öncelikli sağlık sorunları göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim programında öğrencilerin üniversite hastaneleri yanı sıra birinci ve ikinci basamakta eğitim formasyonu kazanmış hekimlerin yanında staj ya da uygulamalara katılabilmesi (Topluma dayalı eğitim) için çevredeki tüm sağlık kurumları ile işbirliği yapılmalıdır. Topluma dayalı eğitim (TDE) etkinlikleri tıp eğitiminin erken dönemlerinde başlatılmalıdır (6).

TDE’de, toplumun ihtiyaçlarıyla bağlantılı kazanımların elde edilmesi anlamına gelir ve böylece de topluma yönelik bir eğitim programının uygulanmasının bir yolu olarak işlev görür. Ancak, öğrenme etkinlikleri, öğrenme çevresi olarak sadece öğrenciler değil, eğiticiler, toplum bireyleri, sektör temsilcilerinin hepsinin eğitim deneyimlerine aktif olarak katıldığı, “*toplumdan en geniş şekilde yararlanılması*” yaklaşımını içerir (20).

Topluma yönelik tıp eğitimi ise, içinde yaşanılan toplumun öncelikli sağlık sorunlarının neler olduğunu saptanıp, eğitim programının buna göre düzenlenmesidir. Bu özelliği ile öğrencinin ileride hizmet vereceği toplumun yapısını, toplumun sağlık sorunlarının neler olduğunu öğrenmesi hedeflenir. Bu şekilde topluma yönelik tıp eğitimi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi, önlenmesi

ve esenlendirilmesine, toplumun sağlık gereksinimlerine cevap verebilen, hizmet sunacağı toplumuma yabancı olmayan hekimlerin yetiştirilmesine olanak sağlar (10).

Hekim adaylarının artık sadece tıp fakóltesi eğitimi ile eğitilemeyeceği, ÷lkedeki sağlık hizmet modeli ve uygulamaları ile ihtiyaca yönelik yapılandırma ile olabileceği bilinmektedir. Toplumda dayalı eğitimde saha eğitimi arttırılmalıdır (12).

c. Probleme dayalı öğrenim

Probleme Dayalı Öğrenim (PDÖ) ilk kez 1967 yılında Kanada'da Mc Master Üniversitesinde uygulanmaya başlanmış ve giderek tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır. Avrupa'da ise ilk olarak Maastricht Üniversitesi'nde uygulanmıştır.

Bu eğitim yöntemi, senaryo temelinde saptanan bir sağlık sorunun çözölmesine yönelik çalışma sürecinde, önceki bilgilerin kullanılması ve öğrencilerin gereksinim duydukları öğrenme konularının belirlenmesi, öğrenilmesi ve tartışılması temeline dayanan bir aktif eğitim yöntemidir. PDÖ 6-8 kişiden oluşan öğrenci grubu ve bir eğitim yönlendiricisi tarafından küçük bir grupta uygulanır. PDÖ öğrenci merkezlidir, eğitici kolaylaştırıcı rol oynar.

Bu eğitim modeli öğrenciye, meslek yaşamında karşılaşılabileceği sorunları çözerken, alışkanlığı kazanılmış bir mantık yürütme, analiz etme, sentezleme, bilgiye ulaşma ve yorum becerisini verir. Böylece öğrencinin bilgi ve beceriyi aynı anda geliştirmesi, bilgiyi sentez ve analiz etmesini, kendi kendine sürekli öğrenme yetisi kazanmasını sağlar. Ayrıca öğrendiği bilgiyi nerede ve nasıl kullanacağını öğretir. Küçük bir grup ile birlikte tartışarak sorarak, etkili bir biçimde öğrenmeyi ve ekip çalışmasının önemini öğrenciye öğretir.

Öğrenilen bilginin uzun erimli bellekte kalmasını, unutulmamasını sağlar. Öğrencinin pasif alıcı konumundan, aktif, sorarak, araştırarak ve merak ederek öğrenmesini sağlar. Öğrencinin problem çözme becerisini, problemler karşısında alternatif hipotezler üretebilmesini, bu hipotezleri açıklamak için yeni bilgiler öğrenmesini, yeni bilgilere ulaşabilmek için kaynakları taramasını, kullanmasını ve değerlendirmesini, ekip çalışması ve iletişim becerisi kazanmasını sağlar (10, 21).

Bu şekilde, klasik tıp eğitiminde görülen öğrencinin ders esnasındaki pasif rolü, müfredat programında gerçek yaşamla bağdaşmayan konulara yer verilmesi, disiplinler arası entegrasyon eksikliği, mezuniyet sonrasında öğrencinin kendi eğitimini sürdürmedeki yetersizliği, gerçek pratikle öğrenilen arasındaki farklılıklar gibi sorunların aşılması amaçlanmıştır (22).

2.1.5.2 Dünyada Tıp Eğitimi

20. yüzyılın son çeyreğinde tıpta yaşanan akıl almaz değişme ve gelişme, sonuçta uzmanlaşmanın alabildiğine artmasıyla, insanı ve toplumu bir bütün olarak kucaklayacak bir hekim insan gücü gereksinimini yeniden gündeme getirmiştir. Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma sağlık hizmeti sağlayacak hekimin tıptaki ilerlemeye koşut olarak yetişmesi ve gelişmesi, bu hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitimi son 20 yılda tüm dünyada özel bir ilgi odağı olmuştur. Böylece Avrupa Topluluğu ülkelerindeki sosyal güvenlik sistemlerinde çalışacak yeni atanacak genel pratisyenlere, 1995'ten başlayarak en az iki yıllık meslek eğitiminden geçmiş olma zorunluluğu getirilmiştir. Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (UEMO) meslek eğitiminin süresine ilişkin önerisi ise, eğitim programının içeriği ve niteliği dikkate alınarak en az üç yıl olarak belirlenmiştir (11).

2.1.5.3 Türkiye'de Tıp Eğitimi

Türkiye'de tıp eğitiminin sorunları 1970'lerden beri tartışılmaktaydı. Günümüze dek yapılan pek çok araştırmada tıp eğitiminin amacı ile ülkenin sağlık sorunlarının uyuşmadığı görülmüştür. Sağlık hizmetini sunacak insan gücü yetiştirilirken, eğitimin ülkenin gerçeklerinden soyutlandığı ortaya konmuştur.

1970 yılında Bursa'da yapılan tıp eğitimi seminerinde, ülkenin hastane hekiminden çok toplum içinde tedavi ve koruyucu hizmet verebilecek hekime ihtiyacı olduğu, tıp eğitiminin toplum hizmetine yönelebilmesi için geleneksel eğitim programlarında değişiklik yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Tıp fakültelerinin ülkenin gereksinimlerine uygun, saptanan sağlık sorunlarını çözebilecek bilgi ve

beceriye sahip hekimler yetiştirmesi gerektiği o dönemlerde yine sıklıkla vurgulanmıştır.

1990'lı yıllarda ise Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) ve Türk Tabipler Birliğinin (TTB) yaptığı araştırmalar ile ilgili sorunlar ortaya konmuştur. TBMM'nin 1991 yılında yaptığı araştırma sonucu yayınladığı raporda ülke gereksinimlere göre yetiştirilmiş nitelikli hekim sayısındaki yetersizlik vurgulanmıştır. TBMM'nin yaptığı bu araştırmaya katılan pek çok dekan eğitim programları hazırlanırken ülkenin sağlık sorunlarının dikkate alınması ve üniversite hastaneleri dışında da eğitime ağırlık verilmesi gerektiğini belirtmiştir. TTB mezuniyet öncesi raporunda Türkiye'deki tıp fakültelerinde ulusal sağlık sorunlarından çok, ender görülen hastalıkların ayrıntılarını bilen ileri derecede uzmanlık düzeyi gerektiren bilgilerle donanmış hekimlerin yetiştirilmekte olduğunu, tıp eğitimi ile ülkenin sağlık gereksinimleri arasındaki ilişkinin yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Çözüm olarak: Türkiye'nin gereksinimlerine uygun, birinci basamakta çalışabilecek genel pratisyen hekim yetiştirilmesi, tıp eğitiminin topluma dayalı ve problem çözmeye yönelik aktif eğitim yöntemi ile verilmesi, kısaca toplumun sağlık düzeyini yükseltecek hekimler yetiştirilmesi önerilmiştir.

Dünyada ve Türkiye'deki bu yoğun tartışmalar, ülkemizde de etkisini göstermiş ve ilk kez Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde (DEÜTF) o dönemde dekan olan Prof. Dr. Emin Alıcı'nın öncülüğünde 1997-1998 akademik yılında aktif eğitim sistemine geçilmiştir. Aktif eğitimde PDÖ programı benimsenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bazı tıp fakülteleri önümüzdeki yıllarda PDÖ programına geçmeyi planlarken, bazı tıp fakültelerinde eğitim programının içine PDÖ oturumlarının kullanıldığı modüller eklenmiştir.

Son dönemlerde mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki sorunlar sıklıkla ele alınmaktadır. Ülkemizdeki tıp eğitimi sorunları ile birlikte çağdaş tıp eğitimi sistem ve yöntemleri üzerinde de durulmaktadır. Tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitimindeki amaç ve hedeflerinin saptanması, ulusal gereksinimle uyumlu Çekirdek Eğitim Programının (ÇEP) geliştirilmesi ve tüm tıp fakültelerindeki müfredat programının ÇEP ile uyumlu hale getirilmesi için çalışılmaktadır (19).

2.1.5.4 Araştırmamızda Yer Alan Tıp Fakültesinin Özellikleri

Tıp Fakültemiz 1973 yılında Hacettepe Üniversitesine bağlı olarak kurulmuştur. 1975 yılında ise Ondokuz Mayıs Üniversitesine bağlanmıştır. 1975–1982 yılları arasında Temel Tıp Bilimleri Eğitim ve Öğretimi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde sürdürülmüştür (23).

Bugüne kadar tıp dünyasına 4700 dolayında hekim armağan etmiş olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi misyonunu “eğitim”, “araştırma” ve “hizmet” üçlemesi ile tanımlamaktadır.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi amacını “toplumun gereksinimine yanıt verebilen hekimler yetiştirmek, ileri akademik eğitim yapmak isteyen bireylere de yeterli altyapıyı kazandırmak” olarak belirlemiştir.

Dünyada ve Türkiye’de tıp eğitimindeki gelişmelere paralel olarak eğitim programını geliştiren Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2003-2004 döneminden beri yeni kayıt olan öğrencilere öğrenci merkezli, probleme dayalı öğrenimin ana unsur olduğu yeni eğitim programı uygulanmaktadır. Bir yıl tercihli İngilizce hazırlık sınıfından sonra 6 yıl olan yeni programın ilk üç yılı PDÖ oturumları, sunumlar, mesleksi beceri eğitimi, klinik beceri eğitimi, uygulamalar ve diğer destekleyici eğitim programlarından oluşmaktadır.

Öğrenciler gerçek hastayla karşılaşmadan önce ilk üç yıllık dönemde iki adet mesleksi beceri laboratuvarında 65 çeşit maket üzerinde mesleksi becerilerini geliştirirken, 4 adet klinik beceri laboratuvarında da simule hastalarla klinik beceri eğitimi almaktadırlar. Eğitim programının 4 ve 5. yıllarında ise klinikte uygulanan “task” larda gerçek hastayla karşılaşmakta, 6. yıllarını ise 12 ay süren “intörn”lük dönemiyle tamamlamaktadırlar. Yeni sistemde öğrencilerin olumlu ve keyifli bir ortamda eğitimlerini sürdürürken; sorgulayan, sorun çözen, hasta ve hasta yakını ile iletişimi iyi olan hekimler olarak yetişmeleri amaçlanmaktadır (24). Mezuniyet öncesi eğitim kapsamında Aile Hekimliği Anabilim Dalı, bünyesinde aktif olarak yer almış, 2003’ten bu yana tıp fakültesi dönem I, II, ve III. Sınıf öğrencilerinin mesleki ve klinik beceri derslerini tek başına 2009–2010 öğretim yılına kadar sürdürmüştür. Bu tarihten

itibaren söz konusu beceri derslerini diğer klinik dallarla beraber yürüterek koordine eden Aile Hekimliği ABD, 2009 Temmuz ayından itibaren tıp fakültesi dönem VI öğrencilerinin zorunlu bir aylık Aile Hekimliği stajını uygulamaya başlamıştır. Söz konusu staj kapsamında intörn doktorlara, birinci basamak kuruluşları olan Aile Sağlığı Merkezlerindeki eğitici eğitimi almış hekimlerin yanında birinci basamak yaklaşımı, klinik yöntem ve karar verme süreçleri hakkında bilgi, deneyim kazandırılmaya çalışılmaktadır (25).

2.2 Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği

Gelişen teknoloji ve bilimin tıba uyarlanmasının getirdiği parçalanmanın sonucunda hasta ile hekim arasındaki ilişki, hastalık ile hekim arasındaki bir ilişkiye dönüşmüş, hastanın bir bütün olarak sorumluluğunu hiçbir hekim almamaya başlamıştır. Hastalarla sağlıkçılar arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olan bu durum ilk kez 1923 yılında Amerikalı bir hekim olan Francis Peabody tarafından ortaya konmuştur. Peabody “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” ni savunmuştur. 1966 yılında yayınlanan Millis Raporu’nda birinci basamak sağlık bakımı için mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliği ve Willard Raporu’nda halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için “Family Practice” olarak isimlendirilecek yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından bahsedilmiştir. Bu raporlar üzerine 1947’den bu yana adı “American Board of General Practice” olan kuruluş adını “American Board of Family Practice” olarak değiştirdi (26,27).

Aynı yıllarda İngiltere’de genel pratisyenliği geliştirmek, standartlarını yükseltmek ve genel pratisyenlerin sesi olmak amacıyla 1952 yılında Collage of General Practitioners kuruldu ve 1972 yılında Kraliyet ünvanını alıp “The Royal Collage of General Practitioners” olarak adı değişti. Avrupa’da Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik kavramları, 1967’de UEMO’nun (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği) kurulmasıyla birlikte ivme kazandı. 1986’da Avrupa’da aile hekimi/genel pratisyenlerin eğitimleri için asgari bir standart oluşturulmasını garanti altına alan, mezuniyet sonrası birinci basamağa yönelik uzmanlık eğitiminin en az 2 yıl olmasını öngören yönetmelik kabul edildi (26).

Bu gelişmelerle idari kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır.

“Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder” (Leeuwenhorst tanımı 1974) (28).

“Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) tanımı 1991) (28).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansı’nda ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir (29). Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır:

“İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda WHO ve WONCA tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir.

Geçen zaman içinde farklı kişi ve kurumların yaptığı tanımlamalar yapılmaya devam edilmiştir (30).

Bunlardan Olesen Tanımı, 2000 şu şekildedir: “Genel pratisyen, sağlık sisteminin n safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın varolan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakılmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin varolan kaynaklarını hastaların yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir”(31).

American Board of Family Practice (ABFP) ise aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri başlığı altında toplamıştır.

2.2.1 Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri

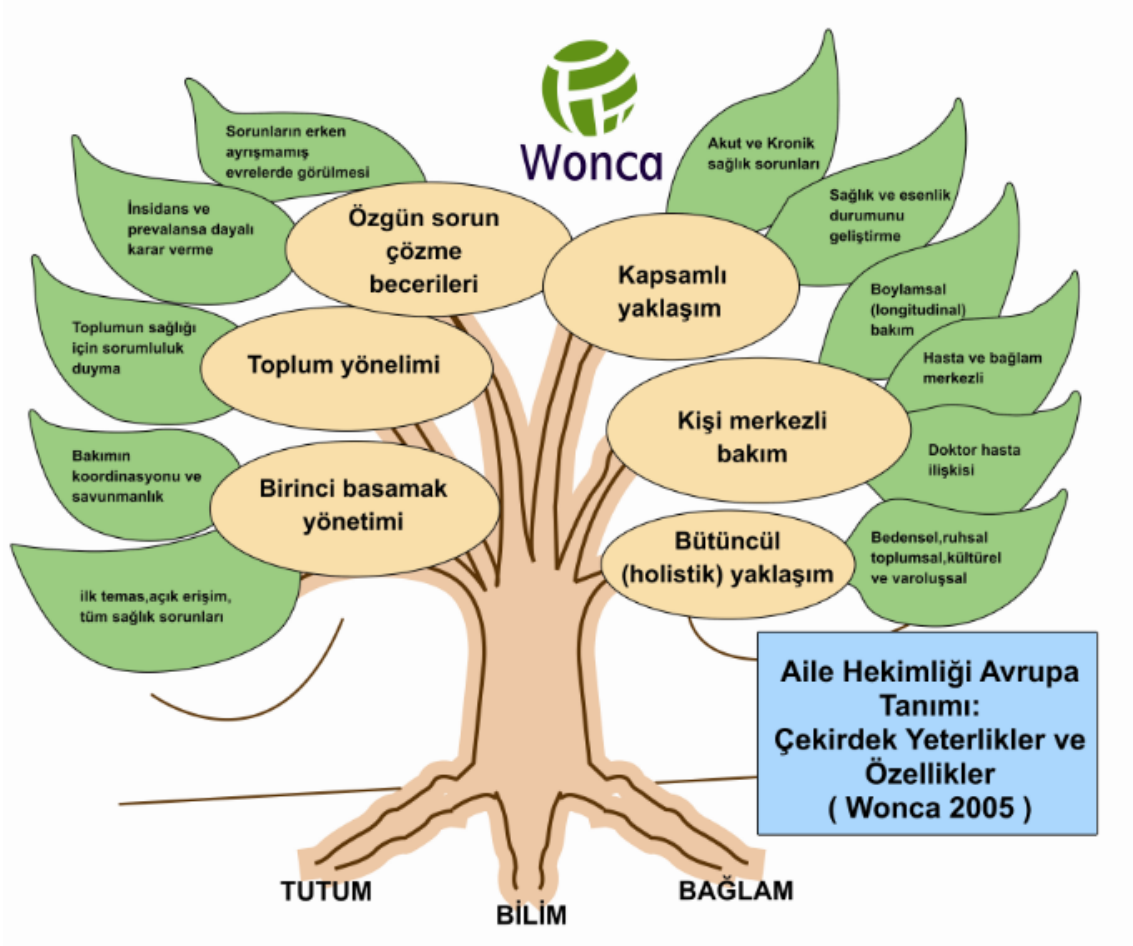
Aile Hekimliği disiplininin ilkeleri yedi başlık altında toplanmıştır. DSÖ Bildirgesi, bu yedi özelliğin ne anlama geldiğini de açıklamaktadır: (15)

a. Genel:

- Tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme
- Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- Coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay erişim

- b. Sürekli:
- Kişi merkezli
 - Tek bir rahatsızlık epizoduyla sınırlanmamış, uzunca bir yaşam dönemi boyunca, boylamsal sağlık hizmeti sunma
- c. Kapsamlı:
- Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı
 - Bedensel, ruhsal ve sosyal bakış açılarını
 - Hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan entegre sağlık hizmeti sunma
- d. Koordine:
- İlk temas noktasındaki bakımı yönetme
 - Uzman hizmetlerine sevk
 - Hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi verme
 - Sağlık bakımını koordine etme ve yönetme
- e. İşbirliğine dayalı:
- Multidisipliner ekiplerde çalışma
 - Uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşırma
 - Liderlik yapma
- f. Aile yönelimli bakım: Her bir sorunu,
- Aile çevresi
 - Sosyal ve kültürel ilişkiler ağı
 - İş ve ev koşulları bağlamında ifade etme
- g. Toplum yönelimli: Aile hekimlerinin her bir sorunu,
- Toplumun sağlık gereksinimleri ve
 - Diğer çalışanlar ve kuruluşlar bağlamında ele alması gerektiğini belirtir.

Aile Hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir. Bu temel özellikler ve çekirdek yeterlikler Şekil 1’de özetlenmiştir:



Şekil 1: Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve Çekirdek Yeterlikler

2.2.1 Aile Hekimliği'nin Temel Uygulama Özellikleri (15)

Yeterliklerin aile hekimliği uygulamasına, öğretilmesine ve öğrenilmesine uygulanmasında üç temel ek özelliğin dikkate alınması gerekir; bağlamsal, tutumsal ve bilimsel. Bunlar hekimlerin özellikleri ile ilgilidir ve onların gerçek hayatta çalışma ortamında çekirdek yeterlikleri uygulayabilme yeteneklerini belirler. Aile hekimi ile birlikte çalıştığı insanlar arasındaki yakın ilişki nedeniyle, aile hekimliğinde bu yeterliklerin etkileri daha büyük olabilir. Ancak bu yeterlikler tüm hekimleri ilgilendirir ve aile hekimliğine özgü değildir.

1. Bağlamsal Boyut

Çalışma koşulları, toplum, kültür, parasal ve düzenleyici çerçeveler dahil hekimlerin bizzat kendi bağlamlarını ve çalıştıkları çevreyi anlamaları bu kapsamda yer alır.

- Sosyoekonomik etkenler, coğrafya ve kültür dahil yerel toplumun çalışma yeri ve hasta bakımına etkisinin anlaşılması
- Toplam iş yükünün her bir hastaya verilen bakım üzerindeki etkisinin ve bu bakımın sunulması için var olan olanakların (personel ve donanım gibi) farkında olunması
- Uygulama düzeyinde sağlık hizmetinin sunulduğu mali ve yasal çerçevelerin anlaşılması
- Hekimin kişisel ev ve iş ortamının, sunduğu hizmet üzerindeki etkisinin anlaşılması

2. Tutumsal Boyut

Hekimin mesleksel yeteneklerine, değerlerine, duygularına ve ahlakına dayanır.

- Kişinin kendi yeteneklerinin ve değerlerinin farkına varması - klinik uygulamanın etik boyutunu tanımlar (koruma/tanısal girişimler/tedavi/yaşam biçimini etkileyen etkenler)
- Kendinin farkına varma: Kişinin kendi tutum ve duygularının uygulama yapma biçiminin önemli belirleyicileri olduğu anlayışı
- Kişisel etik değerleri yaşama geçirme ve ifade etme
- İş ve özel yaşamın karşılıklı etkileşiminin farkında olma ve bunlar arasında iyi bir denge sağlamak için mücadele etmesi

3. Bilimsel Boyut

Uygulamada eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşımın benimsenmesi ve bunun sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yolu ile sürdürülmesini amaçlar.

- Bilimsel araştırmanın genel ilkelerine, yöntemlerine ve kavramlarına ve istatistiğin temellerine (insidans, prevalans, kestirim değeri vb) aşina olma
- Patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar kuramı, hipotez kurma ve problem çözme kuramları, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilimsel arka planına ilişkin kapsamlı bilgi sahibi olma

- Tıbbi literatüre erişebilme, okuyabilme ve eleştirel olarak değerlendirebilme
- Sürekli öğrenme ve kalite geliştirme konularını geliştirme ve sürdürme

Çekirdek yeterlikler ve temel uygulama özellikleri arasındaki karşılıklı ilişki, disiplini nitелеmekte ve uzmanlığın karmaşıklığını vurgulamaktadır.

2.2.3 Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliğinin Gelişimi

20.yüzyılda tıp eğitiminde yaşanan büyük değişimle Flexner' in reform önerileri yaygın kabul görmüş, Flexner'in modeli kısa zamanda alınarak ABD'ye ve tüm dünyaya uyarlanmıştır. Tıp eğitimindeki bu reformlar hekimlere klinik karar vermede bilimsel temelin önemini, uzmanlaşmayı ve araştırmada dikkat çeken gelişmeleri başlatmayı telkin etmiştir. Ayrıca temel tıp disiplinleri ile klinik disiplinler arasında da yapay bir ayırımı da yol açmıştır. Bunu takiben tıp alanındaki bilgi patlaması, tıp müfredatının genişlemesine ve yeni alt bölümlerin gelişmesine yol açmıştır. Bu yolda derin araştırmalar finans ve akademik çevreler tarafından teşvik edilmiş, bu ise tıp okullarında ve profesyonellerinde yeni üst ihtisasların artmasına yol açmıştır. Genel klinisyenler hoca veya rol model olarak gittikçe değer kaybederken, öğrenciler doğal olarak tıp okullarındaki hocalarına özenmeye başlamışlardır. Dikkat çekici teknik gelişmeler ve etkileyici bilimsel gelişmeler, hasta bakımının parçalandığı, kişiye özel olmaktan uzaklaştığı ve pahalı olmaya başladığı gerçeğini gölgede bırakmıştır (15).

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Weld Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’in kurulması olmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’in 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. Bu gelişmelerle idari kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci

basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır (30).

2.2.4 Aile hekimliğinin ortaya çıkışı

Birinci basamak ve aile hekimliği programları, toplumun akademik merkezlere olan ihtiyacının sonucu ortaya çıkmışlardır. Tüm tıp fakülteleri öğrencilere aile hekimliği merkezlerinde eğitim imkânı sağlamalı ve aile hekimliğinin standartlarını yükseltebilmek için, (özellikle tıbbın bu alanındaki ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik planlanmış bir eğitim) aile hekimliğini seçen tüm mezunlara belli bir dönem mezuniyet sonrası eğitim şeklinde vermelidir (WHO 1963). Tam bu dekada Kanada, ABD ve bazı ülkelerde aile hekimleri yetiştirmeye yönelik hazırlanmış programlar uygulamaya geçmiş, 1995'te en az 56 ülkede uzmanlık eğitim programları başlatılmıştır. Birçok aile hekimliği eğitim programları tıp fakülteleri, devlet hastaneleri ve serbest çalışan hekimlerin ortak çalışmaları ile yapılandırılmıştır (15).

2.2.5 Aile Hekimliği ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

A. Aile hekimliğinin temel müfredata entegre edilmesi

Müfredat oluşturulurken tıptaki yeni gelişmelerin yanı sıra, ülkenin ihtiyaçları da gözetilmelidir. Eğitiminin ağırlıklı olarak birinci basamağa yönelik (birinci basamakta sık görülen hastalıklar, koruyucu hekimlik uygulamaları ve periyodik muayene gibi) konulara uygun olarak yapılandırılması özellikle istenmelidir. Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), branşlarla ilgili detayların sorulması nedeniyle engel teşkil edebilir. Temel konulara hakimiyeti artırmak, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek için, söz konusu sıralama sınavında aile hekimliğini ilgilendiren konulardan da soru sorulmasına özen gösterilmesi gerekmektedir. Hekim adayının ilgi duyduğu alanlarda çalışmasına imkan sağlayacak düzenlemeler de (seçmeli dersler/uygulamalar) müfredata eklenmeli, ancak TUS'da bu konular ile ilgili soru yöneltmemelidir. Bunu sağlamak için, aile hekimliği, genel pediatri, genel dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum gibi kişiye bütüncül ve kapsamlı yaklaşım yapabilecek branşlardan komisyonlar oluşturulması zorunludur (12).

Aile hekimliği, iki önemli yönü olan hasta merkezli ve toplum kaynaklı sağlık hizmeti özelliği ile tüm öğrencilere genel tıp uygulama becerilerini kazandırarak, tıp fakültelerinin eğitim programlarına çok önemli katkıda bulunabilirler.

Aile hekimliğinin tıp eğitimi müfredatının içine girmesi, kurumun kabul etmesi ve aile hekimliği bölümünün uygun olup olmamasına bağlıdır. Birinci basamağa önem veren okullar, müfredatta aile hekimleri ve diğer sağlık alanlarının profesyonellerinin tecrübelerinden yararlanmaktadırlar (15).

a. Kapsamlı hasta bakımı eğitiminin verilmesi

Aile hekimleri sınıf derslerinde temel hasta bakımı becerilerini, örneğin anamnez alma, odaklı veya kapsamlı fizik muayene, klinik problem çözme, tanı ve yaklaşım ve tıp etiği gibi giriş derslerini organize edebilir ve verebilir. Aile hekimleri kapsamlı bakıma, iletişim becerilerine ve hasta-doktor ilişkilerine önem verdiklerinden, öğrencilere hastalarının problemleri ile yeni doğan döneminden başlayan ve yaşlılığa kadar devam eden bir süreçte uğraşmayı ve değişik etnik gruptan gelen hastalara yaklaşımı öğretirler.

