

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine güncel bakış

Doç. Dr. Hasan Hüseyin Mutlu



1979 yılında Kayseri’de doğdu. Lise öğrenimini İstanbul Bilfen Lisesinde tamamladı. 2002 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu ve 2009 yılında Medeniyet Üniversitesinde Aile Hekimliği alanında uzmanlık eğitimini bitirdi. 2010 yılında Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Özel Hukuk alanında yüksek lisans yaptı. 2012-2017 yılları arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde başhekim yardımcılığı ve başhekimlik görevlerinde bulundu. 2017 yılında Medeniyet