Temel tıbbi uygulama becerileri sıklıkla sınıf oturumlarında öğretilmeye başlansa da etkin olarak kazanılması küçük grup uygulamaları ile olmaktadır. Uygulamalı öğrenme desteklenmeye başladığından beri çoğu okulda tıp fakültelerinin ilk haftalarından itibaren öğrencilerin aile hekimleri ile birlikte çalışmaları sağlanmaktadır. Erken klinik deneyimler öğrencilerin toplumla veya akademik aile hekimleri ile birlikte çalıştıkları haftalık veya aylık oturumlar ile organize edilebilir. Bu oturumlar öğrencilere doktoru iş başında gözleme ve kendi hekimlik uygulamalarına yansıtma şansı verir. Tıp fakültesinin ilerleyen yıllarında aile hekimliğinde yapılan tam günlük rotasyonlar ile öğrenciler deneyim ve becerilerini geliştirerek hasta ve topluma yönelik kapsamlı bakım için kullanmaya başlar.

Aile hekimleri hastalarına evlerinde, eğitim polikliniklerinde, acil servis veya hastanelerde bakım verirler ve kendi becerilerini kapsamlı hasta bakımı veya daha sıklıkla probleme dayalı bakımda kullanırlar. Aile hekimliği disiplininin temel becerileri iletişim, muayene ve tanı koyma becerileridir. Bu beceriler hastanın probleminin

niteliğine veya kaynaklandığı bölgeye bağımlı olmaksızın kullanılır. Öğrenciler hastanın bakımında devamlılık sağladıklarında bir hastalığın seyri esnasında hasta-doktor ilişkisinin gelişimini ve hastanın semptomlarını tecrübe ederler. Öğrenciler kapsamlı hasta bakımında hastanın ihtiyaçlarının tek bir görüşmeyle karşılanamayacağını görürler. Öğrenciler deneyimli aile hekimleri ile çalışırken yeni hastaları gördükçe, ayırımı yapılmamış problemlerle karşılaştıkça veya kronik hastalık, terminal hastalık gibi problemlerle, genel yaklaşım becerilerini kullanma ve geliştirme şansı kazanırlar (15).

b. İletişim becerilerinin öğretilmesi

Hastalarla terapötik ilişki geliştirmeye yönelik hasta-hekim iletişiminin eğitimi ilk yıllardan başlanarak, ileri klinik dönemlerde olgunlaştırılmalıdır. İletişim becerilerinin öğretilmesi için birçok yol vardır. Aile hekimlerinin çoğu hasta merkezli klinik metot ile iletişim becerilerini öğretmeyi tercih ederler. Bu metot iletişim esasları ile aile hekimliğinin esaslarını birleştirerek, iletişimde hastanın hastalıkla ilgili deneyimi ve tanı ve tedavinin biyomedikal yönlerini entegre eder.

Hasta merkezli klinik yaklaşım; hasta bakımında hasta ve hastalığın özelliklerinin belirlenmesi, kişiyi bütün olarak anlamaya çalışmak, sağlığın devamı ile hastalıktan korunmanın birleştirilmesi, doktor hasta ilişkisinin artırılması ve gerçekçi olunması gibi birbiriyle ilişkili önemli özellikler içerir.

İyi bir iletişim becerisi tıbbın her alanında önemlidir, ama aile hekimleri kapsamlı iletişim becerilerinin öğretilmesinde hasta yaklaşımlarındaki insancıl yaklaşımları ile iyi bir model olurlar. Aile hekimleri bu ve diğer iletişim becerilerini bir modele uyarlayarak öğrencilere eğitimleri boyunca bu becerileri öğretirler (15).

c. Aileler ile çalışmanın öğretilmesi

Aile hekimleri rutinde hastalarını, ailelerini göz önünde bulundurarak değerlendirdiklerinden ve ailenin birçok üyesini birden takip ettiklerinden hastaya yaklaşımda aile yaklaşımının öğretilmesinde oldukça uygundur. Bunun için öncelikle ailenin sağlık ve hastalık davranışlarının, aile sistemlerinin dinamikleri ve aile yaşam döngüsünün durumunun anlaşılması gerekir. Öğrenciler birden fazla aile bireyi ile

görüşmeyi, bir aile toplantısı veya konferansının nasıl idare edileceğini ve hastanın ailesi ile terapötik ilişkinin nasıl kurulacağını öğrenmelidirler. Bir bebeğin doğumunda veya yaşamın son aşamasında ailenin yanında olmak verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırırken aile bireylerinin değişik şartlara uyumunu da arttırmaya yarar. Öğrenciliklerinde hasta merkezli yaklaşım deneyim şansı olanların ileriki mesleki uygulamalarında aileler ile daha etkili çalıştıkları gösterilmiştir (15).

d. Medikal etik eğitiminin verilmesi

Tedavi edici bir hasta-doktor ilişkisi, hastaya kayıtsız şartsız saygı göstermek, hastanın en çok ilgilendiği konu üzerinde çalışmak, hastaya zarar vermemek, güvenilirliği sağlamak, hastanın ve ailesinin isteklerine saygı göstermek gibi kuvvetli etik değerler üzerine kurulmalıdır.

Aile hekimleri çoğu zaman birinci basamakta sağlık hizmeti alamayan ya da yetersiz alan kişilerin ilk başvurdukları noktadadırlar. Bu durumda, öğrenciler toplumda ve sağlık sisteminde sıkça görülen eşitsizliklere şahit olmaktadır. Eğer aile hekimleri şartlara bağlı olmaksızın hastalarına karşı daima etik davranmayı benimsemişler ise öğrenciler benzer değer ve davranışları kendilerine adapte ederler. Bazı klinik durumlar öğrenciler ve öğretmenlerle, sağlık sisteminin zayıf veya iyi ve etik özelliklerini görme ve tartışma şansı verir. Bu sayede öğrencilerin birçoğu ileride sağlık sistemi ve toplumda değişim ile ilgili çalışmalarını planlama çalışmalarında yer almaya motive olurlar (15).

e. Koruyucu tıbbın öğretilmesi

Aile hekimlerinin birey ve toplumlara sundukları sağlık bakımının önemli bir yanı koruyuculuktur. Öğrenciler okullarının ilk yıllarında koruyuculuğun temellerini öğrenebilirler ve ileri klinik rotasyonları döneminde bunun uygulamasını yapabilirler.

Temel koruyuculuk şu konuları içermektedir:

- 1.Hastalık modellerinin anlaşılması
- 2.Risk faktörlerinin değerlendirilmesi

3.Tarama testlerinin uygun seçilmesi ve kullanılması

4.Cinsiyete ve yaşa özel korunma önerilerinin bilinmesi ve uygulanabilmesi

5.Hastaların sağlık davranışlarının değiştirme yönünde motive edilebilmesi

Çoğu sağlık problemi cinsel yaşam, sigara, alkol ve diğer ilaçların kullanımı gibi yaşam tarzı ile ilişkilidir. Öğrenciler hastaların bu yüksek riskli davranışlardan uzak kalmasını ve sağlıklı yaşam tarzını benimsemesini motive etmeyi öğrenebilirler.

Tıp öğrencileri, deneyimli sağlık ekipleri tarafından desteklendiklerinde ve yönlendirildiklerinde toplum için etkin birer sağlık eğitimcisi ve gençlik için iyi bir sağlık modeli oluşturabilirler. Bazı fakültelerde aile hekimleri tıp öğrencilerini, toplum ve okul sağlığı eğitim programlarına dahil ederek, eğitimlerinin erken dönemlerinde toplum sağlığına katılmalarını sağlamaktadır (15).

f. Sık görülen durumların idaresinin öğretilmesi

Öğrenciler, aile hekimliği tam-gün rotasyonlarında sık karşılaşılan durumlara klinik yaklaşımı da öğrenirler. Rotasyonları sırasında öğrenciler deneyimli aile hekimlerinin gözetiminde hasta görmeye başlarlar ve kademeli olarak hastanın daha çok sorumluluğunu alırlar. Haftalık küçük grup tartışmalarında ise deneyimli klinik hocaları öğrencilere kendi klinik deneyimlerini tartışma imkânı sunarlar. Materyallerin okunması ve interaktif web tabanlı alıştırmalar klinik aktiviteleri destekler ve öğrencilerin hepsinin benzer temel problemler ile karşılaştıklarını görmelerini sağlar.

Aile hekimliği klinik uygulamalarının büyük bir kısmını sık karşılaşılan problemler oluşturur. Bu akut ve kronik problemlere en iyi yaklaşım mevcut bulgulara dayanır ki, bunlar aile hekimliğinin klinik yıllarındaki çekirdek müfredatı oluşturmaktadır. Müfredat, hizmet edilen toplumun morbidite ve mortaliteye neden olan en önemli durumların üzerine organize edilmelidir. Bu hastalara yaklaşımda öğrenciler, iletişim, koruma ve oryantasyon becerilerini uygulayabilirler. Direk gözlem veya video ya da ses bandı kayıtlarının yeniden incelenmesi ile deneyimli klinisyenler öğrencilere özgün geri bildirim verebilirler ve böylece performanslarını arttırabilirler.

Aile hekimliği uygulamalarında akut problemleri olan hastaların idaresinde; yaralanmaların değerlendirilmesi ve tedavisi, enfeksiyon hastalıkları ve kronik hastalıkların başlangıç bulguları vardır. Öğrenciler diyabet, hipertansiyon, kardiovasküler ve akciğer hastalıkları gibi kronik durumların uygun idaresi ile birlikte etkin bir triaj, hastaneye yatması gereken hastaların tanınarak uygun şekilde sevk edilmeleri veya farklı dal uzmanlık yaklaşımını gerektiren durumları öğrenirler. Koruyuculuğun ve hastanın problemlerinin toplumun etkileri ile entegre edilmesi aile hekimliğinin özel alanlarıdır (15).

g. Toplum sağlığının öğretilmesi

Çoğu aile hekimleri hastalarını gördükleri toplumlarda yaşarlar ve sıklıkla önemli bir toplum sağlığı hizmetlerini yürütürler. Bu tecrübeyle öğrencilere sınıfta epidemiyolojinin prensipleri, toplum sağlığı ve toplum merkezli birincil hasta bakımı eğitimleri verilebilir. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık kaynaklarının tanımlanması, önceliklerinin belirlenmesini, toplum içinde aile hekimleri ile birlikte çalışırken geliştirirler. Toplumun sağlık aktiviteleri çok çeşitli eğitsel, koruyucu veya okul sağlığı programları, aşılama klinikleri veya yaşlılar için bakım evleri gibi diğer girişimleri içerir. Birey sağlığı ile toplumun sağlığını başarılı bir şekilde entegre edebilen aile doktorları ile çalışmak, öğrencilere, birbiri ile ilişkisiz öğeler dizisinden ziyade, bu hizmetleri süregelen ve kapsamlı sağlık bakımının birer parçası olarak görmeyi öğretir (15).

h. Liderlik ve idarecilik becerilerinin öğretilmesi

Aile hekimliği birimlerinde çalışan öğrenciler sağlık sistemi hakkında düşünmeyi, yorum yapmayı ve sağlık sistemi reformlarında kendi rollerini düşünmeyi öğrenirler. Liderlik ve idare müfredatları tıp fakültesi öğrencilerine geleceğin sağlık sistemi liderleri olarak rollerini planlamaya başlamayı öğretir.

Öğrenciler aile hekimleri ile birlikte uygulama yaparken gördükleri vaka örneklerini tartışabildiklerinde ve ya sağlık sistemi reformunda aktif olarak rol aldıklarında kazanmış oldukları beceriler yaşama geçer ve anlamlılığı artar.

ABD'de değişen sağlık hizmeti şartlarına uyum sağlanabilmesi için 1997 ile 2002 yılları arasında ulusal bir müfredat geliştirme uygulaması ile tıp fakültesi öğrencilerinin liderlik ve idarecilik becerilerini geliştirmek amacı ile 21.yy. için mezuniyet öncesi eğitim (UME-21) projesi oluşturulmuştur. Projenin parçası olarak 18 tıp fakültesi, mezunlarının yüksek kalitede toplum merkezli, maliyet etkin ve sunulan hizmetin kabul edilebilir nitelikte olabilmesi için eğitim stratejilerini geliştirdiler. 18 okul ve 50 den fazla toplumda işbirliği yapılan kurum (örn; bakım organizasyonları, sağlık sistemi entegrasyonu ve toplum sağlığı departmanları) duyarlı ve az gelişmiş toplumlara daha fazla hizmet götürmeye önem vererek toplum merkezli birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasını sağladılar.

Çekirdek müfredata ilave olarak aile hekimliği birçok seçmeli deneyim sunabilir. Seçmeliler öğrencilere kendi özel ilgi alanlarında çalışma şansı verir. Bir çok aile hekimi birinci basamak araştırmalarında yer alırlar ve öğrenciler bu programlara dahil olabilirler. Belli alanlarda özel deneyimleri olan aile hekimleri bu becerilerini ilgi duyan öğrencilerle paylaşabilirler. Bu özel beceriler kırsal hekimlik, adölesan sağlığı, madde bağımlılığı, sporcular, tutuklular veya yaşamın son dönemindeki hastalar olabilir. Bu seçmeli fırsatlar ile öğrenciler aile hekimliği kariyeri ile kendi özel ilgi alanlarını birleştirebileceklerini keşfedebilirler (15).

i. Tıp fakültesinin müfredatının aile hekimliği ile zenginleştirilmesi

Tıp eğitimini düzeltmek için “eğitimin kapsamı”nın azaltılması gerektiği bildirilmektedir. Öğrenci merkezli, problem çözmeye yönelik aktif eğitime ağırlık verilmelidir. Ayrıntılar arasında boğulmadan sadece bilinmesi gereken ana ilkeler üzerinde durulmalıdır. Bu amaçla, bir öğrencinin mezun olduğunda sahip olması gereken, tüm eğitim süresinin üçte ikisini oluşturan, temel ve asgari bilgi / beceri ve tutumların tümünü kapsayan “temel müfredat” oluşturulması önerilmektedir (12). Aile hekimleri temel tıp eğitim müfredatının geliştirilmesine yukarıda bahsi geçen konuların herhangi birinin öğretimini üslenerek katkıda bulunabilirler. Ek olarak; tıp fakültesi müfredatını zenginleştirmek için tıp fakültesi yöneticileri ile aile hekimliğinin faydalarının tartışılması, tıp fakültesi müfredatına aile hekimliği katılımının güvencesinin sağlanması, müfredata uyum için, program komitelerine aile hekimlerinin katılması, aile hekimlerinin klinik tıba girişte ve sonraki dönemlerdeki klinik

rotasyonlarda kurs direktörü olmaları için desteklenmeleri gerekmektedir. Yanı sıra tüm tıp öğrencileri için birinci basamakta çekirdek yeterliliklerin tanımlanması ve mutabakat sağlanması, öğrencilerin eğitimlerinin erken ve ilerleyen dönemlerinde sahada olan aile hekimleri ile birlikte olmaya başladıklarında ayaktan tedavi deneyimleri ile eğitim almalarının sağlanması güvence altına alınmalıdır.

Bu stratejilerin önceliği fakültenin imkânlarına, fakültenin ve hizmet verilen toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenebilir.

Aile hekimlerinin hizmet verdikleri toplumda doğru uygulama yapabilmeleri için gerekli olan belli bilgi, beceri ve yaklaşımı öğrenmelerini sağlayacak olan eğitimi almaları gerekir (15).

B. Öğrencilerin aile hekimliğine özendirilmesi

Öğrenciler uzmanlık kariyerlerini bir çok faktörlerden etkilenerek kompleks bir karar aşamasından geçerek seçerler. Bunlar kişisel yetenekler, ilgi, cinsiyet, yaş ve aile özellikleri gibi kişisel faktörler olabileceği gibi tıp fakültesi ortamı, teorik ve klinik deneyimler, mevcut ve geleceğe dönük iş imkanları, profesyonel tatmin ve kazanç potansiyeli gibi dış faktörlerden etkilenebilir. Bu faktörlerin rölatif etkileri öğrenciden öğrenciye değişmektedir.

Öğrencilerin kişisel özellikleri ve değerlerinin sonrasında uzmanlık ve çalışma yerlerini seçmede önemli etkisi vardır. Hastalar ile uzun süreli ilişki içerisinde olmak ve çok çeşitli hastalarla ve klinik durumlarla karşılaşmak isteyen öğrenciler daha çok birinci basamak hekimliği seçmeye yatkındır (15).

C. Öğrencilerin aile hekimliği kariyerine özendirilmesi

Öğrenciler aile hekimleri ile sınıfta ve klinik uygulamalarda etkileşim içinde olduklarında ve aile hekimlerini sağlık ekibinin değerli bir üyesi olarak algıladıklarında aile hekimliğini seçmeye daha yatkın olurlar. Hümanistik değerleri olan, hasta bakımında yüksek kaliteyi koruyan, mükemmel hocalık yapan hevesli aile hekimleri öğrenciler için benzetmek isteyecekleri birer rol-model teşkil ederler. Tersine öğrenciler eğitimleri süresince aile hekimleri ile karşılaşmazlarsa, aile hekimliğinin içeriği ve değişiminden bihaber olurlar ve kariyer seçimlerinde daha az seçerler.

Bazı ülkelerde hükümet politikası, aile hekimleri ve diğer disiplinler için asistanlık kadrolarının sayılarını finansal kaynaklara ve yasalara göre belirler. Eğer bu politikalar öngörülen sağlık ihtiyaçlarına dayanıyorsa öğrencilerin seçimi toplum ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde belirleniyor denebilir. Öğrencileri aile hekimliği kariyerine özendirme stratejisi; (15)

- Birinci basamak hekimliği ve toplum merkezleri ile ilgilenen öğrencilerin kabul edilmesi
- Müfredatta birinci basamağın öneminin vurgulanması
- Öğrencilerin eğitimleri esnasında rol-model teşkil edecek aile hekimleri ile karşılaşmalarının sağlanması
- Uzmanlık eğitim seçeneklerinin sağlanması
- Aile hekimliğinin seçimini destekleyecek parasal imkânların sağlanması
- Aile hekimliği ile ilgili değişik kariyer imkânlarının sunulması
- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrası kazançta rekabet için desteklenmesi

Müfredat programının değerlendirilmesi

Aile hekimleri geniş bir yelpazede yenidoğan, çocuk, ergen, erişkin, gebe ve yaşlılara yaklaşımı, nadir rastlanılan durumları tanımayı ve yaşamı tehdit eden acil durumlarda hastayı stabilize ederek en uygun koşullarda transfer etmeyi öğrenir. Kapsamlı bakıma ilave olarak aile hekimleri sıklıkla sağlık koordinatörü ve takım lideri olarak hizmet verir.

Aile hekimliği müfredatı düzenli olarak güncelleştirilmeli ve sürekli alınan geri bildirimlere göre geliştirilmelidir. Her bir öğrenim hedefine kriterlerin, metotların, değerlendirme ve geri bildirimlerin geliştirildiği ve buna göre değişikliklerin yapıldığı bir süreç eşlik eder. Aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin sentez ve entegrasyonu, aile hekimliği merkezlerinde hastalara kapsamlı bakımın sağlanması ile başarılmaktadır. Öğrenim hedefleri periyodik olarak gözden geçirilmeli ve günün koşullarına göre yeniden revize edilmelidir (15). Bu bağlamda tıp eğitiminin son yılını kapsayan intörnlik döneminin standartları kesinleştirilmeli, angarya işlerde kullanılmasına izin vermeyecek düzenlemeler hayata geçirilmelidir (12).

Eğitim programları ğrenci merkezli bir yapıya doğru hızla gelişmekte, programların belirlenmesinde öğrencinin rolünü arttırmakta ve ğrenci geribildirimlerinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (32). Müfredatın kalitesi, öğrencilerin verileri, ğrenci, hasta ve eğiticilerin memnuniyetinin düzenli olarak gözden geçirilmesi ile değerlendirilir (15).

Sürekli Tıp Eğitimi

Tıp eğitiminin kalite ve yararlılık gibi değerlik boyutlarının değerlendirilmesinde mümkün olan en iyi kanıt dayalı tıp eğitiminin kullanılmasına doğru bir eğilim vardır. Eğitilenlerin tartıştığı, öğrenilen bilgi ve becerilerin uygulandığı aktif öğrenmenin hekimlerin davranışlarını değeristirmelerinde daha etkin olduğu gösterilmiştir (15).

2.2.6 Değerien İhtiyaçlara Göre Aile Hekimliği Eğitiminin Uyarlanması

Aile hekimliği eğiticileri, uygun ve güncel eğitim sağlayabilmek için, hastalarının, toplumun, öğrencilerin ve hizmet verdikleri kurumun ihtiyaçlarını düzenli olarak değerlendirmelidirler. İhtiyaçların belirlenmesi hasta merkezli hasta bakımının, toplum merkezli hasta bakımının ve toplum tarafından benimsenen tıp eğitiminin en önemli bileşenlerden birisidir. Böyle bir değerlendirme meraklı ve istekli olmayı gerektirir ve aşağıdaki gibi soruların sorulmasını gerektirir.

- Klinik hizmetler ve eğitim programları toplumun ve öğrencilerin en önemli ihtiyaçlarını karşılamakta mıdır?
- Öğrenciler aldıkları eğitimden memnunlar mı veya kaliteli hizmet sunumu verebilmek için ilave beceriler tanımıyorlar mı?
- Kalite yönetimi ve eğitim nasıl geliştirilebilir?
- Verilen hizmetin daha ucuza verilebilmesi için farklı yöntemlerle ilgili bilgiler var mı?
- Verilen hizmetin faydaları adil dağıtılabiliyor mu?
- Mezunlar ihtiyaç duyulan yerlerde ve tatminkr bir çalışma imkânı buluyorlar mı?

Eğitim programlarında bu sorular yalnızca Şimdi için önemli olmamakta, gelecekte değişen Şartlara planları adapte etmede de önemlidir.

Değişim uygulamadaki kiŐileri kapsar. İnsanlar hem deđiŐimin öncüleri hem de deđiŐimden etkilenen unsurlar olabilir. DeđiŐimin planlanması; Őartların incelenmesi, yönetimin düzenlenmesi, planlama, uygulama, devamlılık ve son olarak da deđiŐimin etkilerini kapsamalıdır (15).

Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminin temel amacı, ‘tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltebilecek, nitelikli hekimler yetiŐtirmektedir’. Mezuniyet ncesi tıp eğitimini tamamlayan hekim;

- a) Birinci basamakta bireye ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilen,
- b) Toplumda sık görülen hastalıkları ve ölüm nedenlerini bilen, bu hastalıklara ilişkin güncel tanı ve tedavi yöntemlerini uygulayabilen ve birinci basamakta ayakta ve evde tedavi yapabilen,
- c) Ekip çalışmasına önem veren, bir ekibi yönetebilecek ve yönlendirebilecek bilgiye sahip, çok bilimli (multidisipliner) ve çok kesimli (multisektryel) alıŐabilen,
- d) Toplumla iletişim kurabilen ve toplum katılımını sağlayabilen,
- e) Bilgiye ulaŐabilen ve sürekli tıp eğitiminin önemini bilen,
- f) lkenin sağlık sorunlarını bilen ve bunlara çözüm arayan bir kişi olarak yetiŐtirilmelidir (33).

Bazı ülkelerde hükümet politikası, aile hekimleri ve diğer disiplinler için asistanlık kadrolarının sayılarını finansal kaynaklara ve yasalara göre belirler. Eğer bu politikalar öngörülen sağlık ihtiyaçlarına dayanıyorsa öğrencilerin seçimi toplum ihtiyaçlarını karşılayacak Şekilde belirleniyor denebilir. Öğrencileri aile hekimliği kariyerine özendirme stratejisi;

- Birinci basamak hekimliği ve toplum merkezleri ile ilgilenen öğrencilerin kabul edilmesi
- Müfredatta birinci basamağın öneminin vurgulanması
- Öğrencilerin eğitimi esnasında rol-model teşkil edecek aile hekimleri ile karşılaşmalarının sağlanması
- Uzmanlık eğitim seçeneklerinin sağlanması

- Aile hekimliğinin seçimini destekleyecek parasal imkânların sağlanması
- Aile hekimliği ile ilgili değişik kariyer imkânlarının sunulması
- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrası kazançta rekabet için desteklenmesi

(6).

Öğrenciler aile hekimleri ile sınıfta ve klinik uygulamalarda etkileşim içinde olduklarında ve aile hekimlerini sağlık ekibinin değerli bir üyesi olarak algıladıklarında aile hekimliğini seçmeye daha yatkın olurlar. Hümanistik değerleri olan, hasta bakımında yüksek kaliteyi koruyan, mükemmel hocalık yapan hevesli aile hekimleri öğrenciler için benzemek isteyecekleri birer rol-model teşkil ederler. Tersine öğrenciler eğitimi süresince aile hekimleri ile karşılaşmazlarsa, aile hekimliğinin içeriği ve değişiminden bihaber olurlar ve kariyer seçimlerinde daha az seçerler.

3.YÖNTEM

Çalışmamızda nitel (kalitatif) araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.1 Yöntem ile İlgili Genel Bilgiler

Kalitatif araştırma; gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi niteliksel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanabilir (1).

Diğer bir deyişle, ölçümler bize kaç kişinin nasıl davrandığını gösterir, ama “niçin?” sorusuna cevap veremez. İnsan ve grup davranışlarının “niçin”ini anlamaya yönelik araştırmalara **niteliksel (“qualitative”) araştırma** denir (34).

3.1.1 Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri

Nitel araştırma yöntemlerinin bazı temel özellikleri bulunmaktadır.

1. Doğal Ortama Duyarlılık: Araştırma kapsamındaki olgu ya da olay, içinde bulunduğu doğal ortamında incelenmelidir. Her olay kendi ortamı içinde en iyi biçimde anlaşılabilmesi için, bu ortam içinde değerlendirilmeli ve yorumlar, bulguların elde edildiği ortamdan bağımsız olarak yapılmamalıdır (1). Olgu ya da olayın hangi koşullarda, neden ve nasıl gerçekleştiği anlaşılmalı ve tanımlanmaya çalışılmalıdır (34).

2. Araştırmacının Katılımcı Rolü: Nitel araştırmacı araştırma sürecinde alanda bizzat zaman harcayan, araştırmaya katılan kişilerle doğrudan görüşmeler yapıp gerektiğinde bu kişilerle benzer deneyimler yaşayan, bu deneyimleri ve onlar sayesinde kazandığı bakış açısını verilerin çözümlenmesinde kullanan kişi konumundadır. Veri kaynaklarına yakın olma, ilgili bireylerle konuşma, gözlemler yapma, ilgili dokümanları inceleme, araştırılan konuyu yakından tanıma ve anlama nitel araştırmada oldukça önemli bir yer tutar. Bu yönüyle nitel araştırmacı, araştırma sürecinin doğal bir parçası haline gelir ve zaman zaman bir veri toplama aracı işlevi görür (1).

Nitel araştırmada, araştırmacının alanda yer alması, çalışmaya katılan bireyler ile doğrudan görüşmeler yapması, olayların doğal akışını etkileyebilmektedir.

Araştırmacının, incelediği olgu ya da olayı mümkün olduğunca gerçekçi ve açık bir şekilde tanımlayabilmesi önem kazanmaktadır (34).

3. Bütüncül Yaklaşım: Nitel araştırmada, ele alınan değişkenlerin bağımsız olarak incelenmesi yerine bu değişkenlerin birlikteliği ön plana çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bireyin davranışlarını gerçekleştirdiği çevrenin özellikleri ile bu özelliklerin bireyin davranışını nasıl etkilediği bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp incelenmeli ve araştırma sonuçları da bu yaklaşımla yorumlanmalıdır (34).

4. Algıların Ortaya Konması: Nitel araştırmanın en önemli özelliklerinden biri de, araştırmaya katılan bireylerin ilgilenilen olgu ya da olayla ilgili algılarının ve deneyimlerinin ortaya konmasıdır. Nitel araştırmada araştırmaya katılan bireyler önemli veri kaynakları olarak kabul edilir ve nicel araştırmadaki durumun aksine bireylerin vereceği tepkiler sınırlandırılmaz. Bunun yerine daha esnek ve açık bir tutum izlenerek araştırma problemine yönelik mümkün olduğunca ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplamaya çalışılmaktadır (1).

Nitel araştırmada çok sayıda bireyin ya da deneğin araştırmaya katılması güçtür, çünkü toplanan verilerin ayrıntılı ve derinlemesine olması gerekmektedir (34).

5. Araştırma Deseninde Esneklik: Nitel araştırma sürecinde genel olarak problem belirleme, veri toplama aracını oluşturma, veri toplama, bu verileri açıklama ve yorumlama aşamaları yer almaktadır. Araştırmanın başında oluşturulan kavramsal ve yöntemsel yapı, nitel araştırma süreci içerisinde değişikliklere uğrayabilmektedir. Nitel araştırmada, araştırma sürecinde araştırmacının yönünün değişmesi, yeni problemlerin ortaya çıkması ve yeni yöntemlere başvurulması olasıdır (1).

6. Tümevarımcı Analiz: Nitel araştırmada araştırmacı topladığı tanımlayıcı ve ayrıntılı verilerden yola çıkarak incelediği probleme ilişkin ana temaları ortaya çıkarma, topladığı verileri anlamlı bir yapıya kavuşturma yani bu verilerden yola çıkarak bir kuram oluşturma çabası içindedir. Burada sözü edilen ‘kuram oluşturma (grounded theory)’ kavramını araştırmacının, topladığı verilerden yola çıkarak araştırdığı konuyu açıklama, yorumlama ve anlam kazandırma süreci olarak açıklamak mümkündür (1).

7. Nitel Veri: Her ne kadar nitel araştırmada toplanan veriler üzerinde bazı sayısal analizler yapmak mümkün ise de, nitel araştırmada temel amaç sayılar yoluyla sonuçlara ulaşmak değildir. Nitel veriler, hipotezler kurmak ve çalışmalara temel

oluşturmak üzere birincil olarak kullanılmaktadır. Sınıflama düzeyindeki değişkenlerle ilgili bilginin nitel veri olarak düşünülmesi ve bunların niteliksel değişkenler olarak adlandırılması gerektiği belirtilmektedir. Nitel değişkenlerin kategorileri isimlerle ifade edildiği gibi rakamlarla da belirtilebilir. Ancak bu rakamlar sayısal işleme tabi tutulmaz. Nitel değişkenlerle ilgili sadece betimsel istatistikler hesaplanabilmektedir (34).

3.1.2 Nitel Araştırmanın Temel Aşamaları

Nitel yöntemle oluşturulan araştırmalarda da belirlenen bazı temel aşamalar bulunmaktadır;

1. Araştırma Probleminin Belirlenmesi:

Problemin belirlenmesinde üç temel kaynak rol oynar. Bunlar;

- Araştırma yapılmak istenen alanla ilgili kuram ve araştırma alan yazını,
- Araştırmacının bireysel ve mesleğe dönük deneyimleri
- İlgili alanda toplumda karşılaşılan toplumsal sorunlardır.

Nitel araştırmanın tüm aşamaları araştırma probleminden etkilendiği gibi, yine bu etkenler, araştırma probleminin daha açık bir biçimde belirlenmesine ve tanımlanmasına katkıda bulunurlar. Bu durum nitel araştırmada yer alan tüm aşamalarında birbiriyle karşılıklı etkileşim içinde olma gereğinden kaynaklanmaktadır (35).

2. Kuramsal ya da Kavramsal Bir Çerçevenin Oluşturulması:

Kuramsal çerçeve araştırmacıya, problemiyle ilgili boyutların tanımlanmasında, bunların birbiriyle olan ilişkilerinin saptanmasında, bilgi toplama araçlarının boyutlarının belirlenmesinde ve analiz aşamasında kullanılacak temaların seçilmesinde yardımcı olur. Araştırmada ele alınan olgu ya da olayı açıklayabilecek bir kuram olmadığı durumlarda araştırmacı, tümevarımcı ve esnek bir yaklaşımla elde ettiği verilere dayanarak bir kuram oluşturma çabası içine girebilir (35).

3. Araştırma Sorusunun (ya da Sorularının) Yazılması:

Nitel yöntemde, araştırma sorusu başta kesin olarak sınırlandırılmasa da yine de araştırma problemi soru olarak ifade edilmektedir. Birçok nitel çalışmada, araştırma sorusu yazma süreci, “geliştirme” ve “yeniden ifadelendirme” ye dayalı bir çalışmayı kapsamaktadır (34).

4. Araştırma Alanının/ Örneklemine Belirlenmesi

Nitel araştırmada, araştırmacının ilgili alanı yakından incelemesi ve hatta mümkünse katılımlı gözlem yoluyla ilk elden bilgi toplaması önemlidir. Nitel araştırmada örneklemin geniş olması çoğu zaman mümkün değildir. Hatta bazı durumlarda tek başına bir birey araştırma örneklemini oluşturabilir (35).

5. Araştırmacının rolünün belirlenmesi

Nitel araştırmada araştırmacı, uzaktan ve ikinci elden bilgi toplayan bir kişiden çok, araştırma konusu ile ilgili olarak alanda zaman harcayan, alanı yakından tanıyan, alanda yaşananları paylaşan ve katılımcılarla yakın ilişki kuran kişidir. Bu durumda araştırmacının gözlem ve yorumları araştırma sonucunu belirleyen önemli bir etken olabilir (35).

6. Bilgi Toplama Araç ve Stratejilerinin Geliştirilmesi

Nitel yöntemle yapılan araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bilgi toplama teknikleri; görüşme, odak grup görüşmesi ve gözlem gelmektedir (35).

7. Veri Toplama (Görüşme, Odak Grup Görüşmesi, Gözlem ve Dokümanlar)

Nitel araştırmada en sık karşımıza çıkan veri toplama yöntemleri görüşme, odak grup görüşmesi, gözlem ve doküman incelemesidir (35).

Yapılan çalışmalarda genelde görüşme tekniğinin üç türü kullanılmaktadır (36).

a) **Yapılandırılmamış görüşme:** bir kişiyle yapılan sözel etkileşimin doğal akışı içerisinde herhangi bir görüşme protokolü olmaksızın spontane yapılan bir iletişim biçimidir.

b) **Yapılandırılmış görüşme:** Kişinin kendine ait bilgiyi belirli kategorilere göre yanıtladığı anket çalışmalarına ya da tutum ölçeklerine benzemektedir. Araştırmacı, araştırmaya katılan her bir kişiye aynı soruları aynı biçimde ve aynı sözcüklerle sormaktadır. Kişinin vermiş olduğu yanıtlar kapalı uçludur. Kişi kendisine sunulan olası seçeneklerden birisini seçerek yanıtını verir. Yapılandırılmış görüşme bu görünümüyle anket çalışmalarına benzer tarzda nicel veri sunmaktadır.

c) **Yarı yapılandırılmış görüşme:** Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, yapılandırılmış görüşme tekniğinden biraz daha esnektir. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlar. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntılandırılmasını sağlayabilir. Eğer kişi görüşme esnasında belli soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu soruları sormayabilir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği sahip olduğu belirli düzeyde standartlık ve aynı zamanda esneklik nedeniyle eğitim bilim araştırmalarına daha uygun bir teknik görünümü vermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin araştırmacıya sunduğu en önemli kolaylık görüşmenin önceden hazırlanmış görüşme protokolüne bağlı olarak sürdürülmesi nedeniyle daha sistematik ve karşılaştırılabilir bilgi sunmasıdır. Bu haliyle eğitim bilim çalışmalarına daha uygun bir araştırma tekniğidir.

Bizim çalışmamızda da veri toplama yöntemi olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır.

8. Veri Analizi, Bulguların Betimlenmesi ve Yorumlanması

Nitel araştırmada elde edilen verilerin analizi için iki genel yöntem kullanılabilir. Bunlardan birincisi; derinlemesine analiz gerektirmeyen verilerin

incelenmesinde kullanılan betimsel analiz, ikincisi ise daha yakından incelemeyi ve bu verileri açıklayan kavram ve temalara ulaşmayı gerektiren içerik analizidir (35).

İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (37).

İçerik analizinin ilk aşaması verilerin kodlanmasıdır. Bu aşamada araştırmacı, elde ettiği bilgileri inceleyerek, anlamlı bölümlere ayırmaya ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiğini bulmaya çalışır. Bu bölümler bazen bir sözcük, bazen bir cümle ya da paragraf, bazen de bir sayfalık veri olabilir. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bu bölümler, araştırmacı tarafından isimlendirilir, diğer bir deyişle kodlanır. Bu kodlama bazen bir sözcük ile bazen de birkaç sözcükten oluşan bir deyim ile yapılabilir. Bu aşamada önemli olan, yukarıda sözü edilen anlamlı bölümlere tanımlayıcı isimler yani kodlar bulmaktır. Verilerin kodlanması nitel verilerin düzenlenmesinde önemli bir kolaylık sağlar (25).

9. Sonuçların Sınırlandırılması Ve Analitik Genellemelere Ulaşılması

Nitel araştırmada çalışma grubu söz konusu olduğu için yani evreni temsil edebilecek sayıda ve düzeyde kişiyi örnekleme dahil etmek mümkün değildir. Ayrıca nitel araştırmada, araştırma problemine ilişkin değişkenler bütüncül ve doğal bir yaklaşımla incelenmeye çalışıldığı için, bu araştırmalarda elde edilen bulguların genellenebilmesi güçtür. Bu nedenle nitel araştırmalarda ancak sınırlı genellemeler yapılabilmektedir. Sınırlı genelleme yapılırken araştırmanın çerçevesi ve sınırlılıkları dikkate alınmalı ve araştırma raporunda bu sınırlılıklar belirtilmelidir (35).

10. Araştırmanın Kuram ve Uygulama İçin Doğurduğu Sonuçlar

Son aşamada araştırmacı, elde ettiği bulgulardan yola çıkarak kuram ve uygulamaya yönelik birtakım sonuçlar çıkarmalı ve önerilerde bulunması gerekmektedir. Sonuçlar uygulayıcılar için daha çok deneyim ve bakış açısı niteliği taşır. Yani nitel araştırma sonuçları uygulayıcılara doğrudan neler yapmaları gerektiğine ilişkin genellenebilir kurallar sunma amacı taşımaz. Her ne kadar nitel araştırma genellenebilir sonuçlar ortaya koyma amacı taşıyor ise de benzer nitelikteki nitel

araştırmalar ile birlikte analiz edildiği zaman bazı genellemelere ulaşmak m¼mk¼nd¼r (35).

3.1.3 Nitel araştırmanın çeşitleri

Nitel araştırma tekniklerinin d¼rt ana çeşitidi vardır (38). Bunlar :

Fenomenolojik: Nitel araştırmaların bir t¼r¼d¼r. Fenomenler; olaylar, durumlar, tecr¼beler veya kavramlar olabilir. Bir konuyu aydınlatma, oraya dikkat çekme.

Etnografik: Bir halkın, bir k¼lt¼r grubunun gelenekleri, inançları, birbiriyle bağlantıları vs tasvir edilir.

G¼m¼l¼ teori: G¼m¼l¼ teoride, araştırmacı veri toplarken veya yorumlarken dataların içine g¼m¼l¼ olan teoriyi ortaya çıkartır ve araştırma boyunca yeni kavram ve teorilere ulaşabilir.

¼rnek olay incelemesi: Tek bir olayı veya birkaç olayı derinlemesine inceleme demektir. Bazen bir zaman dilimindeki sosyal olaylar da incelenebilir.

3.2 Araştırmanın Yeri

Çalışmamız, Tıp Fak¼ltesi son sınıf ¼đrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda bilgi, algı, tutum ve davranışlarına ait duygu ve d¼ř¼ncelerinin kalitatif değerlendirilmesi amacıyla planlandı. Ondokuz Mayıs ¼niversitesi Tıp Fak¼ltesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Y¼nergesine G¼re Hazırlanan Etik Kurul raporunun onayı alındıktan sonra Eylül 2011 tarihinden itibaren, Ondokuz Mayıs ¼niversitesi Tıp Fak¼ltesinde bir aylık zorunlu aile hekimliği stajı alan D¼nem 6 ¼đrencileri ile odak grup g¼r¼řmeleri yapıldı.

3.3 Araştırmanın Tipi

Kalitatif bir çalışmadır. Yarı yapılandırılmış g¼r¼řme tekniği kullanılarak odak grup g¼r¼řmeleri yapılmıştır.

G¼r¼řme grup g¼r¼řmesi konusunda eğitim almış, s¼pervizyonla yetiştirilmif deneyimli ve yetkin danışmanlar tarafından y¼netilen bir kişi tarafından gerçekteştirilmiştir. Odak grup çalışmalarının ¼nemli bir unsuru olan ses kaydı,

katılımcıların izni alınarak gerçekleştirilmiştir. Her görüşme yaklaşık iki saat süreyle, önceden yapılandırılmış programa uygun olarak gerçekleştirilmiş, çalışmanın ses kaydı daha sonra kişilerin ağzından çıktığı şekilde dokümanite edilerek, önce en çok söylenen ortak noktalar ve sonra farklı noktalar belirlenerek deşifre edilip yazılı rapor haline dönüştürülmüştür.

3.4 Araştırmanın Evreni

Aile hekimliği stajı alan Dönem 6 öğrencilerinden çalışmaya kabul edenler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.5 Araştırmanın Örnekleme

Çalışmamızda tıp fakültesi Dönem 6 Aile Hekimliği stajı almakta olan öğrencilerinden örneklem sayısı belirlenmiş ve bu gruplar içinden denek belirleme basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Odak grubunun sayısı başlangıçta 7 olarak belirlenmiş, ancak beş grup görüşmesinden sonra yanıtların benzer olması, veri doygunluğuna ulaşılması, algı, beklenti, düşünce ile ilgili herhangi yeni ifade girişi olmaması nedeniyle diğer görüşmeler yapılmamıştır. Gruplara göre odak grup katılımcıları sayıları; 1.Grup 7 kişi, 2.Grup 4 kişi, 3.Grup 8 kişi, 4.Grup 11 kişi ve 5.Grup 10 kişi idi.

3.6 Araştırmanın Veri Kaynakları

Odak grup çalışmalarının önemli bir unsuru olan ses kaydı çalışmaya katılan öğrencilerin izni alınarak yapılmış ve görüşmeler yaklaşık ikişer saat sürmüştür. Önceden yapılandırılmış yönergeye uygun bir şekilde sorular sorularak görüşmeler yapılırken, eş zamanlı olarak not tutulmuştur. Kayıt cihazı yoluyla kaydedilmiş sözel veriler dikkatli biçimde ve birebir yazıya dönüştürülmüştür. Sonrasında bu veriler deşifre edilip yazılı rapor haline getirilmiştir.

3.7 Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma kapsamında yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine uygun olarak beş odak grup görüşmesi (4-11 kişiden oluşan gruplar) yapılmış, 40 kişi araştırmaya dahil

edilmiştir. Görüşmeler OMÜTF Aile Hekimliği AD. toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir.

3.8 Veri Analizi

Çalışmamızda araştırmacının katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirdiği görüşmeler, ses kayıt cihazıyla, katılımcıların onayı alınarak kaydedilmiştir. Görüşmelerden sonra kaydedilen veriler, metne dönüştürülmüştür. Verilerin analizinde içerik analizi yönteminden faydalanılmıştır.

Görüşmelerden elde edilen ham veriler kodlama yapılarak, kategoriler belirlenmiştir. Veriler bu kategoriler altında sınıflandırılarak okuyucu için anlamlı bir hale getirilmiştir. Kodlama ve kategorileştirme işlemi araştırmacı tarafından tekrarlı olarak yapılmış verilerdeki yanıtlar dokuz alt başlık altında incelenmiştir. Böylece araştırmanın problemine ve amacına bağlı kalınarak, gereksiz kodlamalar çıkarılmış, gerekli görülen kısımlarda yeni kodlamalar eklenmiştir.

3.9 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Kalitatif bir çalışma olduğu için odak grupları toplamakta sıkıntılar olmuştur. Yoğun ders programı ve TUS programı arasında öğrencilerin bazıları zaman ayırıp görüşmeye katılmak istememiştir.

Görüşmeler sırasında verilen cevaplara istinaden konu bazen başka yerlere sapsmış ve tartışmanın belirlenen çerçeveden sapsmasını önlemek için vakit kaybı yaşanmıştır.

Grup içindeki bazı öğrenciler enerjik, heyecanlıyken, bazı öğrenciler daha ilgisiz kalmıştır. Farklı özellikte öğrenciler arasında dengeyi sağlayarak tartışmayı sürdürmek görüşmeyi biraz zorlaştırmıştır. Konuya ilgileri ile ilintili olarak kişilerin bazıları çok konuşup, hiç susmak istemezken, bazıları da çok sessiz kalmış ve her konuşmacının eşit katılımını sağlamak zaman zaman zor olabilmıştır. Kendi fikrini dile getirmeyip herkese katılıyorum cevabını veren katılımcılar olmuştur.

Çalışma planlanırken her bir görüşmenin 45 dakika ila 1 saat arasında yapılması planlanırken konuşmacıların konuya ilgilerinin artması sonucu çoğu grup görüşmesi yaklaşık olarak iki saat sürmüştür.

Grupların ideal olarak 7-8 kişi arasında planlandığı halde aynı gruptan katılım sayısının fazla olması nedeniyle oturma düzenine ve katılımcıların konuşma şekline bağlı olarak ses kayıtlarının optimum düzeyde alınamaması çözümlene sürecini zorlaştırmıştır.

3.10 Etik Konular

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-1).

Çalışmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden Dönem 6 öğrencilerine sözel olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

3.11 Araştırmanın Takvimi

Ocak 2011 tarihinden itibaren konu ile ilgili literatür taraması başlanmış, mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili makaleler taranmıştır. 29 Eylül 2011 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı onay alınmış, görüşmeler Aralık 2011 ile Şubat 2013 tarihleri arasında beş ayrı grup ile yapılmıştır. Oturumlar yaklaşık ikişer saat sürmüştür.

3.12 Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

3.13 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden zorunlu aile hekimliği stajı alan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencileri çalışma içinde yer almışlardır.

3.14 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Yoktur.

4.BULGULAR

4.1.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımları

Çalışmaya alınan 40 öğrencinin 18'i (%45) erkek, 22'si (%55) kadındı. Katılımcıların sayı ve cinsiyetlerinin gruplardaki dağılımları ise Tablo 1'de özetlenmiştir.

4.1.3. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Yaşa Göre Dağılımları

Çalışmaya alınan kız öğrencilerin yaşları 22-26 arasında, erkek öğrencilerin yaşları ise 22-28 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması kız ve erkeklerde sırasıyla $24 \pm 1,97$ ve $24,5 \pm 1,3$ 'dür. Genel yaş ortalaması $24,15 \pm 1,19$ 'dur. Katılımcıların yaşlarının gruplardaki dağılımları ise Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya katılanların gruplardaki dağılımları					
	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5
Katılımcı sayısı (Kız/Erkek)	7 (4/3)	4 (4/0)	8 (5/3)	11 (5/6)	10 (4/6)
Yaş ortalaması	23,7 (22-25)	24,5 (24-26)	24,6 (24-26)	23,5 (22-26)	24,6 (23-28)

4.2 Odak grup görüşmeleri

Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine uygun olarak yapılan odak grup görüşmelerinde öğrenciler; genel olarak tıp fakültesi tercihlerini, uzmanlık tercihlerini ve birinci basamağa bakışlarını etkileyen faktörler hakkındaki görüşlerini bildirmişlerdir. (Tablo 2)

Tablo 2: Görüşmelerin Yapılandırıldığı Ana Konular
1. Tıp fakültesi tercihindeki ana etkenler
2. Uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler
3. Aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili düşünceler
4. Birinci basamakla ilgili algı ve düşünceler

Kodlama ve kategorileştirme işlemi sonrasında verilerdeki yanıtlar dokuz alt başlık altında toplanmıştır. (Tablo 3)

Tablo 3: Öğrencilerin Görüşlerine Göre Oluşturulan Kategoriler
1. Tıp fakültesi hakkındaki görüşleri
2. Uzmanlık tercihi konusundaki görüşleri
3. Aile Hekimliği Uzmanlığı ile ilgili düşünceleri
4. Aile Hekimliği Uzmanlığının Tanınırlığı ile ilgili düşünceleri
5. Birinci basamak konusunda fakültenin yaklaşımı ile ilgili düşünceleri
6. Fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımı ile ilgili eğitim, uygulama konusundaki düşünceleri
7. Aile hekimliği stajının birinci basamağa bakış açıları üzerindeki etkisi konusundaki düşünceleri
8. Tıp fakültesi eğitim sürecinde aile hekimliği stajının yerleşimi konusundaki düşünceleri
9. Birinci basamağın uzmanlaşmasıyla ilgili düşünceleri

Öğrencilerin tıp fakültesi hakkındaki görüşleri

Öğrencilerin yaklaşık yarısı doktorların yaptığı işe özendikleri için, herkesin yapamayacağı bir iş olan ‘hekimlik’ vasıtasıyla yardıma ihtiyacı olan insanlara ulaşip mesleki tatmini yaşamak istedikleri için seçtiklerini belirttiler.

‘Diğer meslek grupları ile karşılaştırdığımda doktorluğun benim için uygun olduğunu düşündüğüm için tıp fakültesi yazdım. İnsanların bana ihtiyaç duyması, benim bana ihtiyacı olan insanlara yardım etmem manevi anlamda çok tatmin edici geldi...’(3.5)

'Mühendislik, yöneticilik gibi meslekleri edinmek, çalışarak herkesin yapabileceği bir şey fakat doktorluk öyle değil. Sonuçta canla ilgilenilen bir meslek, o bana çok kıymetli gelmişti. Yani 'herkesin yapabileceği bir şey değil' gözüyle baktığım için yazdım...'(4.5)

'... Doktorluğunda kutsal bir meslek olduğunu, diğer meslek gruplarından kesinlikle daha üstte olduğuna inanıyorum. Herkesin yapamadığı bir işi yapmak da çok güzel bir şey.'(4.7)

'Doktorluğu biraz daha manevi değeri için yazdım...Hastaneye gelip gittiğim zaman doktorların ne iş yaptığını görüyordum. İnsanlarla iletişime geçip onların sıkıntılarını çözmeleri bana çok güzel geliyordu. Ben bunun için yazdım.'(4.11)

Ne yazık ki, büyük bir hevesle bu mesleği seçmiş olan genç hekimlerimizin önemli bir kısmı, günümüz koşullarında şartlar zorlaştığı ve icra edilen işin maddi ve manevi karşılığını alamadığı gerekçesiyle yapmış oldukları bu tercihten dolayı memnuniyetsizlik duymaktaydı.

'...İnsanlara yardım etmek istediğim için bu mesleği seçtim ama şu an şartlar zorlaştığı için şimdi bizim yardıma ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum.'(3.1)

'Önceden insanlarla iletişim halinde olmak hoşuma gidiyordu. Maddi ve manevi anlamda tatmin edici olduğunu düşündüğüm için tercih ettim ama şu an öyle düşünmüyorum...'(3.4)

'Tamamen insani duygularla yazdım. Sağlığa, insanlara, etrafıma, çoluğuma çocuğuma katkım olsun diye aileme karşı gelerek tercih ettim. Ama şu an insanlarla ne kadar az iletişim halinde olursam o kadar iyi diye düşünüyorum.'(3.8)

Benzer oranda, büyük çoğunluğu gerek ailelerinden hekim olanlara özendiği gerekse aileleri istediği doğrultusunda aile etkisi ile tıp fakültesine geldiklerini söylediler.

'Ben aile baskısı ile geldim...'(2.4)

'...annem istedi diye yazdım.'(1.6)

'...Ben genetik istiyordum ama babam ısrarla tıp isteyince tıp yazmak zorunda kaldım. '(5.8)

Yine bu mesleği seçmelerinde gelecekte iş kaygısı duyulmayacak bir meslek olarak görülmesinin ve okul biter bitmez işe başlayabilmelerinin etkili olduğunu ifade eden çok sayıda öğrenci vardı.

'Garanti meslek diye...Mezun olunca iş sahibi olurum diye. Yoksa özel bir isteğim yoktu yani tıpa gireyim diye... '(1.2)

'Okul bitince direk işe başlayabilme imkanı, ...ile tıp fakültesi yazdım... '(1.3)

'... diğer birçok meslek için geleceği yok denirken tıp fakültesi için hiç böyle bir şey duymadım. '(4.5)

Bazı öğrenciler üniversite sınavında aldığı puana göre karar verdiğini, bazı öğrenciler mesleki saygınlığının, statüsünün ve maddi kazancının yüksek oluşu nedeniyle bu seçimi yaptığından, birkaç öğrenci ise çocukluk hayali olduğu için doktor olmayı istediğinden bahsetti.

'Ben de ilk başta bilgisayar mühendisliği düşünüyordum. Üniversite sınavından sonra puanım yüksek gelince tıp fakültesi yazdım. '(4.10)

'Ben insanla iç içe olabileceğim bir meslek grubu istiyordum ve doktorluğunda saygın bir meslek olduğunu düşündüğüm için geldim... '(5.7)

'... doktor olunca iyi para kazanabilirim düşüncesi ile tıp fakültesi yazdım.... '(1.3)

'Benim için de doktorluk çocukluğumdan beri hep bir tutkuydu. Tek meslek vardı aklımda ve tek tercihle geldim. Aslında zeka yapımın mühendisliğe daha uygun olduğumu düşünüyorum çünkü fizik ve matematik benim daha başarılı olduğum alanlardı. Çocukken de çok doktora giden bir çocuktum onun da etkisi olmuş olabilir. ... '(4.8)

Öğrencilerin uzmanlık tercihi konusundaki görüşleri

Öğrencilerin yaklaşık yarısı sevdiği ve çalışmaktan zevk alacağı bölümleri tercih etmek istediklerini belirttiler. Bazı öğrenciler çocuk hasta bakmaktan daha çok hoşlandıkları için pediatri istemekteyken bazı öğrenciler monotonluktan hoşlanmadığı için acili, bazıları da cerrahi branşlar ilgisini çektiği için beyin cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi gibi branşları istemekteydi.

'Ben pediatri düşünüyorum. Yetişkin hasta grubundan çok çocuk hasta grubu ile ilgilenmek istiyorum. Çocuklara bakmak daha çok hoşuma gidiyor. Onlarla ilgilenmenin daha iyi olduğunu düşünüyorum. Çocuk doktorunun yaptığı işi herkes yapamaz. Ayrıca geniş spektrumlu branşların daha iyi olduğunu düşünüyorum.'(4.7)

'Ben acil istiyorum ama acil istenen bir bölüm değil aslına bakılırsa. Daha hareketli daha çeşitli vaka görülebilen. Ben öyle oturup sabit bir yerde hasta bakmak değil, daha hareketli bir bölüm istiyorum, o yüzden acil.' (5.3)

'Ben genel itibariyle cerrahi branşlardan hoşlanıyorum. Cerrahi branşlar içinde de özellikle beyin cerrahisi ve ortopedi hoşuma gidiyor. Belki biraz daha zor ve sıkıntılı, nöbetleri fazla ama yapmak istediğim iş bu. Kesinlikle eminim... Zaten iş garantisi anlamında hepsi eşit seviyede. Bölümler olarak cerrahi branşların toplum içinde yeri ayrı. Maddi kazanç belki o tempoyu kaldıracak kadar fazla değil. Ama rahat bir bölüme gitsem hayatımın kalanını sıkılarak geçireceğimi düşünüyorum. Sıkılarak geçirmektense aynı çalışmayla belki daha az para alırım ama hiç olmazsa nispeten mutlu olurum. Daha çok yorulurum ama daha mutlu olabilirim.'(5.8)

'Gönlümden geçenlerden biri plastik cerrahi. Sanatın ve görselliğin en etkin olduğu branş olduğunu düşünüyorum. Tabi bunu büyük bir dezavantajı var. Hasta memnuniyeti çok zor. O yüzden zaman içinde çok mantıklı olmadığını düşünüyorum. ...'(4.6)

Öğrencilerin azımsanmayacak bir kısmı da hasta ve hasta yakınlarıyla muhatap olmak istemedikleri için tercihlerini radyoloji, biyokimya, halk sağlığı gibi bölümlerden yana kullanacaklarını belirttiler.

'Ben radyoloji düşünüyorum. Birinci nedeni de iş garantisi, ikincisi ve en önemlisi hastayı fazla görmeyecek olmak.'(1.2)

'Ben halk sağlığı istiyorum. ... hasta ile muhatap olmayacak olmam, ...beni cezp etti.'(1.5)

'... insanlarla çok iletişim halinde olmak da istemediğim için biyokimya olabilir diye düşünüyorum.'(3.2)

Öğrencilerin büyük çoğunluğu meslek hayatlarında rahat edebilecekleri, mesai saatleri dışında da ailelerine ve kendilerine daha fazla zaman ayırabilecekleri fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR), dermatoloji, radyoloji, aile hekimliği gibi branşları tercih etmekteydi. Ayrıca bu bölümleri isteyen öğrenciler çok fazla hukuki sorumluluk altına girmekten çekinmekteydi.

'Ben daha çok kendim için rahatlık istiyorum. Önceden idealisttim ama şu an rahatlık istiyorum. Yan dal olmayan küçük bir alan, aile hekimliği olur, çocuk psikiyatrisi olur, psikiatri, dermatoloji, FTR, belki biyokimya.'(2.1)

'Ben de geçen senelerde daha idealisttim. Ama son senelerde iş hayatına hafiften atıldığımız için rahatlık istemeye başladım. O yüzden çok yüksek puan alırsam dermatoloji olabilir. Rahatlığı da var. Ama onun dışında aile hekimliği olabilir. ..'(2.2)

'...aile, ev hayatını düşününce insan rahat da olmak istiyor. Gezmek tozmak da istiyor yeri gelince. O yüzden biraz kararsızım. Büyük ihtimal aldığım puana göre rahat bir yer yazacağım. Dermatoloji, FTR, psikiatri, çocuk psikiyatrisi olabilir. ...'(2.4)

'Ben radyoloji istiyorum. Radyoloji istememin sebebi cerrahi branş yapabileceğimi düşünmediğim için, daha rahat bir bölüm, nöbeti çok olmayan bir bölüm. Ailemle daha çok vakit geçirebilirim.....'(5.2)

'Radyoloji, FTR, dermatoloji ...Mahkemelerde malpraktisle uğraşmamak için bu bölümleri seçerim.' (5.5)

Bununla birlikte maddi kazancı ve toplumsal statüyü ön planda tutan öğrenciler kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını düşünmekteydi.

'Maddi kazancı iyi ...olmasından dolayı kadın doğum ve ya üroloji istiyorum....'(3.2)

'Ben kadın doğum istiyorum... hem de toplumsal statüsü iyi, ünvanı iyi. Ben kadın doğum seçeceğim.' (5.1)

Öğrencilerin en sık tercih ettikleri branşlar Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4: Tıpta Uzmanlık Tercihleri
Pediyatri
Acil
Cerrahi Branşlar (Beyin Cerrahisi, Ortopedi, Plastik Cerrahi)
Radyoloji
Biyokimya
Halk Sağlığı
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Dermatoloji
Aile Hekimliği
Kadın Hastalıkları Ve Doğum

Öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili düşünceleri

Öğrencilerin büyük çoğunluğu çalışma koşullarının rahatlığını ve maddi getirisinin iyi oluşunu göz önüne alarak aile hekimliği uzmanlığını kariyer olarak seçebileceklerini söylediler. Bilgi yelpazesi geniş olmasına rağmen hastayla sürekli temas halinde olabilmek ve işin içinden çıkılmadığı noktalarda sevk edebilme imkanı hekimin kendini hukuki anlamda güvende hissetmesini sağlamaktaydı.

'Aile hekimliğini özellikle bu sene ciddi ciddi düşünmeye başladım. Rahat olması cezpt ediyor ve aile hekimi olmak bana güvenilir geliyor. Malpraktis yasaları vs. beni çok korkutuyor. Aile hekimi olursam tatmin de olurum diye düşünüyorum. Ama tabi ki olur da çok yüksek puan alırsam dermatoloji yazarım. Sonuç olarak istiyorum.'(2.2)

'İş yükü çok olmayan, şimdilik atama avantajı ve maddi geliri yüksek olan bayan için fiziksel koşulları uygun olan bir branş olduğunu düşünüyorum. Bu açıdan yapmak isterim.'(3.4)

'Ben istiyorum Aile Hekimliği Uzmanlığı. Sorumluluğu fazla, alanı geniş ama istendiği takdirde kendini geliştirmeye yönelik çok fazla zaman ayrılacak bir bölüm. Çalışma koşulları diğer branşlara göre çok iyi. En azından aciliyeti yok. Hasta sürekli elinin altında.'(3.8)

'Sorumluluğu diğer branşlara göre daha az diye düşünüyorum. İşin içinden çıkamayınca hastayı sevk edilebiliyor. Aile hekimi son karar merci olmak durumunda değil. Onun haricinde halkla daha bütünleşebilir. O açılardan olabilir'(4.3)

Öğrencilerin bir kısmı da gerek ülkemiz şartlarında aile hekimliği yapmanın kendilerini mesleki anlamda tatmin etmeyeceğini düşündükleri için gerekse hastaların aile hekimlerine bakışı yüzünden aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemediklerini belirttiler.

'Ben yapmak istemem. Çünkü cerrahi bir branş istiyorum. Ve Türkiye şartlarında 3000-4000 nüfustan sorumlu olmak fikri hoşuma gitmiyor. Alanı çok geniş, teorik bilgi yükü çok fazla. O yüzden bana göre değil.'(3.3)

'İnsani şartlarda çalışıyor olmaları güzel ama hekim olarak bir tatminlik vermiyor. İnsanların aile hekimlerinden beklentileri çok fazla ve ben o beklentilerle uğraşmak istemiyorum. Aile hekimliğine, bakkala gider gibi gidip şundan şu kadar bundan bu kadar diye alabilecekleri, istediklerini yaptırabilecekleri bir yer gözüyle bakıyorlar. Ben bunun beni gerçekten yıpratacağını düşünüyorum. O yüzden şartları ne kadar iyi olursa olsun aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemem.'(4.5)

'T.A.'nın da dediği gibi ideal şartlarda olursa aile hekimi uzmanı olmak isterim. Hekimlik yaparken hekimliğimin alanını ben belirlemek isterim. Eğer böyle olursa aile hekimliği uzmanlığı yapmak isterdim. Fakat Türkiye'de maalesef aile hekimliği böyle işlemiyor. O yüzden Türkiye şartlarında aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemem.'(4.6)

Öğrencilerin çoğu dal uzmanlığı istediği ve aile hekimliğinin alanı çok geniş, geleceği belirsiz ve sorumluluğu fazla gibi gerekçelerle ilk etapta tercih etmeyeceklerini belirttiler. Fakat çalışma koşullarının rahatlığı açısından da cezbedici geldiğini ifade

ettiler. Kimisi de sadece akademisyenlik düşünöldüğü takdirde aile hekimliğı uzmanlığının yapılabilir bir bölüm olduğunu söylediler.

'Geleceğinin nasıl olacağını bilemediğim ve alanı çok geniş olduğu için istemiyorum. Biraz daha spesifik bir branş istiyorum. Ama olmazsa aile hekimliğı de olabilir. Çünkü rahat olan bir bölüm ve hasta da görmek istiyorum. Nöbetsiz diye aile hekimliğini düşünebilirim. Asistanlık sürecinde katlanırım ama sonrasında biraz daha rahat olabileceğim bir yer istiyorum.'(2.1)

'Birçok konuda bilgi sahibi olmak gerekiyor belki ama birinci basamak olduğu için insanlara daha çok yardım edilebilir diye düşünüyorum. Rahatlığı da var. Birinci planda düşünmem ama ikinci planda düşünülebilir.'(3.6)

'Herkesin kendine göre düzenlediğı bir çalışma ortamı olması ve çalışma saatlerinin belli oluşu beni olabilir diye düşünmeye itiyor. Bence özellikle bayanlar için çok ideal. Ama rahat görünmesi altında sorumluluğunun fazla olduğunun da farkındayım.'(3.7)

'Ben aile hekimliğinin mesleki anlamda beni tatmin etmeyeceğini düşündüğüm için istemiyorum. Doktor değil de bir sağlık memuru gibi çalışıyorlar. Gittiğim yerlerde öyle hissettim. Ama aile hekimliğı uzmanlığı yapıp üzerine akademisyenlik yaparsam olabilir.'(4.9)

'Ben kararsızım. Sisteme karşı durmak hakikaten zahmetli bir iş ve birinci basamakta oturmuş olan sistemi ve hasta beklentilerini değiştirmek çok zor. Üniversitede akademisyen olmak istiyorum, üniversitede eğitim görevlisi olmak istiyorum. Bunun için tercih edersem aile hekimliğı uzmanlığı düşünüyorum.'(4.11)

Öğrencilerin aile hekimliğı uzmanlığının tanınırlığı ile ilgili düşünceleri

Öğrencilerin neredeyse tamamı aile hekimliğı uzmanlığının tıp öğrencileri tarafından bilindiğini ifade etmekteydi. Bu grubun da yaklaşık yarısı aile hekimliğı uzmanlığını stajdan sonra tam anlamıyla öğrendiklerini belirttiler.

'Aile hekimliğı son senelerde tıp öğrencileri arasında bence tanınıyor. ...'(1.2)

'Bence de biz az çok biliyoruz. Hem kırsalda hem merkezde aile hekimlerinin yanına gittik, gördük.'(2.4)

'Ben uzun süredir düşündüğüm için staja başlamadan önce de biliyordum. ...'(3.8)

'Geçirdiğimiz bir ayda ben iyi tanıdığımızı düşünüyorum. Başlamadan önce de az çok biliyorduk ama şimdi en azından ne yapıldığını, nereye kadar tedavi ve sevk edildiğini, nerelerde çalışıldığını en azından biliyoruz.' (5.1)

'Aile hekimliği stajı almadan önce çok bilmiyorduk ama artık tanıyoruz. Neler yapıldığını, işleyişin nasıl olduğunu öğrendik. ...'(2.2)

'Kendi adıma stajı alana kadar çok iyi bilmiyordum. Staja başlayınca öğrendim.'(3.1)

'Biz aile hekimliği uzmanlığını, ne iş yaptığını nasıl bir uzmanlık dalı olduğunu bu stajdan sonra gerçek anlamda biliyoruz. Ben bildiğimizi düşünüyorum.' (5.7)

'Bence de aile hekimliği uzmanlığını bu stajdan önce benim için de bilinmiyordu.'(5.8)

'Ben bu stajla yeni yeni öğreniyorum. Tam olarak biliyorum diyemem.'(3.7)

'Aile hekimliği uzmanlığını stajdan önce ben de çok iyi bilmiyordum ama burada gördük öğrendik.' (5.10)

Benzer oranda büyük bir kısım öğrenci aile hekimliği uzmanlığının ne olduğunu pratisyen aile hekimleri ile uzmanların farkının toplum tarafından bilinmediğini söylediler.

'...Toplumun bilgisi daha da azdır herhalde. Aile hekimi uzmanı ile pratisyen olup aile hekimliği yapan hekim ayrımını halk bilmiyordur.'(1.1)

'... Toplum olarak herkesin dediği gibi kimse bilmiyor. Aile hekimi uzmanı nedir, pratisyenden farkı nedir bilmiyorlar.'(2.4)

'...Toplumun çoğunluğu da bilmiyordur ya da fark olmadığını düşünüyorlardır. Toplumun zaten çoğu ikinci ve ya üçüncü basamağa erişebiliyorken birinci basamağı kullanmak istemiyor. ...'(3.7)

'... Toplum tarafından da sevk zinciri oturmadan tanınmayacağını düşünüyorum. ...'(4.5)

'Toplumda çok fazla tanındığını düşünmüyorum. Aile hekimliği uzmanlığı diye bir dal olduğunun farkında olduğunu bile zannetmiyorum açıkçası ...' (5.7)

Sağlık çalışanları tarafından ise aile hekimliği uzmanlığının çoğunlukla bilinmediği kanısı yaygındı. Bildiğini iddia eden grubun bile, uzman aile hekimleri ile pratisyen aile hekimleri arasındaki ayrımı bilmediklerini düşünmekteydiler. Büyük bir çoğunluğu ise çalışanların sağlık sektöründe hangi görevde olduğuna, çalıştığı kuruma ve kişinin konu ile ilgisine göre değiştiğini belirtmekteydi.

'...Biz de sağlık çalışanı sayılırız ama biz bile yeni öğrendiğimiz için diğer sağlık çalışanlarının bilmeyeceğini düşünüyorum.'(3.5)

'.....Sağlık çalışanlarına sorulsa biliyoruz derler ama onların da gerçekten bildiklerini düşünmüyorum.'(3.7)

'Üniversitedeki doktorların bile pansuman, ilaç yazdırma, tansiyon takibi gibi şeyler için bile tekrar hastayı üniversiteye çağırıyor olmasından ben aile hekimliği sisteminin sağlık çalışanları içinde doktorlar da dahil olmak üzere yeterince bilinmediğini düşünüyorum.'(4.5)

'Bence bu üç grup arasında en az bilen sağlık çalışanları. Çünkü sağlık çalışanları genellikle kendileri için aile hekimine ihtiyaç duymuyorlar. O yüzden aile hekimliği konusunda pek fazla bilgileri yok.' (5.3)

'... Sağlık çalışanlarından bilenler sadece uzmanlığı var diye biliyorlar, pratisyen aile hekiminden farklı olarak ne yaptıklarını bildiklerini düşünmüyorum.'(3.6)

'... Sağlık çalışanlarınca da sadece doktor olarak biz ve hemşireler biliyoruz. Ama diğerlerinin bildiğini düşünmüyorum.' (4.1)

'... Sağlık çalışanlarından da üniversite hastanesindekiler bilebilirler fakat devlet hastanesi veya ilçe devlet hastanelerinde çalışanların pek bildiğini sanmıyorum.'(4.3)

'Sağlık çalışanlarınca da bu konunun içinde olmayan sağlık çalışanlarının çok fazla bilgisi yoktur bu konuda.' (5.7)

Öğrencilerin birinci basamak konusunda fakültenin yaklaşımı ile ilgili düşünceleri

Öğrencilerin tümü fakülte eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığına özendirilme olmadığını aksine her fırsatta birinci basamakta çalışmakla korkutulduklarını söylediler. Verilen cevapların çok büyük bir kısmında öğrencilere birinci sınıfa başlarken birinci basamak hekimi olarak yetiştirildikleri ifade edilmişken eğitimin hiçbir zaman bu yönde verilmediği doğrultusunda idi. Birinci basamak hekimliğine özendirilmenin olduğu tek yerin de intörnlükte alınan aile hekimliği stajı olduğu belirtildi.

'Bence özendirilmiyor hatta dayatma gibi ilk senemizden itibaren birinci basamağın değişmez kaderimizin olacağı söyleniyor. Bu durum ilk üç sene beni birinci basamaktan çok soğutmuştu. Ama şu an daha sıcak geliyor.'(1.2)

'Buraya ilk geldiğimizde tanıtım dersleri sırasında hocalarımızdan birinin 'biz pratisyen hekim yetiştireceğiz' dediğini hatırlıyorum. İkinci üçüncü sınıftan sonra ise özellikle gerek dershanelerin reklamları olsun gerek TUS olsun diğer uzmanlık dalları daha ağır basmaya başladı. Birinci basamak uzmanlığı çok düşünülüyor doktorlar tarafından.' (2.1)

'İlk geldiğimiz günlerde bize söylenen 'bizim amacımız pratisyen hekim yetiştirmek' oldu. Ama gerek TUS baskısı gerek verilen eğitim sonunda hiç de o yönde

yetiştirilmedik. Hele ki aile hekimliği uzmanlığına özendirilme gibi bir durum hiç olmadı.’(3.1)

‘Öncelikle tıp fakültesinde verilen öğretim birinci basamağa yönelik değil. Örneğin bize ağırlıklı olarak bilmem ne kanserinin bilmem kaçınıcı evresini hesaplama öğretilip sınavlarda ondan sorumlu tutuyorlar. Fakat birinci basamakta ne olursa o kanserden şüphelenmemiz gerektiği anlatılmıyor. Tüm hocalar kendi alanları ile ilgili en ayrıntılı bilgiyi vererek ve isteyerek kendi egolarını tatmin ediyorlar. Yani birinci basamağa özendirme söz konusu bile değil.’(3.2)

‘Bu fakültede ilk söylenen pratisyen hekim yetiştirildiğiydi fakat ben birinci basamak hekimliğinin öneminin son iki senedir fark edildiğini düşünüyorum.’(3.3)

‘Arkadaşlarımın söylediklerine katılıyorum. Pratisyen hekim yetiştiriyoruz diye başlandı ama devamı gelmedi. Kliniklerde hiç de öyle birinci basamak hasta yaklaşımı falan anlatılmıyor. Birinci basamak yaklaşımı fakültemizde çok eksik. Birinci basamak uzmanlığı değil sadece uzmanlığa özendirmemeye çalıştıklarını, pratisyen hekim yetiştirdiklerini söylediler fakat her bölüm kendi uzmanlığına özendirmeye çalıştı.’(3.5)

‘ Tabi ki staja kadar böyle bir özendirme çalışması hiç olmadı. Daha çok branş uzmanlıklarına yönelik özendiriliyor... Aile hekimliğine özendirilmiyor yani.’ (5.2)

‘Bence fakülte eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığı özendirilmiyor. Çünkü fakülte eğitimi boyunca hiçbir zaman birkaç blok haricinde koruyucu hekimlik gibi konuların üzerinde durulmadı. Ben bu yüzden fakülte eğitiminde birinci basamak uzmanlığına özendirildiğini düşünmüyorum.’ (5.7)

‘Bize birinci sınıftan itibaren hep biz TUS’a hazırlamıyoruz, birinci basamak hekimi yetiştiriyoruz diyorlardı ama hiçbir hoca da spesifik olarak bize o şekilde yönlendirici bir aktivite, bir bilgilendirici sunum yapmadı. Özendirme olmadı yani. Ama internlukte aldığımız aile hekimliği stajı sırasında saha çalışması yaparak periferi görüyoruz. Bu çalışmalar özendirici olabiliyor.’(1.1)

'Bence birinci basamağa özendirmek yerine diğer bölümlerde birinci basamaktan soğutuyorlar. Ama bu stajda ısındım. Daha önce düşünmediğim halde aile hekimliği tercih edebilirim diye düşünmeye başladım.'(1.3)

'Fakülte eğitimi boyunca birinci basamaktan ziyade üçüncü basamak hastası görüyoruz. Ayrıca sunumlarımızın konuları, eğitim içeriği de üçüncü basamağa yönelik. Kısacası bizim fakülte açısından çok özendirildiğini düşünmüyorum. Ama aile hekimliği stajında biraz daha iyi tanıma fırsatı bulduk, hakkında daha çok öğrendik. Sizleri görünce biraz daha özeniyoruz.'(2.3)

'Sadece burada bir özendirilme var. Burası hariç hiçbir yerde bir özendirme yok. Biz sizi pratisyen olarak yetiştiriyoruz diyorlar ama birinci basamak hekimi kötüdür kavramı bilinçaltına yerleştiriliyor.'(4.1)

'Birinci basamak uzmanlığıyla ilgili hiç bir özendirilme olmadı fakülte eğitimimiz boyunca. Ayrıca toplumda sık görülen DM HT gibi hastalıkların tedavisi birinci basamakta düzenlenebiliyor. Fakat bize burada hep önemli hastalıklar ikinci üçüncü basamağın işi birinci basamak sadece tıp hakkında genel bir bilgisi olan doktorlardan oluşuyor gibi yansıtıldı. AHAD dışında hiçbir bölüm birinci basamağa özendirmedi. Ayrıca birinci basamak konusunda sürekli tehditkar bir hava var.'(4.8)

Öğrencileri fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımı ile ilgili eğitim, uygulama konusundaki düşünceleri

Öğrencilerin neredeyse tamamı fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımları konusunda çok bilgilendirilmediklerini, çoğunluklar ikinci ve üçüncü basamakta karşılıklarına çıkacak hastalıkların anlatılıp sınavlarda bu konulardan mesul olduklarını ve daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini belirttiler.

'Tabi ki tıp eğitim boyunca daha fazla bilgi sahibi olmak isterdim. Bu açıdan biraz eksik kaldığımızı düşünüyorum.'(1.1)

'Birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi almak isterdim. Daha çok sınava yönelik çalışarak geçtik hep. Birinci basamakta karşımıza çıkacak hasta profilinden çok üçüncü basamak hastalarına yaklaşımı gördük.'(2.4)

'Bence de birinci basamak hakkında daha fazla bilgi verilmeli. Birinci basamak hastasına nasıl yaklaşılır, tanısı nasıl konur, tedavisi nasıl planlanır, bunların anlatılması gerek.'(3.6)

'Bize birinci basamakta sıklıkla karşımıza çıkacak hastalıklar yerine çok nadir görülen üçüncü basamak hastalıkların tanı kriterleri öğretildi ve bunları bilmemiz beklendi. Bunları değil de daha çok işimize yarayacak şeylerin öğretilmesini evet isterdim.'(4.5)

'Tabi ki daha fazla bilgi sahibi olmak isterdim. Zaten istememek tuhaf olur. Bize verilen eğitim hep ikinci üçüncü basamak ağırlıklı ama çalışacağımız yerler ilk etapta birinci basamak ve biz bu konuda eksikiz.'(4.6)

'Bize hep ikinci ve üçüncü basamakla ilgili bilgiler yüklendi. Bu arada en çok karşımıza çıkacak birinci basamak hastalıkları atlanıyor, anlatılmıyor.'(4.9)

'Fakülte eğitimimiz boyunca daha fazla bilgi sahibi olmak isterdim. Bize verilen o kadar fazla gereksiz bilgi yükü var ki. Asıl kullanacak olduğumuz birinci basamak ile ilgili bilgiler yerine ikinci hatta ağırlıklı olarak üçüncü basamak bilgileri ile donatılıyor. O yüzden de fakülte eğitiminin çok verimsiz olduğunu düşünüyorum.'(4.11)

'Fakülte eğitimimiz boyunca birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isterdik tabi. Çünkü ben şu anda periferde çıktığım zaman hastaya nasıl yaklaşacağım konusunda, ne yapacağım konusunda açıkçası ürküyorum. Sanırım birçok arkadaşım da ürküyordur benim gibi. Keşke bu konuda daha fazla bilgi sahibi olabilseydik, daha önce daha çok üstünde durulabilseydi keşke. Yani ne bileyim bir yenidoğanın metabolik hastalıkları yerine hani bize daha fazla şeker regülasyonu, hipertansiyon tedavisi anlatılabilirdi diye düşünüyorum ben. Biz daha fazla bilgi sahibi olmak isterdik.' (5.7)

'Tabi ki birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isterdim. ... Çok ender görülen o kadar hastalığı en ince ayrıntısına kadar öğretmeye çalışıyorlar ama her gün görebileceğimiz hastalıklar öğretilmiyor. Mezun olup çıktığımızda en fazla karşılaşacağımız şeylere hazır değilsek bu savaşı kaybetmeye mahkumuz demektir.' (5.8)

'Fakülte eğitimi boyunca da yeterli bilgi almadığımı düşünüyorum birinci basamakla ilgili, birinci basamağa yaklaşım konusunda. Madem çoğumuz aile hekimi olacağız madem birinci basamakta çalışacağız o zaman ya bunun ek eğitimi olmalı ya da fakülte eğitimi daha fazla buna yönelik olmalı. Daha fazla öğretici olmalı diye düşünüyorum.'(5.9)

'Buradaki eğitim hayatımız boyunca arkadaşlarımızın dediği gibi bize en sık göreceğimiz hastalıklar ile ilgili bilgi verilmedi. Onun yerine hocalarımız daha nadir görülen hastalıkları anlatıp sordular bize. O yüzden çok fazla bilgi sahibi olmadık. Ama bireysel olarak bilgi sahibi olmuşsak olmuşuzdur. Herkes kendi başına birşeyler öğrendi.' (5.10)

Öğrencilerin aile hekimliği stajının birinci basamağa bakış açıları üzerindeki etkisi konusundaki düşünceleri

Öğrencilerin yarısı aile hekimliği stajının birinci basamağa bakış açılarını olumlu yönde değiştirdiğini, öncesinde düşünmedikleri halde staj sonrası uzmanlığın gerekli olduğunu hatta seçecekleri uzmanlık alanı olarak düşünebildiklerini söylediler.

'Staj beni de olumlu olarak etkiledi. Gittiğim iki yerde de sıcak bir ortam vardı. Hasta hekim ilişkisi iyiydi. Gördüklerimden memnun kaldım.' (1.3)

'Benim bakış açımı kesinlikle değiştirdi. Ben birinci basamağa tamamen uzaktım ama şimdi ciddi ciddi uzmanlığını düşünüyorum.'(2.2)

'Benim bakış açımı da olumlu yönde değiştirdi. Yapamayacağımı düşündüğüm bir bölümdü ama şu an daha sempatik geliyor diyebilirim.'(2.3)

'Benim bakış açımı değiştirdi. Bu kadar önemli olduğunu ben de bilmiyordum. Özellikle ikinci ve üçüncü basamak iş yükünü azaltmak anlamında Aile Hekimliği Uzmanlığı'nın çok gerekli olduğunu düşünüyorum.' (3.1)

'Bir aile hekiminin yapabileceklerini öğrendim. Öncesinde aile hekiminin tek görevi reçete yazmak ve tanı koyup sevk etmek sanırdım ama şimdi hastalık izlemlerinin, belli bir aşamaya kadar tedavilerin aile hekimlerince yapıldığını bu stajla gördüm.' (3.6)

'Benim bakış açımı da değiştirdi. Daha fazla bilgi sahibi oldum ve aile hekimliğinin bana uygun olduğunu anladım.' (4.2)

'Sağlık sistemi işleyişi içinde değişmesi gereken şeylerin temel teşkil eden birinci basamaktan başlaması gerektiği anlamında bakış açım değişti.' (4.5)

'Aile hekimliği stajı bakış açımı olumlu yönde değiştirdi. Staja başlarken hiç aklımda yoktu, ben yapamam diyordum ama şimdi olabilir diye düşünüyorum' (5.10)

Staj birkaç öğrencinin de aile hekimliğine bakış açısını olumsuz etkilemiştir. Bazıları yapılan işi kendilerine uygun bulmadığı için bazıları da genel olarak doktorlara gösterilen saygının aile hekimlerine gösterilmediği düşüncesiyle aile hekimliği alanını beğenmemiştir.

'Birinci basamak bizim için cezalandırma yeri olduğu için beni uzaklaştırdı açıkçası. Hastalara karşı sürekli sorumlu olmaları örneğin bütün gebeleri aramaları, uğraşmaları gerekmesi pek hoşuma gitmedi.' (2.4)

'Ben kendim aile hekimime gittiğim için aile hekimliği konusunda biraz fikrim vardı zaten ... Yalnız staja başladığımda gördüğüm o ki yalnız ilaç yazdırılmaya gidiliyor ve aile hekimine yeterince saygı gösterilmiyor. Benim bakış açımı çok olumlu yönde değiştirdiğini söyleyemem açıkçası.' (5.2)

Daha az olmakla birlikte bazı öğrenciler de stajın bakış açılarında olumlu ya da olumsuz değişikliğe neden olmadığını ifade ettiler. Birkaç öğrenci ise staj öncesinde birinci basamakla ilgili hiçbir bilgileri olmadığı halde, staj sonrasında birinci basamakla ilgili yeni bir bakış açısı kazandıklarını söylediler.

'Benim bakış açımı değiştirmede. Hala staj öncesi ne düşünüyorsam öyle düşünüyorum.'(3.2)

'Bu stajla çok şey öğrendim ama bakış açımı değiştirmede. Önceden de çok değerli bulduğum bir bölümdü, şimdi de öyle.'(4.6)

'Genel olarak aile hekimliğinin bakış açısını biliyordum. O açıdan çok bir şey değişmedi benim için. Bilmediğim noktaları öğrenmeye çalıştım, daha fazla bilgi sahibi oldum.'(5.4)

'Benim bu konuda hiçbir fikrim olmadığı için bakış açımı değiştirmek yerine yeni bir bakış açısı kattı.'(4.3)

'Bakış açımı değiştirdi diyemem ama geliştirdi. Bu staja kadar birinci basamak hekimliğinin sadece poliklinikte hasta bakıp tanı koyup tedavi vermekten ibaret olduğunu sanıyordum. Halbuki ne çok sorumluluğu varmış, yeni öğrendim.'(4.9)

'Benim aile hekimliği stajı ile ilgili bir bakış açım yoktu. Yeni bir bakış açım oluştu. En azından sahaya çıktığımız zaman özellikle Çarşamba'daki köye gittiğimde nelerle karşılaşacağımız, neleri göreceğimizi gördüm.'(5.3)

Öğrencilerin tıp fakültesi eğitim sürecinde aile hekimliği stajının yerleşimi konusundaki düşünceleri

Aile hekimliği stajının başlangıç süresi konusunda öğrencilerin çeşitli fikirleri mevcuttu. Bir kısmı stajın başlangıç zamanı ve süresinden memnunken, bir kısmı dönem 6'da veriliyor olmasından memnun fakat süresinin yetersiz olduğundan yakınmaktaydı. Diğer branşlardan aldıkları verimden çok daha fazlasını aile hekimliği stajında aldıklarını düşündükleri için sürenin uzatılması gerektiğini düşünüyorlardı.

'Eğitim sürecinde Dönem 1, 2, 3'te aile hekimliği bloklarında hasta hekim görüşmesi klinik beceri dersleri veriliyor. Dönem 6 da da staj olarak alıyoruz. Bence tam her şey planlanmış.'(1.5)

'Bence özellikle bizim fakültemizdeki mevcut sistem ve zamanlama uygundur.'(1.6)

'Zaman açısından stajın 6. sınıfta verilmesi bence ideal. Sadece süresi daha uzun tutulabilir. 1 ay yerine 2 ay olabilir mesela. Burada ilaç öğreniyoruz, ileride karşılaşacağımız hasta profilini görüyoruz.'(3.2)

'...Bence intörnlükte de bir ay değil de iki ay gibi daha uzun bir süre olmalı. Sonuçta yerinde görmek daha eğitici ve daha faydalı olur.'(3.5)

'Staj zamanı için bir şey söyleyemeyeceğim fakat süresi anlamında pediatri ve dahiliye stajlarında servis intörnlüğü yapmak yerine üç ay aile hekimliği stajının çok daha faydalı olacağını düşünüyorum.'(4.6)

'Tıp fakültesi eğitim süresince de bence pediatri 2 aylık sekreterlik, dahiliyede 2 aylık amelelik yapmak yerine 2 aylık aile hekimliği stajı çok daha verimli olur.'(5.3)

Diğer görüşler de ana olarak üç başlıkta toplanabilmekteydi. Bunların bir kısmı stajın klinik dersler başlamadan önce verilmesiydi. Bu gruptaki öğrencilerin çoğu prelinik dönemde yaz stajları şeklinde yapacakları stajların klinik dersleri öğrenmelerinde kolaylaştırıcı rol oynayacağını düşünmekteydiler.

'Bence ikinci sınıfın sonundan itibaren her yaz belli bir süre bir ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'de zorunlu staj olabilirdi. Dokuz Eylül Üniversitesi'nde okuyan arkadaşlarım aile sağlığı merkezlerinde birinci sınıfın sonunda bir hafta ikinci sınıfın sonunda iki hafta şeklinde zorunlu staj yaptılar. Hastayla daha erken dönemde temas kurdular. Daha erken muayene gördüler. Klinik pratiğe daha çabuk geçtiler. Biz dördüncü sınıfın başında daha öncesinde bilen birinin refakatinde hiç öykü bile almamışken hasta karşısına bırakıyoruz. Hocaların bizden beklentisi fazla oluyor. Bunları daha erken dönemde almak pratik için daha iyi olurdu.'(1.1)

'Eğitim süresi konusunda B.Ö.'nün söylediklerine katılıyorum. Biz üçüncü basamakta eğitim aldığımız için üçüncü senenin sonunda sadece teorik biliyoruz. Pratiğimiz zayıf kalıyor. Ayrıca her gelen hastada aşırı komplike hastalıklar düşünüyoruz. Çok basit bir şeyi bile çok daha kötü düşünüyoruz. Örneğin öksürükle

gelen hastada akciğer kanseri düşünebiliyoruz ama daha sık karşılaşacağımız postenfeksiyöz öksürük tanısı aklımıza gelmiyor. O yüzden önce birinci basamak yaklaşımının öğrenip sonra kompleks şeyleri öğrenmek daha iyi olabilir. Yani dördüncü sınıftan önce olması gerekiyor.'(1.2)

'İlk üç yıl yaz stajları olarak verilebilir.'(4.2)

'İlk 2-3 sene içinde biraz anlatılmalı. Yaz stajları belki isteğe bağlı olabilir ama dördüncü sınıfa gelip hala etraftan sorulan danışılan ufak tefek rahatsızlıklarla ilgili iki cümle edememek çok kötü oluyor.'(4.10)

İkinci görüş ise stajın klinikle birlikte başlamasıydı. İntörnlük dönemi öncesi alınacak teorik dersleri dönem 6'da pratiğe dökülmesinde faydalı olacağı kanısındalardı.

'Aile hekimliği stajı preklinikte bence de çok bir anlam ifade etmiyor. Dönem 6'ya ek olarak birinci basamak hastasını görmek için Dönem 4 ve 5'te de staj konabilir.'(2.3)

'Dönem 6'nın başında ilk staj olarak alınsa iyi olur. En azından dışarıdaki hasta popülasyonunu bilerek intörnlüğe başlarız. Ama aynı stajı herkesin aynı anda alması mümkün olmayacaktır. Mezuniyet öncesi birinci basamak hastasıyla karşılaştırma mevcut sistemde ancak aile hekimliği stajı ile olur.'(1.7)

'Bence beşinci sınıfta belki aile hekimliği stajı konulabilir yada elektif staj gibi geçer. Örneğin acilde oturup 2 ay boyunca kan alana kadar bir ay gönderilir bir sağlık ocağına orada hasta baktırılabilir. O sırada biz de hasta bakalım. ... 4. sınıfta biz dahiliye öğreniyoruz geliyoruz 6. Sınıfta dahiliye yapıyoruz. Pediatri alıyoruz pediatri yapıyoruz. Ama aile hekimliği stajı alıp aile hekimliği intörnlüğü yapmıyoruz mesela. Aile hekimliği stajı da olabilir...'(5.4)

'Aile hekimliği stajı bence intörnlükte olmalı ve öncesinde de dönem 5'te olmalı. En azından büyük stajları aldıktan sonra o hastaların birinci basamaktaki yaklaşımını dönem 5'te daha iyi anlayabiliriz diye düşünüyorum....'(5.8)

Bu konudaki üçüncü görüş de, stajın klinik dersleri içerisinde verilmesinin daha etkili olacağıydı. Öğretilen konunun ikinci ve üçüncü basamak yaklaşımları

verilirken birinci basamakla ilgili bilgilerinde aktarılmasının konu bütünlüğünü sağlamak adına daha faydalı olacağı düşünülmekteydi.

'Alınan stajlara entegre edilerek verilmesinin faydalı olacağını düşünüyorum. Örneğin dahiliye alırken nasıl ki hastalıkların ikinci ve üçüncü basamak yaklaşımları öğretiliyorsa bu hastalıkların birinci basamaktaki süreçleri de anlatılmalı.' (4.5)

'Ben de alınan stajlara entegre edilerek verilmesinin faydalı olacağını düşünüyorum. Örneğin akılcı ilaç uygulaması yapılmıştı. Orada hipertansiyon tartışılmıştı. Hipertansiyonun her şeyi ile birlikte birinci basamak yaklaşımı, ilaç dışı ve ilaç tedavileri anlatılmıştı. Bunu gibi tüm hastalıklarda yapılsa çok faydalı olur.' (4.7)

'Bence dördüncü sınıftan itibaren her stajın içine entegre edilerek verilmeli. Gerekirse her stajda bir hafta ya da her haftanın bir günü birinci basamak rehberlerine yer verilmeli. Ayrıca sadece teorik bilgi verilmekle kalmamalı, polikliniklerde pratik de yapılmalı.' (4.8)

'Dönem 4-5'te klinik derslerin içinde olmalı. Örneğin bir hocamız bir hastalığı anlatırken slaytlarını üç renge boyamıştı. Bir renk mutlaka bilinmesi gereken birinci basamakta karşılaşılabilecek şeyler, bir tanesi bilinse iyi olur, bir tanesi de bir kez duymuş olmak bile yeterli dedikleriydi. Her alan bunu yapsa bize çok faydası olur.' (4.11)

'Bence eğitim sürecinde aile hekimliği entegre olmalı. Yani sonuçta kardiyoloji, dahiliye, pediatri gibi stajlar alıyoruz. Bunlar içinde aile hekimliği dersleri de olmalı. En azından birinci basamak yaklaşımını bilmeliyiz. Bu alanlarla ilgili birinci basamak yaklaşımını bence stajlarda öğrenmeliyiz. Ve intörlüğe gelince de belirli aile hekimlerinin yanında staj yapmamızın bize faydalı olduğunu düşünüyorum. Yani ben aile hekimliği derslerinin daha fazla dağıtılması gerektiğini düşünüyorum.' (5.7)

Öğrencilerin birinci basamağın uzmanlaşmasıyla ilgili düşünceleri

Öğrencilerin yarısından fazlası uzmanlaşmanın bilgi düzeyini artırdığını ve birinci basamak kalitesini artırdığını söyledi. İyi bir hasta izlemi için ya çok deneyimli olmak ya da uzmanlık eğitimi almak gerektiğini düşünmekteydiler.

'Uzman olması daha iyi olur. Birinci basamaktaki hekimin konulara hakimiyeti uzmanlığıyla doğru orantılıdır diye düşünüyorum.'(3.1)

'Birinci basamak hekimi uzman olmalı. Bence tıp fakültesinden mezun olan tüm hekimlerin birinci basamak hastası değerlendirip tedavi edebilecek yeterlikte olması gerek. Fakat günümüz eğitim şartlarında uzmanlık eğitimi bir nevi pratiklik kazandırdığı için ve hocaların gözetiminde hasta bakmak ileride yapılabilecek hataları azaltacağını düşündüğüm için uzmanlık gerekli.'(3.3)

'Bence uzmanlaşmalı. Basamak sisteminin tam anlamıyla çalışabilmesi için uzmanlaşmak gerektiğini düşünüyorum.'(4.1)

'Bence olmalı. Sonuçta en azından 3 yıl daha birinci basamakta sık görülen hastalıklarla ilgili bilgi sahibi oluyorlar. Biz mezun olduğumuzda periferik gidiyoruz ve tam olarak ne yapmamız gerektiğini bilmiyoruz. Pişmemiş olarak sahaya çıkıyoruz ve ben bunun doğru olmadığını düşünüyorum.'(5.1)

'Ben de aile hekimliği uzmanlığının gerekli olduğunu düşünüyorum. Birinci basamak sağlaştırılır ve doğru uygulanırsa hem ikinci basamağın yükü azalır hem de hastanın birinci basamaktaki hekime güveni artar diye düşünüyorum.'(5.7)

'Altı yıllık eğitim iyileştirilse bile uzmanlığın gerekli olduğunu düşünüyorum. Çünkü insan artık bu benim alanım diye o işe sarıldığında kendini o konuda daha iyi geliştiriyor. O yüzden kesinlikle uzmanlık eğitimi olmalı.'(5.8)

Öğrencilerin bir kısmı da ülkemiz koşullarında fakülte eğitiminin kaliteyi sağlamada yetersiz kaldığı düşüncesindeydiler ve kendilerini birinci basamak hekimliği konusunda yetersiz hissetmekteydiler. Verilen tıp eğitim kalitesi artırıldığı takdirde uzmanlaşmaya gerek olmadığını ifade ettiler.

'Bence de şu anki sistemde bitirdikten sonra aile hekimi olmak için uzman olunmalı. Gerçekten 6 yılda birinci basamağa yönelik güzel bir eğitim alınmış olsa birinci basamakta gayet güzel çalışır. Gerek olmaz.'(2.3)

'Bence verilen altı yıllık eğitim birinci basamak hekimliği yapabilecek kadar verilmeli. Ama bizde bu kalitede eğitim verilemediği için uzmanlaşılmalı.'(4.2)

'Uzman olunmalı ama altı sene bu iş için yeterli fakat ülkemizde doğru düzgün eğitim verilmediği için gerekli. Ama bu altı yıllık eğitim süreci düzeltilmiş olsa gerek yok.'(5.5)

'Aldığımız altı yılda eğitim kötü olduğu için birinci basamak için yeterli olduğunu düşünmüyorum ve uzmanlığın gerekli olduğunu düşünüyorum.'(5.9)

Birkaç öğrenci ise aile hekimliğinde çalışacak hekimin uzman olmasına gerek olmadığını, kendini geliştirmiş olan bir pratisyen hekimin de çok rahatlıkla aynı işi yapabileceğini ifade etmekteydi.

'Uzman olması bir avantaj olur ama pratisyen hekim olup da kendini geliştiren, hasta hekim ilişkisi kuvvetli, günceli takip eden bir hekim ise çok fazla gerek yok diye düşünüyorum.'(1.1)

'Ben uzman olmasının gerekmediğini düşünüyorum. Zaten birinci basamak sağlık kuruluşunun görevi hastayı ayırtmak ve uzmanına refere etmekse uzman görüşü olmasa da olur. Hasta yönetimini iyi bilen bir pratisyen olduktan sonra gerekleri yerine getirebilir. Zaten devlet hastanelerinin yükünü azaltmaktaki en büyük etken hastaların birinci basamak sağlık kuruluşunda iyi bir pratisyenin elinden geçmesidir diye düşünüyorum. Doğru kriterlerle doğru uzmanlara sevk eden bir hekim olduktan sonra pratisyen hekim de bu işi çok rahat götürebilir.'(1.6)

'Tecrübeli olup uzman olmayan aile hekimleri var. Onları görünce gerek yok diye düşünüyorum. Ben uzmanlık eğitiminden çok bu işteki başarının tecrübeyle alakalı olduğu kanısındayım.'(3.4)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin, aile hekimliği disiplini ile ilgili bilgi ve algı düzeylerini belirlemeyi, mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatında aile hekimliği stajının yeri ve önemini, öğrencilerin birinci basamağa yaklaşımını, aile hekimliği kariyerine olan ilgilerini ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin 22'si (% 55) kız ve 18'u (% 45) erkek olup; yaşları 22-28 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması kız ve erkeklerde sırasıyla $24 \pm 1,97$ ve $24,5 \pm 1,3$ 'dür. Genel yaş ortalaması $24,15 \pm 1,19$ 'dur. Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada öğrencilerin 30,9'u kız ve % 69,1'i erkek olup; kız ve erkek öğrencilerin yaş ortalaması sırasıyla $23,9 \pm 0,86$ ve $24,18 \pm 1,28$ yıl olarak bulunmuştur. Genel yaş ortalaması $24,10 \pm 1,17$ 'dir (39). Kara İ.H'nin yaptığı bir çalışmada katılımcıların %40,6'sı erkek, %59,4'ü kız ve yaş ortalaması $23,6 \pm 0,9$ yıl idi (40). Atatürk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmaya da toplam 213 öğrenci katılmış, öğrencilerin yaş ortalaması $18,71 \pm 1,32$ idi. Katılanların %53,5'i kız öğrenciydi (41). İngiltere'de 11 öğrenci ile yapılan kalitatif bir çalışmada katılımcıların 6'sı erkek, 5'i kız; yaş ortalaması 24,6 idi (42). Avustralya'da üç üniversite de yapılan kalitatif bir çalışmaya katılan yaşları 18 ila 40 arasında olan öğrencilerin 46'sı kız, 36'sı erkekti (43). Saigal'ın yaptığı bir çalışmaya katılan 25 öğrencinin 8'i kız, 17'si erkekti. Öğrencilerin yaşları 21-35 idi (44). Scott ve arkadaşlarının üç üniversitede yaptığı çalışmaya katılan 33 öğrencinin 6'sı erkek, 27'si kızdı (45). Amerika'da üç tıp fakültesinde yapılan bir çalışmaya katılan 52 öğrencinin ise 27'si kız, 25'i erkekti. Yaşları 23-41 arasında değişmekte olup, ortalaması 29'du (46).

Çalışmamızda öğrencilerle üniversite sınavı sonrası tıp fakültesini tercih etme nedenleri tartışıldığında yaklaşık yarısı doktorların yaptığı işe özendikleri için, herkesin yapamayacağı bir iş olan 'hekimlik' vasıtasıyla yardıma ihtiyacı olan insanlara ulaşip mesleki tatmini yaşamak istedikleri için seçtiklerini belirttiler. Benzer oranda, büyük çoğunluğu aile etkisi ile tıp fakültesine geldiklerini söylediler. Yine bu mesleği seçmelerinde gelecekte iş kaygısı duyulmayacak bir meslek olarak görülmesinin ve okul biter bitmez işe başlayabilmelerinin etkili olduğunu ifade eden çok sayıda öğrenci vardı. Canbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kendi isteği %76,8, aile ve akrabaların

yönlendirmesi %50, iş garantisinin olduğunun düşünülmesi %32,1 olarak tespit edilmiştir (47). Yarış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, öğrencilerin doktorluk mesleğini seviyorum ve idealimdeki meslek %61,7, %8,6 insanlara yardım etmek istiyorum, %8,5 doktorluk mesleğinin toplumdaki saygınlığı ve maddi getirisi, %7,5 aile isteği, %2,4 iyi bir eğitim almak isteği, %1,9 aldığı puandan dolayı olarak bulunmuştur (2). Köksal ve arkadaşlarının araştırmasında öğrencilerin tıp fakültesi tercihlerinde etkili olan nedenler sırasıyla kendi isteği %62,3, aile isteği ve önerisi %27,9, rastlantısal olarak %8,7, arkadaş önerisi %1,1 olarak bulunmuştur (48). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılmış olan bir anket çalışmasına göre ise öğrencilerin %72,3'ü tıp fakültesini kendi isteği ile seçmiştir (49). Açık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %76,6'sı kendi isteği ile tıp fakültesini tercih ederken, %21,7'si ise ailesinin isteği ile tıp fakültesine girmiştir (7). Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise öğrencilerin yaklaşık yarısı (%45,9) kendi isteğiyle tıp fakültesine girmiştir, ailesinin isteğiyle girenler %22,2, saygın olduğu için tercih edenler %16,2, maddi getirisi için gelenler %11,9, fikri olmayanlar ise %3,8'dir (50). Tıp fakültesi tercih nedenleri sıralamasında, %34,2 oranında hayalindeki meslek, %31,2 oranında insanlara yardım, %13,9 oranında ise saygınlık kazanmak olarak belirtilmişti. Diğer nedenler arasında da; iş garantisi, önlük giyme merakı, aile isteği, ailede doktor bulunması gerektiği düşüncesi, mesleğe ilgi, insan sağlığı ve biyoloji merakı gibi nedenler bulunmaktaydı (41). Yapılan araştırmalarda tıp fakültesini tercihte ilk öncelikte, insanlara yardım etme isteği yer almaktadır (51). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %80,1'i tıp fakültesini ilk sırada tercih etmiş, tıp fakültesini ilk üç içinde tercih edenler %91,1, kendi isteği ile seçenler %72 bulunmuştur (5). Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin tıp fakültesini seçmelerinde, ailesel etki kız ve erkek öğrencilerde incelendiğinde; kız öğrencilerin ailesinde hekim bulunma oranının erkek öğrencilerden daha fazla olmasına karşılık aile etkisinde daha az kaldıkları ve erkek öğrencilere oranla daha fazla kendi istekleri ile tıp fakültesini seçtikleri ortaya çıkmaktadır. Aynı çalışmada, öğrencilerin tıp fakültesi seçme nedenleri incelendiğinde her iki cinste de ilk sırayı 'insanları kurtarmaktan mutluluk' alırken, bunu 'Bilim alanına ilgi', 'Yüksek gelir' ve 'Toplumsal prestij' izlemektedir (52). Uludağ Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin %88,9'u tıp fakültesine

isteyerek girdiğini, %10,8'i ise istemeden girdiklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin mesleği tercih etme nedenleri arasında ilk sırayı insanları sevmek ve yardım etmek isteği alırken, ikinci sırada mesleğin geleceği garanti bir meslek olarak görülmesi ve üçüncü sırada ise ÖSYM puanının uyması gelmektedir (53).

Büyük bir hevesle bu mesleği seçmiş olan genç hekimlerimizin önemli bir kısmı, günümüz koşullarında şartlar zorlaştığı ve icra edilen işin maddi ve manevi karşılığını alamadığı gerekçesiyle yapmış oldukları bu tercihten dolayı memnuniyetsizlik duymaktaydı. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %23,9'u (7), başka bir çalışmada ise %27,2'sinin (48) tıp fakültesine girdikten sonra pişmanlık duyduğu belirlenmiştir. Yine, Erciyes Üniversitesi'nde yapılan bir anket çalışması, öğrencilerin %33,7'sinin bu seçimi yapmaktan memnun olmadığını göstermiştir (54).

Çalışmamıza katılan bazı öğrenciler tercihlerini yaparken üniversite sınavında aldığı puana göre karar verdiğini, bazı öğrenciler ise mesleki saygınlığının, statüsünün ve maddi kazancının yüksek oluşu nedeniyle bu seçimi yaptığından, birkaç öğrenci ise çocukluk hayali olduğu için doktor olmayı istediğinden bahsetti. Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada öğrencilerin tıp fakültesi tercihinde etkili olan faktörler; %37,5'i 'Maddi kazanç', %46,7'si 'İş garantisi', %22,9'u 'Unvan', %47,5'i 'Toplumsal statü', %21,3'ü 'Aile ve çevre baskısı', %15,4'ü 'İdealimdi', %5'i 'Tıp tercihimini bilinçsiz yaptım' şeklinde tespit edilmiş olup, tıp fakültesini erkek öğrenciler sıklıkla toplumsal statü, maddi kazanç, aile ve çevre baskısı nedeniyle tercih ederlerken, bayan öğrencilerin iş garantisi, unvan ve hekimlik mesleğini sevdiği ve ideali olduğu için seçtikleri bulunmuştur (39). Yapılan çalışmaların da desteklediği gibi, öğrencilerin tıp mesleğini insanlık ideallerinden ziyade, hekimliğin vaat ettiği toplumsal statü ve iyi kazanç beklentisiyle seçtikleri yönünde de genel bir kanı bulunmaktadır (55). Buna karşın, çalışmalardan biri statüsünün öğrencilerin kariyer tercihinde her zaman etkisi olmadığını ifade etmiştir (56).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, tıp fakültesi öğrencilerin çok az bir kısmının uzmanlaşmayı düşünmediğini göstermiştir. (2, 47, 48, 57, 58, 59, 60, 61, 62).

1996-2002 Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre, boş zaman, aileye ayrılacak zaman, hobiler için zaman, profesyonel sorumluluklar için haftalık

çalışma saatlerinin kontrolü, çalışma saati, gece telefonla aranma, tıp harici aktiviteler için kalan zamanın öğrencilerin uzmanlık dalını seçiminde etkili olduğu bulunmuştur. Yaşam tarzının ileri dönemde kariyer değişiminde etkili olduğu gösterilmiş, 723 hekimden 123'ü başlangıçtaki pratik deneyimlerinden sonra uzmanlık dallarını değiştirmişlerdir. Hobi ve aileye ayrılacak zaman uzmanlık tercihinde etkili olmaktadır (63). Amerika'da dokuz tıp fakültesinden 346 öğrenciyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin haftalık çalışma saati düşük olan, hobi ve boş zamanı yeterli olan ve gece telefon aramaları az olan uzmanlık dallarını seçtiği bulunmuştur. Yaşam stiline bu yönlerinin, geleneksel etkiler olan prestij, ücret ve uzmanlık süresinin uzunluğu gibi faktörlerden daha etkili olduğu bulunmuştur (64).

Birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da öğrenci ise meslek hayatlarında rahat edebilecekleri, mesai saatleri dışında da ailelerine ve kendilerine daha fazla zaman ayırabilecekleri branşları tercih etmekteydi. FTR, dermatoloji, radyoloji gibi uzmanlık dallarının yanı sıra bu alanda aile hekimliği de seçilebilir uzmanlıklar arasında yer almaktaydı. Öğrencilerin aile hekimliği ile ilgili düşüncelerinin değerlendirildiği beş kalitatif çalışmada da, benzer şekilde esnek çalışma saatleri sayesinde aile hekimlerinin ailelerine ve sosyal yaşantılarına vakit ayırabildikleri için seçilebilir bir uzmanlık dalı olduğu belirtilmekteydi (43, 45, 56, 65, 66). Hukuki sorumluluktan çekindikleri gerekçesiyle de öğrencilerimizin bir kısmı tercihlerini yine bu yönde kullanmışlardır. Tolhurst ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında aile hekimliği uzmanlığının tıbbi tazminat açısından yaptırımlarının daha az olduğunu ifade etmiştir (43). Bununla birlikte maddi kazancı ve toplumsal statüyü ön planda tutan öğrenciler kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını düşünmekteydi. Benzer şekilde, Açık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencilerin branş tercihlerini, o branşın toplumdaki popüleritesi ve ekonomik açıdan getirisinin etkilediği ve en çok tercih edilen branşların pediatri (%18,9), kardiyoloji (%15,8) ve kadın hastalıkları ve doğum (%11,3) olduğu belirlenmiştir (7).

Çalışmamıza katılan öğrenciler için öncelikli olan sevdikleri işi yapmaktı. Bu yüzden çocuk hasta bakmaktan hoşlanan bir grup öğrenci pediatri istemekten bazıları da cerrahi branşlar ilgisini çektiği için beyin cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi istemekten hoşlanmaktaydı. Çan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre öğrencilerin %32,1'i

dahiliye, %18,8'i cerrahi dallardan biri, %18,5'i kadın hastalıkları ve doğum, %17,7'si pediatri dalında uzmanlaşmak istemektedir (49).

Öğrencilerin azımsanmayacak bir kısmı da hasta ve hasta yakınlarıyla muhatap olmak istemedikleri için tercihlerini radyoloji, biyokimya, halk sağlığı gibi bölümlerden yana kullanacaklarını belirttiler. Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada uzmanlık alanı olarak tercih edilen ilk beş branş sırasıyla şunlardır; %9,5'i göz hastalıkları, %9,1'i kardiyoloji, %8,4'ü dermatoloji, %8'i fizik tedavi ve rehabilitasyon, %8'i psikiyatri. Bu çalışmada erkek öğrenciler uzmanlık dalı olarak kardiyoloji, ortopedi, plastik cerrahi, dahiliye, biyokimya seçerken; bayan öğrenciler FTR, dermatoloji, psikiyatri, göz hastalıkları, KBB, nörolojiyi ilk tercihleri olarak belirttiler (39). Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında ise uzmanlık alanı olarak tercih edilen ilk beş alan şunlardır; pediatri (%14,5), kardiyoloji (%13,9), kadın doğum (%12,1), göz (%12,1) ve kulak burun boğaz (%9,3) (50). Öcek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin en çok tercih ettikleri uzmanlık alanları çocuk hastalıkları %16,6, kardiyoloji %15,6, cerrahi %15, kadın hastalıkları ve doğum %9,8, dahiliye %9,3, göz hastalıkları %8,8, psikiyatri %3,6, göğüs hastalıkları %6,6, kulak burun boğaz %2,6, dermatoloji %2,6, diğer %16,1 olarak bulunmuştur (60). Cerrahi, kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye diğer ülkelerde de en sık tercih edilen alanlardır (67, 68, 69). Avustralya'da 4 Tıp fakültesinde 507 öğrenciyle tıp fakültesine girişlerinin ilk ayında yapılan çalışmada öğrencilerin uzmanlık tercihleri %22 cerrahi branşlar, %20 pediatri, %16 aile hekimliği (%9 kırsal bölgede, %7 şehir merkezinde), %8 dahiliye, %8 acil hekimliği, %6 psikiyatri, %4 Kadın hastalıkları ve doğum olarak bulunmuştur (70). 2008 yılında Japonya'da Yamaguchi Üniversitesi'nde tüm sınıfları kapsayan 493 öğrencinin katıldığı çalışmada bayan öğrenciler kadın hastalıkları ve doğum, pediatri, dermatoloji tercih ederlerken, erkek öğrenciler cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi ve acil hekimliğini tercih etmiştir. Toplamda tercihler %52,8 dahiliye, %25,4 genel cerrahi, %22,7 pediatri, %14,7 psikiyatri, %17,6 ortopedi, %12,3 beyin cerrahisi, %12,7 kadın hastalıkları ve doğum, %12,1 göz hastalıkları, %10,6 kulak burun boğaz, %12,7 dermatoloji, %4,7 üroloji, %9 radyoloji, %8,4 plastik cerrahi, %13,5 anestezi, %19,3 acil hekimliği olarak bulunmuştur (71). 2007 yılında Ürdün Bilim ve Teknoloji Üniversitesi'nde 2, 4 ve 6. sınıf öğrencilerinden 440 öğrenciyle yapılan çalışmada 14 uzmanlık dalından hangisini istediği sorulmuş, erkek öğrenciler cerrahi, dahiliye, ortopedi seçerlerken bayan

öğrenciler kadın hastalıkları ve doğum, pediatri ve cerrahiye tercih etmişlerdir. Ortopedi, göz hastalıkları ve dermatoloji az ilgi görmüş, radyoloji, psikiyatri, halk sağlığı, aile hekimliği neredeyse hiç tercih edilmemiştir (72). 2004 yılında Hırvatistan'da 4 tıp fakültesinde 312 son sınıf öğrencisiyle yapılan çalışmada başarılı öğrencilerin uzmanlık seçimleri %3 aile hekimliği, %17 dahiliye, %12 pediatri, %6 cerrahi, %6 kadın hastalıkları ve doğum, %35 diğer dallar (anestezi, psikiyatri, radyoloji, onkoloji, patoloji, dermatoloji, intaniye, ortopedi, nöroloji, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, spor hekimliği) iken %6'sı henüz karar vermemiştir. Başarısız öğrencilerin uzmanlık seçimleri ise %8,3 aile hekimliği, %10 dahiliye, %9,4 pediatri, %6,3 cerrahi, %4,2 kadın hastalıkları ve doğum, %37,5 diğer dallar iken %6'sı henüz karar vermemiştir. Erkek öğrenciler cerrahi ve ortopediyi, bayan öğrenciler ise kadın hastalıkları ve doğum ve pediatriyi tercih etmişlerdir. Dahiliye ve aile hekimliği seçiminde kadın erkek farkı yok olarak bulunmuştur (73). 2002 yılında ABD'de öğrencilerin ilk tercihleri %24,8 dahiliye, %11,1 pediatri, %9,5 aile hekimliği, %7,6 genel cerrahi, %7,2 acil tıp, %6,4 anestezi, %6,1 radyoloji, %6,0 kadın hastalıkları ve doğum, %4,5 ortopedi, %4,1 psikiyatri, %3,3 göz hastalıkları, %2,3 dermatoloji, %2,2 nöroloji, %1,8 kulak burun boğaz, %1,8 üroloji, %1,3 patoloji olarak bulunmuştur (63). 2004-2006 yılları arasında Türkiye'de dört tıp fakültesinden birinci sınıf öğrencilerinin katıldığı çalışmada öğrenciler toplamda sırasıyla %25 kardiyoloji, %16,9 pediatri, %6,6 göz hastalıkları, %4,7 fizik tedavi ve rehabilitasyon, %4,5 kadın hastalıkları ve doğum, %4,3 dahiliye, %4,2 genel cerrahi, %2,7 kulak burun boğaz, %2,5 psikiyatri, %0,1 aile hekimliği olarak uzmanlık yapmak istedikleri bölümü belirtmişlerdir. Kız öğrenciler pediatri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını, erkek öğrenciler kardiyoloji ve göz hastalıklarını tercih etmişlerdir. Cerrahi alanları daha çok erkek öğrenciler tercih etmiştir (57). İngiltere'de 2002 yılı tıp fakültesi mezunlarının kariyerlerini inceleyen 2778 kişinin katıldığı anket çalışmasında erkeklerin %31,1'i, bayanların ise %11,9'u cerrahi uzmanlıkları seçmiştir. Erkeklerin %0,7'si, bayanların %3,4'ü kadın hastalıkları ve doğum, erkeklerin %3,4'ü, bayanların %7,9'u pediatriyi seçmiştir. Öğrenciler uzmanlık olarak ilk tercihleri %22,7 aile hekimliği, %22,1 genel tıp (allerji, kardiyoloji, genetik, dermatoloji, romatoloji, radyoloji, fizyoloji, nöroloji, endokrinoloji, GİS, GÜS, geriatri, intaniye, göğüs hastalıkları gibi), %19,5 cerrahi (genel cerrahi, KVC, nöroşirurji, göğüs cerrahisi, plastik cerrahi, üroloji, oftalmoloji, otorinolarinoloji,

pediatrik cerrahi, ortopedi ve travmatoloji gibi), %6,1 pediatri, %3,6 acil ve travma, %2,4 kadın hastalıkları ve doğum, %9,5 anestezi, %3,5 psikiyatri, %2,3 radyoloji, %2,1 patoloji, %1,4 onkoloji, %0,6 halk sağlığı olarak belirtmişlerdir. Erkekler ilk tercih olarak %14,5 aile hekimliği, %20,3 genel tıp, %31,1 cerrahi, %3,4 pediatri, %3,3 acil tıp, %0,7 kadın hastalıkları ve doğum, %10,3 anestezi, %3 radyoloji, %2,8 patoloji, %3,8 psikiyatri, %0,3 halk sağlığı, %0,8 onkoloji seçerken; bayanlar %28,1 aile hekimliği, %23,2 genel tıp, %11,9 cerrahi, %7,9 pediatri, %3,7 acil tıp, %3,4 kadın hastalıkları ve doğum, %9,0 anestezi, %1,9 radyoloji, %1,6 patoloji, %3,3 psikiyatri, %0,8 halk sağlığı, %1,9 onkoloji seçmişlerdir. Öğrencilerin seçim yüzdeleri ile mevcut çalışan doktorların oranı arasında uyumsuzluk tespit edilmiştir. 30 Eylül 2003 tarihli çalışan doktorlar %51 aile hekimi, %10,7 genel tıp, %1,2 kardiyoloji, %1,1 gastroenteroloji, %5,8 psikiyatri, %3,2 pediatri, %2,4 kadın hastalıkları ve doğum, %7,4 anestezi, %9,6 cerrahi, %1,0 acil tıp olarak tespit edilmiştir. Sadece uzman doktorların %21,8'i genel tıp, %6,7 pediatrist, %2,0 travma ve acil, %19,7 cerrahi branşlarda, %4,9 kadın hastalıkları ve doğum, %15 anestezi ve yoğun bakımda çalışıyormuş. Aile hekimliği uzmanı ve branş uzmanlarının %51'i birinci basamakta aile hekimi olarak, %10,7 genel tıp, %5,8 psikiyatri, %3,2 pediatri, %1,0 acil ve travma, %9,6 cerrahi branşlarda, %2,4 kadın hastalıkları ve doğum, %7,4 anestezi olarak çalışıyor bulunmuş. Erkekler daha ziyade genel cerrahi, bayanlar kadın hastalıkları ve doğum ve pediatriyi seçiyor olarak bulunmuştur (74). Yeniçeri ve arkadaşlarının Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada son sınıf öğrencilerine mezuniyet sonrasında hangi alanda uzmanlaşmak istedikleri sorulduğunda; son sınıf öğrencilerinin tümünün, pratisyenlik ve temel bilimler (preklinik) dışındaki dallarda uzmanlık yapmak istedikleri ortaya çıkmış, tercih ettikleri uzmanlık alanları içerisinde aile hekimliği sayılmamıştır (75).

Sonuç olarak, hem Türkiye'de, hem de pek çok farklı ülkede öğrencilerin büyük bölümü benzer alanlarda hastane bağlantılı bir uzman olmak istemektedir (39).

Amerika'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin %96 sı genel dahiliye, genel pediatri ve aile hekimi olarak birinci basamakta çalışmayı düşündüğünü, %51,8'inin ise gelecekte özellikle birinci basamakta çalışmak istediği bulunmuştur (76). Kara İ.H'nin çalışmasında öğrencilerin TUS'ta tercih ettikleri ilk 5 bölüm ise, KBB (%10,9), dermatoloji (%8,9), dahiliye (%7,9), plastik cerrahi (%7,9) ve psikiyatri (%7,9) idi.

Erkek ve kız öğrenciler karşılaştırıldığında, TUS'ta erkekler en fazla spor hekimliğini (%7,9), kız öğrenciler ise KBB'yi (%10,9) ilk sırada tercih edeceklerini bildirmişlerdir (40). Kanada'da tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir anket çalışmasının sonuçlarına göre, en fazla tercih edilen branş dahiliye (%22,4) idi. Diğer tercihler ise sırasıyla; cerrahi (%17), pediatri (%15,9) ve kentsel aile hekimliği (%14,9) ve kırsal aile hekimliği (%11,1) idi (77).

Çalışmamızda öğrencilerle kariyer seçiminde aile hekimliği uzmanlığına bakışları tartışıldığında yaklaşık yarısı net olarak fikir beyan edememişlerdir. Bu konudaki düşüncelerini paylaşan öğrencilerin ise üçte ikisi kariyer olarak aile hekimliği uzmanlığını düşünebileceğini ifade ederken, üçte biri hiç düşünmediklerini bildirmişlerdir. Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada, 1999-2000 yıllarında mezun olan doktorların mezuniyetlerinden bir yıl sonra aile hekimliğini tercih etme oranı %25 olarak bildirilmiştir (69). İspanya'da ise tıp fakültesinden mezun olan öğrencilerden %40 civarı aile hekimliğini tercih etmektedirler (78). Avustralya James Cook Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir kohort çalışmada bildirilen en sık kariyer tercihi birinci yılda aile hekimliği (%37) imiş. Mezuniyetten iki ay önce tekrar değerlendirildiğinde aile hekimliğinin hala en çok tercih edilen bölüm olduğu, fakat oranın %26'ya düştüğü gözlenmiştir (68). Kanada'da yapılan çalışmalarda birinci basamağı tercih eden öğrenci oranı 1982'de %40, 1992'de %44 iken, 2002'de ise bu oran %20'lere düşmüştür (79). Yunanistan'da da farklı araştırmalarda bildirilen aile hekimliğini tercih etme oranı %2 düzeyindedir (67, 80). Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada, öğrencilerin yalnızca %5,3'ü gelecekte birinci basamak hekimi olmak istemektedir (39). İsrail'de Technion Üniversitesi'nde yapılan 496 öğrenciden 358'inin anketi yanıtladığı çalışmada öğrencilerin %5,6'sı aile hekimliğini ilk tercih olarak seçmiş, %24,9'unun ise ilk üç tercihinden birisi aile hekimliği olmuştur (81).

Bazı öğrenciler gerekli olarak gördükleri bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği uzmanlığını bir kariyer tercihi olarak istemedikleri halde son tercih olarak seçebileceklerini kabul etmişlerdir (45, 65, 82). İki çalışmada aile hekimliği uzmanlığı başka bir uzmanlık yapılırken yapılabilecek alternatif bir uzmanlık dalı olarak değerlendirilmiştir (44, 56). Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada, öğrencilerin %86,4'ü birinci basamakta çalışmanın hekimi maddi ve manevi olarak tatmin etmediğini düşünmektedir (39). Bizim çalışmamızda da, öğrencilerin bir kısmı ülkemiz şartlarında

aile hekimliği yapmanın kendilerini mesleki anlamda tatmin etmeyeceğini dűşündükleri için aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemediklerini belirttiler. Yine bu konuda yapılan çalışmaların üç tanesinde, aile hekimliği diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında öğrencilerin bu uzmanlığı seçmeyi istememe nedenlerinin gelir dűřüklüđü olduğu belirtilmiştir (43, 45, 82). Buna karşı, Mutha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, özellikle kız öğrencilerin çift maaşlı olunacağını dűşündükleri için borç ya da dűřük gelir gibi faktörlerin kararlarını etkilemediğini söylemişlerdir (46).

Çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlığını tercih edip etmemeleri açısından söylenenler değerlendirildiğinde öğrenciler arasında cinsiyet farkı gözlenmemiştir. Yalnızca bu konu karşısında kararsız kalan grupta kız öğrenci sayısı erkek öğrencilere nazaran oldukça fazlaydı. Benzer şekilde, 2004 yılında Japonya’da 3, 4, 5, 6. sınıf 25 tıp öğrencisiyle yapılan çalışmada öğrencilerin %52’si birinci basamak uzmanlığını tercih etmiştir. Birinci basamak uzmanlığını tercih edenlerin %69,2’si bayan, %30,8’i erkek öğrencidir (44). Yine, yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek oranda birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih ettikleri gösterilmiştir (83, 84). İngiltere’de de, 2002 yılı tıp fakóltesi mezunlarının kariyerlerini inceleyen 2778 kişinin katıldığı anket çalışmasında 1999-2000 yılındaki verilerle kıyaslanınca aile hekimliğine ilgede bir artış olmadığını göstermiştir. Kadın ve erkekler arasındaki fark daha da açılmış olarak bulunmuştur, bayanların dörtte biri, erkeklerin ise yedide biri aile hekimliğini seçmektedirler (74). İsrail’de yapılan bir çalışmada kadın olmak, evli olmak, inançlı Yahudi olmak, sağlıkla ilgili deneyimi olmamak aile hekimliği seçimini olumlu olarak etkilemiş, aile hekimliğini seçen öğrenciler tıp yaşam stili, hasta popölasyonu karakteristiği ve toplumsal sorumlulukla daha ilgili bulunmuştur (81).

Yapılan çalışmalarda bir alanın tercih edilmesinde en çok rol oynayan etmenlerin, o alanın sağladığı gelir, prestij ve hasta memnuniyeti düzeyi olduğu belirtilmiştir (48, 67, 80). Birinci basamakta çalışmayı isteyen öğrenci yüzdesinin %5 olduğu bir çalışmada, öğrencilerin %42,6’sı aile hekimliği uzmanlığının toplumda saygın bir uzmanlık dalı olmadığını dűşündüđünü belirtmiştir (39). Dört Yunan tıp fakóltesinde tüm sınıflardan 591 öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerin %40,1’i birinci basamağı ulusal sağlık sisteminin basit ve önemli bir parçası olarak görürken, %49,2 prestijli değil, %27,7 bilimsel cesareti az doktorlar tarafından seçilmekte, %38,1 bilimsel olarak cazip değil, %23,5 maddi kazancının az olduğunu dűşünmektedir (80).

Kanada’da yapılan bir çalışmada özellikle yüksek başarılı öğrencilerin aile hekimliğini tercih etmenin kendini sınırlamak olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (45). Her ne kadar aile hekimliği için gerekli olan tıbbi bilgi kapsamlı olsa da yüzeysel olduğu yönündeki düşünceler dikkat çekmiştir (85). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da, öğrencilerin bir kısmı ülkemizde çevrenin aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olduğunu bilmedikleri ve bir yeri kazanamamış hekimlerin bu işi yaptığını düşündükleri için prestijinin olmaması ve bunun da mesleki açıdan kendilerini mutsuz edeceklerini düşündükleri için aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemediklerini belirttiler. Bunun gibi yapılan çalışmalarda da, aile hekimliğinin toplumdaki statüsünün, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tercih edilip edilmemesini belirleyen diğer önemli etmenlerden olduğunu göstermektedir (79, 84).

Birçok çalışmada, öğrencilerin aileleri, arkadaşları ve sosyal çevreleri tarafından edindikleri olumsuz tutum ve algıların kariyer tercihini etkilediklerini (42, 43, 45, 46, 65, 82) ve aile hekimliği dışında bir uzmanlık seçmeleri konusunda baskı altında hissettiklerini göstermekteydi (43, 82). Medyanın aile hekimliği ile ilgili olumsuz tutumunun öğrencilerin tercihlerinde önemli bir rolü olduğu üç çalışmada belirtilmiştir (42, 65, 66). İspanya’da yapılan bir çalışmada, öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığı tercihlerini etkileyen faktörlerin hasta olarak yaşadıkları deneyimler (%61,1), aile ve arkadaşlarının düşünceleri (%57,1) ve aile hekimlerinin görüşleri (%53,5) olduğu belirlenmiştir (86). İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin çoğunun düşüncesinin aile hekimliğinde hastane hekimliğine göre hareketliliğin ve teknolojinin daha az olduğunu, kronik hastalıklardan çok akut hadiselerle uğraşmak istediklerini, hastaları sevk etmek yerine problemi çözen kişi olmak istediklerini belirttiler. Özellikle bazı öğrenciler, bütüncül yaklaşımdan hoşlanmadıkları için aile hekimliğini istemediklerini belirtmişlerdir (56). Yapılan iki çalışmada, öğrencilerin ayrışmamış hastalıkların risk yönetimi ve aciliyet değerlendirilmesi ile ilgili ciddi endişeleri olduğu bildirilmiştir (43, 56). Kanada’da yapılan bir başka çalışmada, aile hekimliğinin toplumdaki prestijinin ve saygınlığının az olması nedeniyle öğrenciler tarafından uygun bir kariyer seçimi olarak değerlendirilmediği gözlemlenmiştir (87). Yapılan birçok çalışmada, öğrenciler aile hekimliğinin statüsünü diğer dal uzmanlıkları ile karşılaştırıldığında hem profesyonellik açısından (tıbbi hiyerarşinin tabanında yer alması) hem de sosyal açıdan olarak düşük statülü olarak değerlendirmiş olmalarına

rağmen (45, 56, 65, 82) bu çalışmalardan birinde statünün öğrencilerin kariyer tercihinde her zaman etkisi olmadığını ifade etmektedir. Birçok çalışmada, öğrencilerin aile hekimliğini tercih etmeme nedenleri diğer çalışmalarla uyumludur (48, 67, 88).

Çalışmamızda, gelecekte akademisyenlik planları olan öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığı ile bu yola daha kolay girebileceklerini düşündükleri için bu alanda uzmanlığı istedikleri gözlemlenmişken, yapılan bazı çalışmalar, araştırmalara ve akademik kariyere görece daha az ilgi duyan öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (67, 68, 83, 88, 89, 90). Kanada’da yapılan bir başka çalışmada katılımcıların sadece %20’si ilk tercihlerini aile hekimliğinden yana kullanacaklarını ve yaklaşık yarısının ilk üç tercihi arasında aile hekimliğinin yer alacağını belirttiler. Toplum yönelimli olma (Toplum içinde hastaya odaklanma, hastalarla uzun süreli ilişki, sosyal sorumluluk, sağlık sunumu) ve uzmanlığın farklı bakış açılarına sahip olması (çok çeşitli hasta problemleri, daha kısıtlı hasta problemleri gibi) öğrencilerin aile hekimliğini tercih etmesinde etkili iki faktör olarak belirlenmiştir (79).

Bizim çalışmamızda bilgi yelpazesinin ve hasta profilinin çok geniş olması olumsuz bir durum olarak görülmesine rağmen hastayla sürekli temas halinde olabilmek ve işin içinden çıkılmadığı noktalarda sevk edebilme imkanı hekimin kendini hukuki anlamda güvende hissetmesini sağlamakta ve bu açıdan aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilir bir uzmanlık olduğu tespit edilmiştir.

2002 yılında Kanada’da Toronto Üniversitesi’nde tüm tıp fakültesi sınıflarından 560 öğrenci ile yapılan çalışmada aile hekimliğini seçmeyi düşünen öğrenciler 1.sınıfta %72 iken son sınıfta %30’a düştüğü bulunmuştur. Aile hekimliğinin kazancı az olduğu için seçmeyeceğini düşünen öğrenci 1. Sınıfta %15 iken son sınıfta %40’a çıkmaktadır. Fakülte hayatı boyunca 1.sınıftan 4. Sınıfa doğru azalan bir ilgi tespit edilmiştir. Finansal mesele tercihlerde önemli bir yer oluşturmaktadır. Para 1.sınıfta kariyer seçiminde ilk iki seçenek arasında yer almazken 4. sınıfta %15’e çıkmıştır. Öğrencilerin %85-89’u aile hekimlerine çok az para verildiğini düşünmektedirler. Aile hekimliğinin yıllık kazancı düşük olduğundan rağbet görmemektedir. Bu öğrencilerde aile hekimliğinin değersiz olduğu hissini oluşturmaktadır. Çünkü az ücret ödenen iş önemsiz bir iş gibi algılanmasına neden

olmaktadır (91). Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %52,8’i aile hekimliği uzmanlığını hiçbir şekilde düşünmediklerini belirtmişlerdir. Aile hekimliği uzmanlığını düşünenlerin nedenlerini sırasıyla; uzmanlığa olan ilgi, yaşam tarzı, uzmanlığın yapısı, bireysel yetenek, iş olanakları, ekonomik getirisi, mesleğini özel olarak icra etmenin etkilediği bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda da, hemen tüm çalışmalarda olduğu gibi öğrencilerin büyük çoğunluğu çalışma koşullarının rahatlığını göz önüne alarak aile hekimliği uzmanlığı yazmak istediklerini söylediler. Yine aile hekimliği uzmanlığı seçme nedenleri arasında olan maddi kazanç durumu ülkelerin sağlık sistemine göre değişmekte ve öğrencilerin tercihlerini etkilemektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin çoğu dal uzmanlığı istediği ve aile hekimliğinin alanı çok geniş, geleceği belirsiz ve sorumluluğu fazla gibi gerekçelerle ilk etapta tercih etmeyeceklerini belirttiler. Fakat çalışma koşullarının rahatlığı açısından da cezbedici geldiğini ifade ettiler. 2004-2006 yılları arasında Türkiye’de dört tıp fakültesinden 770 birinci sınıf öğrencisinden 717 sinin katıldığı çalışmada aile hekimliği %0,9 ile öğrenciler arasında en az popüler olan uzmanlık dalı olarak bulunmuştur. Aile hekimliğini tercih eden öğrenciler çalışma şartlarının kolay olmasını, acil durumların az olmasını, hayatını daha iyi şekillendirmeye uygun olmasını seçim nedeni olarak göstermişlerdir (57). Kara İ.H’nin çalışmasında TUS tercihlerinde ilk beşte yer almamasına rağmen ilk 10 tercih arasında yer almaktaydı ve bu tercihlerde en fazla etkili olan faktörlerin seçecekleri dalın “aile ve özel yaşam üzerine etkileri ve akademik kariyer açısından özellikleri olduğu” belirlenmiştir (40). ABD’de Dorsey ve arkadaşlarının yaptığı çalışma 1996-2003 yılları arasına intörnlerin uzmanlık tercihinin aile hekimliği gibi düzenli yaşam şeklinin olduğu, gece nöbetlerinin olmadığı bölümlerden yana olduğunu göstermiştir (63). Birçok çalışma öğrencilerin uzmanlık tercihlerindeki en önemli etkenin uzmanlığın aile ve özel hayat üzerine etkisi olduğunu göstermektedir (40, 63). Yapılan bir çalışmada, aile hekimliği bazı öğrenciler için çekici olsa da genel olarak ilginin ve prestijin düşük olduğu bir branş olarak tanımlanmıştır. Özellikle kişiye ve aile yaşantısına sağladığı esneklik ve yaşam şekli birçok çalışmada tekrarlanan ortak fikirler arasındaydı (85). Edgcumbe ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada öğrencilerin kariyer seçimini etkileyen faktörlerin başında aile ve sosyal çevrenin etkisi ve çalışma alanına olan özel ilgi olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığı seçmelerini olumlu yönde etkileyen faktörler hastalarla olan

yakın ilişki, yaşam şekli ve çalışma koşullarının esnekliği iken, olumsuz yönde etkileyen faktörler ise aile hekimliğine gelen hastalıkların sıradan ve tekrarlayıcı görülmesi ve büyük bir kısmının sevk gerekliliği idi (56). Yine Edgcumbe ve ark. yaptığı çalışmada, hastane doktorları ile kıyaslandığında, eğitim süresinin kısa oluşu (43, 45, 56) ve çalışma koşullarının esnekliği bakımından iyi yapılandırılmış olmasının dikkat çekici olduğu söylenmekteydi (56). İngiltere’de yapılan bir çalışmada öğrencilerin aile hekimliği ile ilgili düşünceleri sorulduğunda çoğunluk iki kelime etrafında toplanmaktaydı: ‘sıradan’ ve ‘sıkıcı’. Buna rağmen, hastalara ulaşılabilirlik ve onlarla iletişim açısından olumlu düşünceleri olanlar da mevcuttu. Diğer branşlara göre daha rahat yaşam koşulları sağlayan güzel bir branş olmasına rağmen öğrencilerden aile hekimliği uzmanlığı yapmak isteyenlerin sayısı oldukça azdı (42). Japonya’da birinci basamak uzmanlığını tercih edenlerin % 46’sı prelinik dönem (3 ve 4. sınıf), % 53’ü ise klinik dönem (5 ve 6. sınıf) dir. Uzmanlık tercihlerini kendilerinin ya da yakınlarının hastalığı, aile üyelerinin mesleğe saygısı, müfredattaki laboratuvar ve cerrahi girişimler gibi prelinik tecrübeler, klinik atmosfer, karizma, rol model, doktor hasta iletişimi gibi hasta bakım yönleri etkilemektedir (44). OMÜTF Aile Hekimliği’nde yapılan bir çalışmada, öğrencilerimiz aile hekimliğini tıbbın tüm alanlarında bilgi sahibi olmayı gerektiren, hastaları iyi tanıyabilmeye olanak sağlayan, hastaların kendileri için yapılanlara kısmen de olsa memnuniyet gösterdikleri, ancak gelir ve prestij düzeyi düşük bir alan olarak görmektedir. Bu bulgu, öğrencilerimizin aile hekimliğine karşı olumlu bir tutuma sahip olduklarını, ama prestiji ve geliri nedeniyle bu alanı tercih etmediklerini göstermiştir (39).

Aile hekimliği sağlık sisteminin temel parçasıdır. İlginin azalmasıyla birincil bakımın sağlanması olumsuz etkilenecektir (91). Aile hekimliğini seçen asistan sayılarının az olması nedeniyle ileride ihtiyacı karşılayacak hekim bulmakta sıkıntı yaşanabileceği nedeniyle aile hekimliği seçimini etkileyen faktörlerin doğru tespiti ile öğrenci sayısını artıracak tedbirlerin alınması önerilmiştir (81).

Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü üstlenen pratisyen hekim ordusu olumsuz çalışma koşulları, mesleki doyumsuzluk, birinci basamak ortamına ilişkin eksiklikler ve belirsizlikler kadar “her hekimin yapabileceği” işleri yapan, uzmanlığı kazanamadığı için “başarısız” görülen hekimler olarak görülmekten dolayı

mutsuzdurlar. Oldukça zorlu bir eğitim sürecinden sonra ümitler, uzmanlaşarak maddi ve manevi doyum elde etmeye yönelmektedir. Tüm bu bulgular Türkiye ihtiyaçlarına uygun değildir. Öncelikli sağlık sorunları nedeniyle birinci basamağın özendirilmesi ve öğrencilerin bu ihtiyaç açısından bilinçlendirilmesi gerekliliği açık iken tıp eğitimi süresince aksi bir etkilenebilir. Ayrıca tıp fakültelerinden mezun olanların sayısındaki büyük artış nedeniyle uzman olmak isteyen hekimlerin birçoğu da Tıpta Uzmanlık Sınavını (TUS) kazanamamaktadır. TUS'u kazanamayan hekimler ya pratisyenlik yapmayı ya da yeniden TUS'a çalışmayı, ya da pratisyenlik yaparken TUS'a hazırlanmayı tercih etmektedir. Bu durum, yapmakta oldukları görevi benimsememeleri ya da aksatmaları ile sonuçlanmakta, Türkiye için çok önemli olan birinci basamak sağlık hizmetleri neredeyse işlemez konuma düşmektedir (48).

Tıp fakültesi öğrencilerinin kariyer seçimlerini belirleyen etmenler oldukça karmaşıktır ve birbirlerine bağımlı özelliktedir. Öğrencilerin kırsal alanda ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih edip etmemelerinde, hemen hemen aynı etmenler rol oynar (67, 68, 83, 88, 89, 90). Kırsal hekimlik ile ilgili olarak öğrencilerin genel kanısı iş yükünün ve sorumluluğunun fazla olması yönündeydi (43, 65). Fakat bazı öğrenciler bir dönem zorunlu kırsal hekimlik yapılması gerektiğini düşünmekteydiler (43).

Türkiye ve Yunanistan'da yapılmış olan çalışmalara bakıldığında, aile hekimliği çok fazla tercih edilen bir branş değildir. Bunun nedeni ülkelerin sağlık politikalarına bağlanabilir. Güçlü bir birinci basamak sağlık sistemine sahip olan Kanada, Birleşik Krallık gibi ülkelerin aksine, hem Yunanistan'ın (67, 80), hem de Türkiye'nin sağlık sistemi, aşırı uzmanlaşma eğilimli ve pazar yönelimlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini ve aile hekimlerinin, hem sağlık sistemi içindeki, hem de toplumdaki statüsünü geliştiren sağlık politikaları izlenmemektedir. Bu nedenle, aile hekimliğinin popülaritesindeki en önemli belirleyicinin, ülkelerin sağlık politikalarındaki tercihleri olduğu sonucuna varılabilir. Örneğin, modern batı sistemlerinde hekimlerin % 40-50'si aile hekimi iken, Yunanistan'da bu oran % 1,5 civarındadır. Yunanistan'da aile hekimi ihtiyacının karşılanabilmesi için sayı % 619 artırılmalıdır. Rakamların tersine dönmesi için birinci basamak hekimliğinin saygınlığının ve prestijinin artırılması gerekmektedir. Bu eğilimlerin tersine dönmesi için tıp eğitim sisteminin birinci basamağa göre

değiştirilmesi gerekmektedir. Birinci basamağa ilgiyi artırabilmek için tıp fakültesinde kazanılan deneyimler uzmanlık seçiminin yapılmasında önemli belirleyiciler olduğunda 2. ve 3. yıllarda birinci basamak pratiğini tecrübe etmeli, stajlar konmalı, son sınıfta birinci basamağa bağlı kalınmalı ve uygun kariyer danışmanlığı verilmelidir (80).

Yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir ki, öğrencilerin tıp eğitimi sırasında aile hekimleri ile teması ilerideki kariyer seçimlerini etkilemektedir (43, 46, 56, 82). İngiltere’de Ontario Üniversitesi’nde aile hekimliği ihtisası yapan hekimlerle yapılan görüşmede tıp fakültesine aile hekimi olma isteği ile gelen öğrencilerin çocukluk döneminde aile hekimleri ile olan güzel iletişimleri idi. Yine, öğrencilerin tıp fakültesi birinci sınıfta iyi rol modellerle karşılaşması kariyer seçimi açısından bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Bunun tam tersi olarak prelinik dönemde aile hekimleri ile karşılaşmamaları öğrenciler için bir sorundur. Rol modellerin en büyük etkisi hasta hekim görüşmesi ile ilgiliydi. Aile hekimlerinin çalışma alanlarını gözlemlene fırsatının, katılımcıların aile hekimliği kariyerini seçmede büyük etkisi olmuştur. Aile hekimliği kariyeri açısından tıp eğitimi sırasında öğrenciyi sürekli aile hekimleri ile temas halinde tutarak aile hekimliği ile ilgili iyi düşüncelerini desteklemek gerekmektedir (93).

Çalışmamızda, öğrencilerin neredeyse tamamının aile hekimliği uzmanlığı hakkında fikrinin mevcut olduğu fakat aile hekimliği stajını aldıktan sonra tam anlamıyla disiplini tanıdıkları anlaşılmıştır. Benzer şekilde, Avustralya’da yapılan bir çalışma, öğrencilerin aile hekimliği uygulama eğitimi almadıkları için bu konudaki fikirlerinin yeterli olmadığını savunmuştur (65). Nitekim ABD’de aile hekimliği departmanları ikinci yıldan başlayarak tıp öğrencilerinin eğitimine katılmaktadır. Böylece tıp öğrencilerinin aile hekimliği disiplinine yönlendirilmesi mümkün olmaktadır. ABD’de yapılan prospektif bir çalışmada, tıp fakültesine yeni başlayan birinci yıl öğrencilerinde, okuldan mezun oldukları altıncı yılsonuna dek başlangıçtaki ihtisas tercihlerinin en yüksek oranda sürdürüldüğü ihtisas dalları arasında aile hekimliğinin (iç hastalıkları ve genel cerrahiyle baş başa) önde gelmekte olduğu bildirilmektedir (%39) (94). Yener Ö.F’nin yaptığı çalışmada da, öğrencilerin %53’ü aile hekimliği uzmanlık alanıyla ilgili bilgi sahibi olmadıklarını düşünmekteydiler (39). Aynı çalışmada, öğrencilerin %81,7’si aile hekimliği uzmanlığının toplumda yeterince

tanınmadığını, %69,3'ü ise aile hekimliği uzmanlığının sağlık çalışanlarınca yeterince tanınmadığını belirtmiştir (39). Bizim çalışmamızda da, benzer oranda büyük bir kısım öğrenci aile hekimliği uzmanlığının ne olduğunu pratisyen aile hekimleri ile uzmanların farkının toplum ve hatta sağlık personelleri tarafından bilinmediğini, bildiğini söyleyenlerin ise kişinin konu ile ilgisine göre bunun değiştiğini söylediler. Buna karşın, İspanya'da yapılan bir araştırmada; Tıp fakültesi 2. sınıf öğrencileri aile hekimliği uzmanlığına toplumca hak ettiği değerin verildiğini, diğer tıp uzmanlarınca da önemli görüldüğünü düşündüklerini söylemişlerdir (78). Çalışmalar arasındaki bu fark, ülkelerde aile hekimliği sisteminin oturması ile ilintilendirilebilir. Tıp öğrencilerine yeterli düzeyde mesleki klinik becerilerin kazandırılması, tıp eğitimindeki ana hedeflerden biridir. Öğrencilerin eğitimlerini yeterli düzeyde teorik bilgiye sahip olarak tamamlamalarına karşın, temel klinik beceriler açısından yetersiz oldukları bilinen bir gerçektir (16).

Çalışmamızda öğrencilerin tümü fakülte eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığına özendirilme olmadığını aksine her fırsatta birinci basamakta çalışmakla korkutulduklarını belirtmişlerdir. İfadelerin çok büyük bir kısmında; öğrencilere birinci sınıfa başlarken birinci basamak hekimi olarak yetiştirildikleri söylenmişken eğitimin hiçbir zaman bu yönde verilmediği vurgulanmaktaydı. Birinci basamak hekimliğine özendirilmenin olduğu tek yerin de intörlükte alınan aile hekimliği stajı olduğu öğrenciler sıklıkla belirtmişlerdir. OMÜTF'de yapılan bir çalışmada fakülte eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığını düşünen %18,7 öğrencidir. Öğrencilerin %81,3'ü özendirilmediğini ifade etmiştir, OMÜ ve çalışma kapsamındaki diğer, müfredatında zorunlu aile hekimliği stajı bulunmayan dört tıp fakültesinin öğrencileri karşılaştırıldığında OMÜ son sınıf öğrencileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde birinci basamağın özendirildiğini ifade etmişlerdir. Yener, bu sonuçlarını OMÜTF son sınıfında uygulanan zorunlu aile hekimliği stajına bağlamıştır (39). Yapılan bir çalışmada, öğrenciler rol modellerinin konu ile ilgili algılarını olumlu ya da olumsuz çok fazla etkilediğini ileri sürmüştür. Ayrıca, diğer dal uzmanlarının, eğitmenlerin, arkadaş çevresinin ve medyanın bu konudaki etkileri de yadsınamazdı. Ayrıca diğer branşlara göre prestij eksikliği algısı ve düşük maaşa sahip olması da değinilen noktalardandı (85). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, görüşülen öğrencilerden çoğunun hastanedeki doktorların aile hekimliği ile ilgili olumsuz görüşler bildirdiği öğrenilmiştir.

Ayrıca, müfredat içeriği de öğrencilerin görüşlerini etkilemektedir. Öyle ki, ilk beş yılda PDÖ oturumlarında verilen senaryoların büyük çoğunluğu hastane ortamında geçmesi ve birinci basamak ile ilgili çok az sunum olması öğrencilerin aile hekimliği ile ilgili düşüncelerini olumsuz yönde etkilemekteydi (42, 45, 65). Tıp fakültesi uzun döneme yayılan kent yönelimli bir sosyal ve kültürel deneyimdir. Öğretim üyelerinin tutumu da etkilenmeye çok açık olan öğrencilerin tercihlerini belirlemektedir. Tıp eğitimi süresince öğrencilerin hem örtülü, hem de açık yollardan birinci basamakta ve kırsal alanda çalışmaktan soğutulduğu düşünülmektedir (89). Bu nedenle, bir okulun resmi misyonu ve eğitim programı birinci basamak tercihinin desteklese de, okulda informal bir biçimde egemen olan kültür, yani gizli müfredat, birinci basamağın tamamen aksi yönünde olabilir (88). Yapılan çalışmalarda, öğrencilerin aile hekimliği süresi ve kalitesi ile ilgili olumlu görüşlerinin olduğunu ve bu tutumunun birinci basamak hekimliğini olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. Bu da, mezuniyet öncesi eğitimin gelecek kariyerini yönlendirmede ne denli etkili olduğunu göstermektedir (42, 44).

Türkiye’de 1991 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmanın sonucunda, öğrencilerin bilgi ve beceri açısından kendilerini mesleki yaşamlarına hazır hissetmedikleri saptanmıştır (95). Yine, Yener Ö.F’nin yaptığı çalışmada, fakültede aldığı eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerinin başlangıçtaki beklentilerini karşıladığını düşünen öğrenci oranı %28,8 idi. %56,8’i ise fakültede aldığı eğitim sonucu oluşan bilgi ve becerilerinin başlangıçtaki beklentilerini karşılamadığını düşünüyordu (39). Üner ve arkadaşlarının, Ankara’da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin bazı birinci basamak hizmetlerine ilişkin bilgi ve beceri alanlarındaki öz değerlendirmelerini belirlemek için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin %38,6’sı tıp fakültesinde aldıkları eğitimin birinci basamak uygulamalar açısından orta düzeyde yeterli olduğunu, %13,6’sı ise yetersiz olduğunu %2,3 çok yetersiz olduğunu söylemişlerdir. Hekimlerin %39,5’i kendilerini birinci basamaktaki hekimlik uygulamaları açısından yetersiz gördüğünü ifade etmiştir (96). Yarış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, öğrenciler tıp fakültesinde gördükleri eğitimi değerlendirdiklerinde; %34,1 yetersiz, %38,8 fena değil, %27,1 iyi olarak belirtmişlerdir (2). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada da; tıp fakültesi müfredatının birinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli bilgi ve beceri düzeyini

veremediği belirlenmiştir (97). Dedeoğlu'nun yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin tıp fakültesinde toplumun sağlık gereksinmelerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun tıp eğitimi almadıklarını düşündükleri bulunmuştur (98). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da öğrencilerin neredeyse tamamı fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımları konusunda çok bilgilendirilmediklerini, çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamakta karşılarına çıkacak hastalıkların anlatılıp sınavlarda bu konulardan mesul olduklarını belirttiler. Diabetes Mellitus gibi sık rastlanan hastalığın tanı kriterlerine yeterince vakıf olmayan, ancak pankreas beta hücrelerindeki patolojik sınıflandırmayı çok iyi bilen, yine primer hipertansiyon tedavisinin basamaklarına yeterince hakim olmayan, ancak hipertansif retinopatinin sınıflandırmasını çok iyi bilen, benzer şekilde örnekleri çoğaltılabilecek hekim grubu ile karşılaşılması son derece olasıdır (12). Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımının öğretildiğini düşünen öğrenci oranı %61,8 iken, öğrencilerin %38,2'si birinci basamak yaklaşımının öğretilmediği kanaatindedir, OMÜTF ve diğerleri olarak gruplandırıldığında OMÜ intörnleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bu soruya olumlu yanıt vermişlerdir. Aynı çalışmada, “Fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ister miydiniz” sorusuna öğrencilerin %77,9'u evet cevabını vermiştir (39). Köksal ve arkadaşlarının araştırmasında öğrencilerin fakültede aldıkları eğitimin pratisyen hekimlik ve Tıpta Uzmanlık Sınavı için yeterli olup olmadığı konusundaki görüşlerine baktığımızda; öğrencilerin %20,2'si pratisyen hekimlik için aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtmelerine karşılık, Tıpta Uzmanlık Sınavı için aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirten öğrencilerin oranı %12,8'dir. Öğrencilerin %68,9'u pratisyenlik hekimlik için, %76,7'si ise Tıpta Uzmanlık Sınavı için aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (48). Yeniçeri ve arkadaşlarının Dokuz Eylül Üniversitesi Dönem VI öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise mesleki kaygı anketinde tıbbi uygulamalarla ilgili kaygı ve kendine güvensizlik oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Sürekli kaygı durumu ile hastalara kasıtsız olarak zarar verme, hastalara yanlış tanı koyma, acil hastayla baş etme, klinik beceriler konusunda yetersiz kalma gibi parametreler arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Herhangi bir branşta uzmanlık eğitimi dönemi bu becerilerin rehberlik eşliğinde pekiştirilerek güven oluşturulduğu bir dönem olarak da algılandığı bulunmuştur (75). Yener Ö.F'nin yaptığı

çalışmada, öğrencilerin anlamadan ezberledikleri, birinci basamakta çok ender karşılaştıkları uzmanlık düzeyinde ve nadiren kullanacakları bilgiler ile yüklenmesine neden olduğu anlaşılmaktadır. Tıp eğitiminde çok görülen olgular yerine çok az görülen, önceliği olmayan, ender ve öğretim üyelerine ilginç gelen olguların tıp öğrencilerine öğretilmesi, anabilim dallarının kendilerine ayrılan süre içinde tıp öğrencisine gerekli olmayan, çok ayrıntılı bilgilere yer vermesi yerine toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik hizmet sunacak şekilde düzenlenmesi faydalı olacaktır. Bu sonuçlar öğrencilere verilen tıp eğitim müfredatının sorgulanmasını gerekli kılmaktadır (39). Yapılan birkaç çalışmada öğrenciler aile hekimliğinin müfredatta yer almamasından dolayı tıp eğitiminin hala hastane tabanlı olduğunu düşünmekteydiler (42, 45, 65). Tıp doktorluğunda beceri kazanmada, uygulamaya dayalı öğrenimin üstünlüğü, gelişmiş ülkelerde de kabul edilmiş ve uygulanmakta olan yöntemdir. Kanada'da yapılan bir çalışma, tıp fakültelerinde topluma dayalı ve uygulamaya yönelik öğrenimlere ağırlık verilen, probleme dayalı bir öğrenim sistemine geçilmesiyle, tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin koruyucu hekimlik hizmetlerindeki performanslarının istatistiksel olarak önemli derecede arttığını göstermektedir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre, uygulama ağırlıklı sistemden mezun olan doktorların tanı koyma ve uygun reçete yazma becerileri de olumlu yönde dört kat artış göstermektedir (99).

Çalışmamızda, öğrencilerin yarısının aile hekimliğini staj öncesinde düşünmedikleri halde staj sonrası uzmanlığın gerekli olduğunu hatta seçecekleri uzmanlık alanı olarak düşünebildikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, öğrencilerin tercihlerini staj yaparken en fazla sevdikleri, yararlandıklarını düşündükleri dalları göz önünde bulundurduklarını göstermektedir (7). İspanya'da yapılan bir araştırmada; tıp fakültesi 2. sınıf öğrencilerinden aile hekiminin görevini tanımlayabilmeleri istenmiş ve aile hekimliği stajı öncesi %34,1 öğrenci başarabilmişken staj sonrası bu oran %97,7 ye çıkmıştır (78). 2008 yılında Japonya Tokushima Üniversitesi'nde yapılan çalışmada öğrencinin staj öncesi aile hekimliğini tanıma oranı %39 iken, ders sonrası %54, pratik uygulama sonrası ise %62 olarak bulunmuştur. Öğrencinin staj öncesi uzak bölgelerdeki doktorluğu tanıma oranı %38, iken ders sonrası %48, pratik uygulama sonrası ise %56 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada staj öncesi gelecekte aile hekimi olmak isteyen öğrenci oranı %70 iken, ders sonrası %72, pratik uygulama sonrası ise %77 olarak

bulunmuştur. Öğrencinin staj öncesi uzak (kırsal) bölgelerde çalışma isteği %52 iken, ders sonrası %52, pratik uygulama sonrası ise %66 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre toplum hekimliğine ilgi ve istek uyandırmada derslerden ziyade pratik uygulamalar daha etkilidir (100). 1999-2005 yılları arasında Kaliforniya’da 10 tıp fakültesi 8773 öğrencisinden 4 haftalık Kaliforniya aile hekimliği staj programına katılan 281 öğrenci ile yapılan araştırmada kursa katılan öğrencilerin %24’ü aile hekimliği uzmanlığını, %76’sı ise diğer başka bir uzmanlığı seçerken; kursa katılmayan 8288 öğrencinin %13’ü aile hekimliği uzmanlığını, %87’si ise diğer uzmanlıkları tercih etmiştir. Bütün Kaliforniya mezunlarının ise %14’ü aile hekimliği uzmanı olurken, %86’sı diğer uzmanlıkları seçmiştir (101). 1992-2000 yılları arasında ABD Texas eyaletinde 9 yıllık çalışmada 4-8 haftalık aile hekimliği staj programı sonrasında programa katılanların %28’i aile hekimliğini seçerken, katılmayanların % 16’sı aile hekimliğini seçmiştir (102). ABD’de Ohio Devlet Üniversitesi’nde 1993-1997 arası ve 1999’da 6 haftalık yaz programına katılan öğrencilerin %43’ü aile hekimliğini tercih etmiştir (102). Minnesota Tıp Fakültesi’nde 1998-2004 yılları arasında 9 aylık elektif birinci basamak stajına katılanların %83’ü birinci basamak hekimi olmuştur (103). Iowa Üniversitesi’nde 1990-1996 yılları arasında 3 haftalık aile hekimliği programlarına katılanların %29’u aile hekimliğini seçmiştir (104). İspanya’da yapılan bir araştırmada; 2.sınıf öğrencilerinin bir haftası birinci basamakta aile hekimine tüm aktivitelerinde eşlik etmek üzere 4 aylık aile hekimliği stajı sonrası yapılan değerlendirmede kurs öncesi %38,6 öğrenci gelecekte aile hekimi olmak istediğini belirtirken, kurs sonrası bu istek %70,4’e çıkmıştır. Kurs öncesinde %77,3 öğrenci gelecekte aile hekimliği kariyeri düşünmezken, kurs sonrası bu oran %38,6’ya gerilemiştir (78). Eğitim birinci basamağı tercih etme olasılığını artırabildiği gibi (88), başlangıçta birinci basamağı tercih eden pek çok öğrenci eğitim sırasında bu kararından vazgeçebilmektedir (83, 88, 90, 105). Bu tercih birinci basamağın sunduğu hizmet yoğunluğundan, kapsam genişliğinden ve hizmetin sürekliliğinden kaynaklanan iş yükünün öğrencinin gözünü korkutması nedeniyle ortaya çıkabilir.

Bizim çalışmamızda da olduğu gibi, bazı öğrenciler yapılan işi kendilerine uygun bulamamış, bazıları da toplumun aile hekimlerine gösterilen saygının yetersiz olduğunu düşündükleri için bakış açısını olumsuz etkilediğini göstermiştir. Benzer şekilde Yener Ö.F’nin yaptığı çalışmada, öğrencilerin her ne kadar aile hekimliğine

karşı olumlu bir algıya sahip olsalar da, ileride bu alanda çalışmayı tercih etmediklerini ve hastane bağlantılı bir uzman olmayı istediklerini göstermiştir. Tutumun tercihe dönüşmemesinin tıp eğitimi ile ilgili nedenleri eğitim programının çok büyük bir bölümünün hastane çevresinde gerçekleşmesi, birinci basamağa ve aile hekimliğine maruziyetin yalnızca son sınıfta bir aylık süreyle sınırlı kalması, öğretim üyelerinin tutumu ve fakültenin gizli müfredatı olabileceği düşünülmüştür (39). Daha az olmakla birlikte bazı öğrenciler de stajın bakış açılarında olumlu ya da olumsuz değişikliğe neden olmadığını ifade ettiler. Birkaç öğrenci ise staj öncesinde birinci basamakla ilgili hiçbir bilgileri olmadığı halde, staj sonrasında birinci basamakla ilgili yeni bir bakış açısı kazandıklarını söylediler. Sosyopsikolojik çalışmalar belli bir sosyal gruba bir süre için birlikte olmanın bu gruba karşı olumlu tutum geliştirmeyi sağladığını göstermiştir. Daha önce gerçekleştirilen çalışmalar da, öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarının en önemli belirleyicisinin aile hekimleri ile yaşadıkları deneyimler olduğunu bildirmiştir (84, 88).

Bizim çalışmamızda saptanan öğrencilerin çoğunun birinci basamak ve aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili olumlu tutumları, öğrencilerimizin aile hekimleri ile birlikte çalıştıkları eğitim etkinliklerine ve staj kapsamında uygulanan birinci basamak ve toplum yönelimli müfredata bağlanabilir. Benzer şekilde, Kanada’da aile hekimliğini seçen 29 öğrenciyle yapılan çalışmada aile hekimliği hocalarının seçimde önemli bir faktör olduğu, erken tıp eğitiminde (1. sınıf) iyi aile hekimi rol modelleriyle karşılaşmasının öğrenciler üzerinde uzmanlık seçiminde güçlü etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (93). Örneğin 1992’de Rabinowitz yedi nüfus tabanlı aile hekimliği merkezinin birinde, üçüncü yılda zorunlu olarak yapılan altı haftalık aile hekimliği stajı ile ilgili olarak on altı yıllık bir deneyimi aktarmıştır. Buna göre öğrenciler altı adet zorunlu çekirdek staj arasında en yüksek puanı aile hekimliği stajına vermişler, yanı sıra mezunların %16’dan fazlası aile hekimliği uzmanlık eğitim programlarını tercih etmişlerdir. Bu oran ABD’deki tüm tıp fakültelerinde ortalama %12 idi. (106). Avustralya’da tıp fakültesinde öğrencilerin prelinik yıllarında kısa dönemlerde, klinik yıllarında daha uzun sürelerle kırsal hekimlik stajı yapmalarının kırsal hekimlik tercihlerini artırdığı bulunmuştur (107).

Çalışmamızda, öğrencilerin bir kısmı stajın başlangıç zamanı ve süresinden memnunken, bir kısmı dönem 6'da veriliyor olmasından memnun fakat diğer branşlardan aldıkları verimden çok daha fazlasını aile hekimliği stajında aldıklarını düşündükleri için sürenin uzatılması gerektiğini düşünüyorlardı. Bir çalışmada birinci basamak çalışmalarının öğrencinin ilk klinik uygulama stajı olduğunda balayı etkisi yarattığı ve aile hekimliğinin negatif yönlerinden ziyade olumlu yönlerini hatırlayan öğrenciler için büyüleyici olduğu vurgulanmıştır (108). Bizim çalışmamızda da, öğrencilerin bir kısmı stajın klinik dersler başlamadan önce verilmesi, bir kısmı ise stajın klinikle birlikte başlaması yönünde fikir beyan etmişlerdi.

Aile hekimliği stajlarını başarılı bir hale getirmek için, öğrenciyi aile hekimliği hakkında eğitmeyi, kariyer seçeneği olarak düşünmesini sağlamayı ve aile hekimliği stajını seçen öğrenci sayısını artırmayı hedeflemek gerekmektedir. Öyle ki, birçok çalışma öğrencilerin tıp eğitiminin başlangıcında yaptıkları kariyer tercihinin sonuçta yapacakları tercihin çok iyi bir göstergesi olduğu ve eğer tıp eğitimleri sürecince akıllarından bu seçeneği geçirmediyse, öğrencilerin ileride aile hekimliğini tercih etme olasılıklarının çok düşük olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, kariyer tercihinin eğitimin ilk yıllarında tanımlanması çok önemlidir (67, 79, 88). Bununla birlikte, tıp eğitiminin de tercihlerin biçimlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (68, 83, 84, 88, 90). Bir çalışmada tıp öğrencilerinin 3. ve 4. yıllarında gelecekteki uzmanlık seçimlerini yaptıkları, uzmanlık alanıyla ilgili bilgilendirildiklerinde, doğru bir bakış açısı kazandırılmaya çalışıldığında, staj olarak konulduğunda öğrencilerin o uzmanlık dalını tercihinin artabildiğini göstermiştir (109). Bu noktada, tıp öğrencileri aile hekimliğinin temel tıp eğitimi içinde anılmaya başlanması ile birinci basamak sağlık hizmetleri kavramıyla daha erkenden tanışabilecek ve henüz öğrenciyken toplum yönelimli hekimlik kavramına yakınlaşmaları sağlanabilecektir. Yapılan çalışmalar aile hekimliği stajı kapsamında birinci basamak eğitimi alan öğrencilerin genel tıp disiplinine daha çok ilgi duyduğunu göstermektedir (39). İspanya'da yapılan bir araştırmada; tıp fakültesi 2. sınıf öğrencilerinin tıp eğitiminde aile hekimliği stajının gerekli olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Aynı araştırmada öğrenciler 2, 3 ve 5. sınıfta birer haftalık birinci basamakta pratik uygulama stajları olduğunu, son sınıfta da staj istediklerini belirtmişlerdir (78). Bizim çalışmamızda da, bazı öğrenciler stajın klinik dersleri içerisinde verilmesinin daha etkili olacağını düşünmekteydiler.

Bazı yazarlar toplumda gerçekleşen tıp eğitim etkinliklerinin kariyer tercihini etkilediğini ileri sürerken, bazıları da toplumda çalışmanın kariyer tercihini yalnızca kısa erimli olarak değiştirdiğini ileri sürmektedir (110). Bu durumda, tıp fakültelerindeki eğitimin öğrencileri aile hekimliğine ve kırsal alana yönlendirebilmesi için bazı koşulların gerçekleştirilebilmesi gereklidir. Öncelikle öğrenciler toplumla ve aile hekimleri ile erken dönemde ve sürekli olarak karşılaşmalıdır. Birinci basamak ve kırsal alan deneyiminin tüm müfredat boyunca yayılması, tüm sınıflarda yer alması çok önemlidir (68, 89). Birinci ve ikinci yılın eğitim programının uzmanlık seçimindeki etkisinin sınırlı olduğu (83, 88, 90, 111), ancak üçüncü yıldan itibaren gerçekleşen ve birinci basamağa geniş bir zaman ayıran programların birinci basamak tercihini etkileyebileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (88). Diğer yandan, yalnızca hastane içinde gerçekleşen eğitimin etkisi de aksi yöndedir. Bu da eğitimin gerçekleştiği ortamlar arasındaki dengenin kariyer tercihi açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (112, 113). Yener Ö.F'nin yaptığı çalışmada birinci basamakta hizmet veren hekimlerin tıpta uzmanlık sınavında başarılı olarak en az üç yıl daha eğitim alarak uzmanlaşması gerektiğini düşünen öğrenci oranı %60,4 olarak bulunurken, öğrencilerin %39,6'sı ise birinci basamakta çalışmak için altı yıllık eğitimin yeterli olduğuna inanmaktadır (39).

Bizim çalışmamızda ise, yaklaşık olarak ters oranlarda öğrencilerin yarısından fazlası uzmanlaşmanın bilgi düzeyini artırdığını ve birinci basamak kalitesini artırdığını, iyi bir hasta izlemi için ya çok deneyimli olmak ya da uzmanlık eğitimi almak gerektiğini düşünmekteydiler. Bazı öğrenciler ise aile hekimliğinde çalışacak hekimin uzman olmasına gerek olmadığını, kendini geliştirmiş olan bir pratisyen hekimin de çok rahatlıkla aynı işi yapabileceğini ifade etmekteydi. Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma hizmet sunacak hekimin tıptaki ilerlemelere uygun olarak yetişmesi ve geliştirilmesi, hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir (11). Fakat çalışmamızda öğrencilerin bir kısmı ülkemiz koşullarında fakülte eğitiminin kaliteyi sağlamada yetersiz kaldığı düşüncesindeydiler ve kendilerini birinci basamak hekimliği konusunda yetersiz hissetmekteydiler. Verilen tıp eğitim kalitesi artırıldığı takdirde uzmanlaşmaya gerek olmadığını ifade ettiler. Yener Ö.F. çalışmasında fakültede aldığı eğitim düzeyinin birinci basamakta hasta tedavi etmek için yeterli olduğuna inanan öğrenci oranı %39,6 olarak bulmuşken, öğrencilerin %51'i ise aldığı eğitimin birinci

basamakta hasta tedavi etmek için yetersiz olduğuna inandığını tespit etmiştir (39). Yine bu konuda yapılan birkaç çalışmada da, fakültede alınan eğitimin hem pratisyen hekimlik hem de Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlık için yetersiz olduğu ifade edilmiştir (7, 48).

6. SONUÇLAR

- 1- Öğrencilerin yaklaşık yarısının doktorların yaptığı işe özendikleri için, herkesin yapamayacağı bir iş olan 'hekimlik' vasıtasıyla yardıma ihtiyacı olan insanlara ulaşip mesleki tatmini yaşamak istedikleri için seçtiklerini belirttiler.
- 2- Öğrencileri önemli bir kısmı, günümüz koşullarında şartlar zorlaştığı ve icra edilen işin maddi ve manevi karşılığını alamadığı gerekçesiyle yapmış oldukları bu tercihten dolayı memnuniyetsizlik duymaktaydı.
- 3- Yine bu mesleği seçmelerinde gelecekte iş kaygısı duyulmayacak bir meslek olarak görülmesinin ve okul biter bitmez işe başlayabilmelerinin etkili olduğunu ifade eden çok sayıda öğrenci vardı.
- 4- Bazı öğrenciler üniversite sınavında aldığı puana göre karar verdiğini, bazı öğrenciler mesleki saygınlığının, statüsünün ve maddi kazancının yüksek oluşu nedeniyle bu seçimi yaptığından, birkaç öğrenci ise çocukluk hayali olduğu için doktor olmayı istediğinden bahsetti.
- 5- Öğrencilerin yaklaşık yarısı sevdiği ve çalışmaktan zevk alacağı bölümleri tercih etmek istediklerini belirttiler.
- 6- Öğrencilerin azımsanmayacak bir kısmı da hasta ve hasta yakınlarıyla muhatap olmak istemediklerini belirttiler.
- 7- Öğrencilerin büyük çoğunluğu meslek hayatlarında rahat edebilecekleri, mesai saatleri dışında da ailelerine ve kendilerine daha fazla zaman ayırabilecekleri branşları tercih etmekteydi. Ayrıca bu bölümleri isteyen öğrenciler çok fazla hukuki sorumluluk altına girmekten çekinmekteydi.
- 8- Maddi kazancı ve toplumsal statüyü ön planda tutan öğrenciler kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığını düşünmekteydi.
- 9- Öğrencilerin büyük çoğunluğu çalışma koşullarının rahatlığını ve maddi getirisinin iyi oluşunu göz önüne alarak aile hekimliği uzmanlığı yazmak istediklerini söylediler. Bilgi yelpazesi geniş olmasına rağmen hastayla sürekli temas halinde olabilmek ve işin içinden çıkılmadığı noktalarda sevk edebilme imkanı hekimin kendini hukuki anlamda güvende hissetmesini sağlamaktaydı.
- 10- Öğrencilerin bir kısmı da gerek ülkemiz şartlarında aile hekimliği yapmanın kendilerini mesleki anlamda tatmin etmeyeceğini düşündükleri için gerekse

hastaların aile hekimlerine bakışı yüzünden aile hekimliği uzmanlığı yapmak istemediklerini belirttiler.

- 11- Öğrencilerin çoğu dal uzmanlığı istediği ve aile hekimliğinin alanı çok geniş, geleceği belirsiz ve sorumluluğu fazla gibi gerekçelerle ilk etapta tercih etmeyeceklerini belirttiler. Fakat çalışma koşullarının rahatlığı açısından da cezpedici geldiğini ifade ettiler. Kimisi de sadece akademisyenlik düşünüldüğü takdirde aile hekimliği uzmanlığının yapılabilir bir bölüm olduğunu söylediler.
- 12- Öğrencilerin neredeyse tamamı aile hekimliği uzmanlığının tıp öğrencileri tarafından bilindiğini ifade etmekteydi. Bu grubun da yaklaşık yarısı aile hekimliği uzmanlığını stajdan sonra tam anlamıyla öğrendiklerini belirttiler.
- 13- Toplumun büyük bir kısmının aile hekimliği uzmanlığının ne olduğunu, pratisyen aile hekimleri ile uzmanların farkının toplum tarafından bilinmediğini düşünen öğrenciler çoğunlukta idi.
- 14- Öğrencilerin yarısı sağlık çalışanları tarafından da aile hekimliği uzmanlığının bilinmediği kanısında idi. Bildiğini iddia eden grubun bile gerçek anlamda bilmediğini, uzman aile hekimleri ile pratisyen aile hekimleri arasındaki ayrımı bilmediklerini düşünmekteydiler. Büyük bir çoğunluğu ise çalışanların sağlık sektöründe hangi görevde olduğuna, çalıştığı kuruma ve kişinin konu ile ilgisine göre değiştiğini belirtmekteydi.
- 15- Öğrencilerin tümü fakülte eğitimi boyunca birinci basamak uzmanlığına özendirilme olmadığını aksine her fırsatta birinci basamakta çalışmakla korkutulduklarını düşünmekteydiler.
- 16- Öğrencilere birinci sınıfa başlarken, birinci basamak hekimi olarak yetiştirildikleri ifade edilmişken eğitimin hiçbir zaman bu yönde verilmediği yaygın kanı idi. Birinci basamak hekimliğine özendirilmenin olduğu tek yerin de intörlükte alınan aile hekimliği stajı olduğu belirtildi.
- 17- Öğrencilerin neredeyse tamamı fakülte eğitimi boyunca birinci basamak yaklaşımları konusunda çok bilgilendirilmediklerini, çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamakta karşılarına çıkacak hastalıkların anlatılıp sınavlarda bu konulardan mesul olduklarını ve daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini belirttiler.
- 18- Öğrencilerin yarısı aile hekimliği stajının birinci basamağa bakış açılarını olumlu yönde değiştirdiğini, öncesinde düşünmedikleri halde staj sonrası uzmanlığın

gerekli olduğunu, hatta seçecekleri uzmanlık alanı olarak düşünebildiklerini söylediler.

- 19- Staj birkaç öğrencinin de aile hekimliğine bakış açısını olumsuz etkilemiştir. Bazıları yapılan işi kendilerine uygun bulmadığı için bazıları da genel olarak doktora gösterilen saygının aile hekimlerine gösterilmediği düşüncesiyle aile hekimliği alanını beğenmemiştir.
- 20- Daha az olmakla birlikte bazı öğrenciler de stajın bakış açılarındaki olumlu ya da olumsuz değişikliğe neden olmadığını ifade ettiler. Birkaç öğrenci ise staj öncesinde birinci basamakla ilgili hiçbir bilgileri olmadığı halde, staj sonrasında birinci basamakla ilgili yeni bir bakış açısı kazandıklarını söylediler.
- 21- Aile hekimliği stajının başlangıç süresi konusunda öğrencilerin çeşitli fikirleri mevcuttu. Bir kısmı stajın başlangıç zamanı ve süresinden memnunken, bir kısmı dönem 6'da veriliyor olmasından memnun fakat süresinin yetersiz olduğundan yakınmaktaydı. Diğer branşlardan aldıkları verimden çok daha fazlasını aile hekimliği stajında aldıklarını düşündükleri için sürenin uzatılması gerektiğini düşünüyorlardı.
- 22- Diğer görüşler de ana olarak üç başlıkta toplanabilmekteydi. Bunların bir kısmı stajın klinik dersler başlamadan önce verilmesiydi. Bu gruptaki öğrencilerin çoğu preklinik dönemde yaz stajları şeklinde yapacakları stajların klinik dersleri öğrenmelerinde kolaylaştırıcı rol oynayacağını düşünmekteydiler.
- 23- İkinci görüş ise stajın klinikle birlikte başlamasıydı. İntörnlük dönemi öncesi alınacak teorik dersleri dönem 6'da pratiğe dökülmesinde faydalı olacağı kanısındalardı.
- 24- Bu konudaki üçüncü görüş de, stajın klinik dersleri içerisinde verilmesinin daha etkili olacağıydı. Öğretilen konunun ikinci ve üçüncü basamak yaklaşımları verilirken birinci basamakla ilgili bilgilerinde aktarılmasının konu bütünlüğünü sağlamak adına daha faydalı olacağı düşünülmekteydi.
- 25- Öğrencilerin yarısından fazlası uzmanlaşmanın bilgi düzeyini artırdığını ve birinci basamak kalitesini artırdığını söyledi. İyi bir hasta izlemi için ya çok deneyimli olmak ya da uzmanlık eğitimi almak gerektiğini düşünmekteydiler.
- 26- Öğrencilerin bir kısmı da ülkemiz koşullarında fakülte eğitiminin kaliteyi sağlamada yetersiz kaldığı düşüncesindeydiler ve kendilerini birinci basamak

hekimliği konusunda yetersiz hissetmekteydiler. Verilen tıp eğitim kalitesi artırıldığı takdirde uzmanlaşmaya gerek olmadığını ifade ettiler.

- 27- Birkaç ğrenci ise aile hekimliğinde çalışacak hekimin uzman olmasına gerek olmadığını, kendini geliştirmiş olan bir pratisyen hekimin de çok rahatlıkla aynı işi yapabileceğini ifade etmekteydi.

7. ÖNERİLER

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası dönemde birinci basamak hekimliği yapmak istemedikleri düşünülmektedir. Bunun için, birinci basamak hekimliğini özendirici; daha iyi koşullarda, daha iyi ücretlerle çalışacakları ortamlar sağlanmalı, birinci basamakta sık görülebilecek sağlık sorunlarının tanı ve tedavisinde kullanılacak tanı olanaklarının sağlanması gibi iyileştirici önlemler alınmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası eğitimde temel sağlık hizmeti sunumunun önemini vurgulayan, ayrıca bu politikaların desteklediği, tüm tıp fakültelerinde uygulanabilecek standart bir eğitim programı planlanmalıdır.

Toplumda sık karşılaşılan sağlık problemlerinin bu süreç içine entegre edilmesi çözümü kolaylaştıracaktır (12). Bu bağlamda, genel tıp yaklaşımları açısından önemli mesafeler kaydetmiş üniversitelerimizin aile hekimliği anabilim dalları aktif olarak tıp eğitimine entegre edilmeli, hatta tıp eğitimi birimlerinin aile hekimliği AD içinde yer almaları düşünülmelidir. Sadece hastaneler değil, toplumun tüm sağlık kaynaklarını kapsayan alanlar, eğitim programlarına eklenmelidir (114).

8. KAYNAKLAR

1. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara. 2013;39-72.
2. Yarış F, Topbaş M, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. OMU Tıp Dergisi. 2001;18(4):233-41.
3. Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010.
4. Aslan D, Sayek İ. Tıp eğitimi içinde uluslararası sağlık yaklaşımı. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36:135-138.
5. Yalçınoğlu N ve ark. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi ile ilgili görüşleri. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 75:3,41-45.
6. Sayek İ. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi (UTEAK) http://uteak.org.tr/uploads/belge/MOTE_STANDARTLAR_2011.pdf Erişim tarihi: 18.02.2014
7. Açık Y, Oğuzöncül F, Polat S.A, Güngör Y, Güngör L. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası hakkındaki düşünceleri. Toplum ve Hekim, 2002;17;3:195-201.
8. Göçgeldi E, İstanbulluoğlu H, Uçar M. Tıp fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin tıp eğitimleri süresince pratik uygulama yapabilme durumunun araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi. 2011;53:107-113.
9. World Federation for Medical Education (1988), 'Report of the World Conference on Medical Education', Edinburgh, 7-12 Ağustos 1988. Lancet 1988, 8068, 464.
10. Gürpınar E, Musal B. Tıp eğitiminin gelişim süreci. Toplum ve Hekim. 2003;18;6:446-450.

11. Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Genel Pratisyenlik Mesleki Sağlık Eğitimi Temel Modüller Sağlık Eğitimi Programı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2003.
12. Uğurlu A.N, Toplumun ihtiyaçları tıp eğitiminin yeniden yapılandırılmasını gerektiriyor mu? Ankara Medical Journal. 2012;12:2.
13. Kılıç B, Sayek İ. Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000 (TTB-MÖTER). Toplum ve Hekim. Mayıs-Haziran 2001;16:230-240.
14. Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Vizyonu ve Mezuniyet Öncesi Halk Sağlığı Eğitim Programı (Dönem I-V) HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2004. <http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/halksağligi.pdf>. Erişim tarihi: 20.02.14.
15. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı Kılavuz Kitap. Dünya Aile Hekimleri Birliği. Çeviri editörü: Prof. Dr. Nazan BİLGEL. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı. <http://www.tahud.org.tr/dokuman/download?fl=49> Erişim tarihi:27.01.2015
16. Ledingham MA, Harden RM, Twelve tips for setting up a clinical skills training facility. Medical Teacher, Vol. 20, No.6, 1998.
17. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational Strategies in Curriculum Development: The SPICES Model Medical Education. 1984;18,284-97. Erişim tarihi: 09.12.2014
18. Sayek İ. Dünyada Tıp Eğitiminde Değişim: Güncel Eğilimler ppt. ÜHBD Toplantısı, Erzurum. 24.6.2011
19. Özdemir ST. Tıp eğitimi ve yetişkin öğrenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 29: 25-28
20. Magzoub ME, Schmidt HG. A taxonomy of community based medical education, Academic Medicine. 2000;75(7):699-707.
21. Rankin J. Handbook on Problem-Based Learning. Medical Librarian Association, United States of America. 1999;195.

22. Nahçacı E. Tıp eğitiminde Maastricht deneyimi. Toplum ve Hekim, 1993;56;15-17.
23. <http://tip.omu.edu.tr/anatomi-anabilim-dali/201/> Erişim tarihi: 24.02.2014
24. <http://tip.omu.edu.tr/tarihce2/73/> Erişim tarihi: 24.02.2014
25. <http://tip.omu.edu.tr/aile-hekimli-anabilim-dali/183/> Erişim tarihi: 23.03.2015
26. Bozdemir N, Kara İ.H. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana, Nobel Kitabevi. 2010;2-19.
27. Rakel RE. The Family Physician. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders. 2011;4-8.
28. The European Definition of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe 2011 Edition. Barcelona, WONCA Europe Office Publication. 2002;4-6,7-43.
29. Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor WHO-WONCA 1994 conference: The contribution of the family doctor. 6-8 Nov 1994, London, Ontario, Canada, Geneva World Health Organization 1995 (unpublished document; available on request from Department of Organization of health services delivery, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
30. Dikici M.F, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu A.S, Yarış F. Aile Hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27,412-418.
31. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice- time for a new definition. BMJ 2000;320:354-357.
32. Jones R et al. Changing Face of Medical Curricula. Lancet 2001;357:699-703.
33. Kılıç B, Sayek İ. Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde varolan durum. Toplum ve Hekim. 1997;12;79:11-21.
34. Altındağ M. Nitel Araştırma teknikleri. Ankara, 2005. <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad>

[=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2F80.251.40.59%2Feducati
on.ankara.edu.tr%2Faksoy%2Feyay%2F0506guz%2Fm_altindag.doc&ei=sg4QVZ
fRNYXxUqmOgrgF&usg=AFQjCNF0P7UF1SsQgeAd9sgRACkYRm1o7w&sig
2=rVHWzIRjwgdIdxrMr6XEWg&bvm=bv.88528373,d.bGQ](http://www.ankara.edu.tr/faksoy/feay/f0506guz/fm_altindag.doc&ei=sg4QVZfRNYXxUqmOgrgF&usg=AFQjCNF0P7UF1SsQgeAd9sgRACkYRm1o7w&sig2=rVHWzIRjwgdIdxrMr6XEWg&bvm=bv.88528373,d.bGQ) Erişim tarihi:
21.02.2015

35. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara. 2013;89-108.
36. Türnüklü A. Eğitim Bilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Güz 2000;24:543.
37. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara. 2013;251-86.
38. Ergün, 2005. Bilimsel araştırma yöntemleri, nitel araştırma. <http://www.egitim.aku.edu.tr/nitelarastirma.ppt#256> Erişim tarihi: 21.02.2015
39. Yener Ö.F. Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinin Aile Hekimliği İle İlgili Düşünceleri Ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Aile Hekimliği Stajının Yerinin Değerlendirilmesi. Samsun , 2011. <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no: 272350. Erişim tarihi: 19.08.2014.
40. Kara İ.H, Çelik S, Keyif M.F. analysis of opinions regarding medical specialty selection examination and career choices of 5th and 6th grade medical students from Düzce University, Turkey. Konuralp Tıp Dergisi. 2014;6(2):11-18.
41. Cansever Z ve ark. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin tıp fakültesini tercih nedenleri ve tıp eğitiminden beklentileri, Konuralp Tıp Dergisi. 2014;6(1):17-21.
42. Firth A, Wass V. Medical students' perceptions of primary care. Education for Primary Care(2007)18:364–72.
43. Tolhurst H, Stewart M. Becoming a GP. A qualitative study of the career interest of medical students. Aust Fam Physician. 2005;34:204–206.

44. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters M.D. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2007; 7:31 doi:10.1186/1472-6920-7-31.
45. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacLean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine? Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician*. 2007;53:1956–7.
46. Mutha S, Takayama J.I, O’Neil E.H. Insights into medical students’ career choices based on third-and fourth-year students’ focus-group discussions. *Acad Med*. 1997;72:635-40.
48. Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Çerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. The attitude of students of Cerrahpaşa School of Medicine on medical education and post graduated situation. *Cerrahpaşa J Med*. 1999;30(4):251-8. <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/genel/99s4.html#bas> Erişim tarihi: 05.11.2014
49. Çan G, Kapucu M, Türk H. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olacak öğrencilerin gelecek kaygıları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2000;17(4):246-251.
50. Yıldız A.N, Kurt M, Öktem M.Ş, Özcan S, Özdemir N, Temel F. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinin tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2008;39:60-7.
51. Tımbıl S, Özcan S, Velipaşaoğlu S ve ark. Tıp eğitimine yeni başlayan öğrencilere yönelik durum değerlendirme çalışması: İki yıla ait verilerin karşılaştırması. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2007;26(1):1-11.
52. Vehid S, Köksal S, Erginöz E. Tıp eğitimini seçmede ailede hekim bulunmasının rolü. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. Cilt (Sayı):32(2).
53. Alper Z, Özdemir H. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih eden öğrencilerin kimi sosyo-demografik özellikleri ve mesleğe bakış açıları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30(2)93-96, 2004.

54. Gün İ, Öztürk A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi intern doktorlarının tıp eğitimine ve tıpta uzmanlık sınavına bakışlarının değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*. 2004;19;2:154-8.
55. Terzi C. *Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi*. İletişim Yayınları. İstanbul, 2001.
56. Edgcumbe D.P, Lillicrap M.S, Benson J.A: A qualitative study of medical students' attitudes to careers in general practice. *Educ Prim Care*. 2008;19:65–73.
57. Dikici M.F, Yaris F, Topsever P, Filiz T.M, Gurel F.S, Cubukcu M, Gorpelioglu S. Factors affecting choice of specialty among first-year medical students of four universities in different regions of Turkey. *Croat Med J*. 2008;49:415-20. doi:10.3325/cmj.2008.3.415.
58. Tayşi B.N, Azizoğlu F, Perçinel S, Hasan HS. 1992-1993 öğretim yılı intern doktorlarında beek depresyon envanterine göre depresyon prevalansı. *Toplum ve Hekim*. 1994;9;59:68-74.
59. Pala K, Türkkkan A. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin “tıpta uzmanlık sınavı” hakkındaki görüşlerini içeren bir anket çalışmasının düşündürdükleri. *Toplum ve Hekim*. 1993;57:12-5.
60. Öcek Z, Gürsoy Ş.T,Türk M, Çiçeklioğlu M, Aksu F. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer planları ve genel pratisyenliğe yönelik tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2007;10(16):146-58.
61. Kasapoğlu A. *Tıp eğitimi; uygulamalı ve sosyolojik bir araştırma*. AÜ Basımevi. Ankara, 1992.
62. Bakır B. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası beklentileri. *Toplum ve Hekim*. 1994;9:63-7.
63. Dorsey E.R, Jarjoura D, Rutecki G.W. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA*. 2003;290(9):1173-8. (doi:10.1001/jama.290.9.1173). <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/290/9/1173> Erişim tarihi: 27.10.2014.

64. Schwartz R.W, Haley J.V, Willams C, et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about speciality selection. *Acad Med.* 1990;65:207-10.
65. Thistlethwaite J, Kidd M.R, Leeder S. Enhancing the choice of general practice as a career. *Aus Fam Physician.* 2008;37:964–8.
66. Hogg R, Spriggs B, Cook V. Do medical students want a career in general practice? A rich mix of influences! *Educ Prim Care.* 2008;19:54–64.
67. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, Tountas Y, Stefanadis C, Philalithis A, Creatsas G. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Medical Education.* 2007;7:15. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-15.pdf>.
68. Veitch C, Underhill A, Hays RB. The career aspirations and location intentions of James Cook University's first cohort of medical students: a longitudinal study at course entry and graduation. *Rural and Remote Health.* 2006;6:537 (Online). <http://rrh.deakin.edu.au>. Erişim tarihi: 27.10.2014
69. Goldcare MJ, Turner G, Lambert TW. Variation by medical school in career choices of UK graduates of 1999 and 2000. *Med Educ.* 2004;38:249-58.
70. Wright B, Scott I, Powis D, Woloschuk W, Henry R, Turnbull D, Ryan G. Career preferences of new medical students at four Australian universities: Rural family medicine versus the rest. *Aust. J. Rural Health.* 2006;14,229–30.
71. Fukuda Y, Harada T. Gender differences in specialty preference and mismatch with real needs in Japanese medical students. *BMC Medical Education.* 2010;10:15 <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/15>. doi:10.1186/1472-6920-10-15. Erişim tarihi: 27.10.2014
72. Yousef Khader Y, Al-Zoubi D, Amarin Z, Alkafagei A, Khasawneh M, Burgan S, El Salem K, Omari M. Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan. *BMC Medical Education.* 2008;8:32. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/32>. Erişim tarihi: 27.10.2014

73. Kolcic I, Polosek O, Mihalj H, Gombac E, Kraljevic V, Kraljevic I, Krakar G. Research involvement, specialty choice, and emigration preferences of final year medical students in Croatia. *Croat Med J.* 2005;46(1):88-95.
74. Lambert T.W, Goldacre M.J, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. Blackwell Publishing Ltd, 2006. *Medical Education.* 2006;40:514–21.
75. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007;21:1:19–24.
76. Grayson M.S, Newton D.A, Whitley T.W. First-year medical students' knowledge of and attitudes toward primary care careers. *Fam Med.* 1996;28(5):337-42 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8735060> Erişim tarihi: 27.01.15
77. Feldman K et al. The difference between medical students interested in rural family medicine versus urban family or specialty medicine. *Can J Rural Med.* 2008;13(2).
78. Escobar F, López-Torres J. Changes in the knowledge of and attitudes toward Family Medicine after completing a Primary Care course. *Fam Med.* 2010; 42: 35-40.
79. Wright B, Scott I, Woloschuk W, Breneis F. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ* 2004;170(13):1920-4.
80. Avgerinos E, Msaouel P, Koussidis G.A, Keramaris N, Bessas Z, Gourgoulianis K. Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. *Health Policy.* 2006;79:101-6.
81. Liviatan N, Zemah G.M, Reis S, Karkabi K, Dahan R. Specialty preference of medical students at one Israeli university: family medicine versus other

specialties. Harefuah.2008;Dec;147(12):986-90,1029,1028.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19260596>. Erişim tarihi: 05.11.2014

82. López-Roig S, Pastor M.A, Rodríguez C: Understanding the reputation of and professional identification with the practice of family medicine among medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria*. 2010;42:591–601.
83. Bland C.J, Meurer L.N, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med*. 1995;7:620-41.
84. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *British Journal of General Practice*. 2002;52:359-63.
85. Olid A.S, Zurro A.M,Villa J.J et al. Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. *BMC Medical Education*. 2012;12:81. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/81>
86. Martín Zurro et al. Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. *BMC Family Practice*. 2012;13:47.
87. Rodríguez C, Tellierand PP, Bélanger E. Professional identification and reputation of family medicine among medical students. *Education for Primary Care*. 2012;23:158-68.
88. Senf J.H, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:502-12.
89. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*. 2004;26(3):265-72.
90. Meurer L.N. Influence of medical curriculum on primary care specialty choice: analysis and synthesis of the literature. *Acad Med*. 1995;70:388-97.

91. Morra D.J, Regehr G, Ginsburg S. Medical students, money, and career selection: students' perception of financial factors and remuneration in Family Medicine. *Fam Med*. 2009;41(2):105-10.
92. Zarkovic A, Child S, Naden G. Career choices of New Zealand junior doctors. *Journal of the New Zealand Medical Association*. 17-February-2006. Vol.119 No.1229
http://www.researchgate.net/publication/7279922_Career_choices_of_New_Zealand_junior_doctors Erişim tarihi: 05.11.2014
93. Jordan J, Brown J.B, Russell G. Choosing family medicine What influences medical students? *Can Fam Physician*. 2003;49:1131-7.
94. Kayabal C. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde aile hekimliği disiplininin yeri ve önemi. *Toplum ve Hekim*. 1994;9;63:2-3.
95. Türkiye Büyük Millet Meclisi Tıp Eğitimi Araştırması, Cilt 1-2, 1991.
96. Üner S, Özvarış Ş.B, Turan S, Arıöz U, Odabaşı O, Elçin M, Sayek İ. Ankara'da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin birinci basamakta sunulan hizmetlere ilişkin özdeğerlendirmeleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2005;36:233-8.
97. Özvarış Ş, Sönmez R, Sayek İ. Assessment of knowledge and skills in primary health care services: senior medical students' self-evaluation. *Teaching and Learning in Medicine*. 2004;16:34-8.
98. Dedeoğlu N. Fakültemiz öğrencileri ve öğretim üyeleri tıp eğitimi konusunda ne düşünüyorlar? 21. Yüzyılda Tıp Eğitimi Sempozyumu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. 30 Eylül-01 Ekim 1993.
99. Tamblyn R, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ*. 2005;331:1002.

100. Tani K, Iwasaki T, Kawaminami S, Yuasa S, Saijo A. Evaluation of primary care practice in the University of Tokushima. *The Journal of Medical Investigation* Vol.56 2009:81-89.
101. Kubal V.S, Zweifler J, Hughes S, Reilly J.M, Newman S. The relationship between a statewide preceptorship program and Family Medicine residency selection. *J Am Board Fam Med.* 2010;23:67–74.
102. Cronau H, Haines DJ. Medical student summer externship program: increasing the number matching in family practice. *Med Educ Online.* 2004;9:1–5.
103. Halaas GW. The Rural Physician Associate Program: successful outcomes in primary care and rural practice. *Rural Remote Health* 2005;5:453.
104. Levy B.T, Hartz A, Merchant M.L, Schroeder B.T. Quality of a family medicine preceptorship is significantly associated with matching into family practice. *Fam Med.* 2001;33:683–90.
105. Lynch D.C, Newton D.A, Grayson M.S, Whitley T.W. Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. *Acad Med* 1998;73:433-5.
106. Rabinowitz H.K. Sixteen years experience with a required third-year family clerkship at Jefferson Medical College. *Acad Med.* 1992;67:150–6.
107. Henry J.A, Edwards B.J, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural and Remote Health.* 9:1083. (Online), 2009. <http://www.rrh.org.au>. Erişim tarihi: 24.06.2010
108. Miettola J, Mäntyselkä P, Vaskilampi T. Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first-year medical students. *BMC Med Educ.* 2005;5:34.
109. Schafer S, Shore W, Hearst N. Is medical school the right place to choose a specialty? *JAMA.* 2001;285(21):2782-2783 (doi:10.1001/jama.285.21.2782) <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/285/21/2782>. Erişim tarihi: 03.12.2014

110. Howe A, Ives G. Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. *Med Educ.* 2001;35:391-7.
111. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins A, Basacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models and biomedical research support on generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med.* 1995;70:611-9.
112. Petchey R, Williams J, Baker M. 'Ending up a GP': a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career. *Fam Pract.* 1997;14(3):194-8.
113. Hays R.B. Choosing a career in general practice: the influence of medical schools. *Med Educ.* 1993;27(3):254-8.
114. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools'-educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education.* 1998;32,549-58.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ayşenur ALPER GÜRZ

Doğum Yeri: Ankara

Doğum Tarihi: 11-09-1984

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2002-2008

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2010-2015

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2010-2015

E-posta: aysenur.alper@omu.edu.tr

Ek-1: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izni

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: Z.C.G. 29.09.2011

Sayın Yrd.Doç.Dr. Füsun A. ARTIRAN İĞDE

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz Niteliksel olan bu araştırmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda bilgi, algı, tutum ve davranışlarına ait duygu ve düşüncelerinin odak grup tartışmaları ile ortaya konması amaçlanmıştır başlıklı, OMÜ TAEK 2011/352 Karar nolu Kalitatif araştırma nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.08.2011 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı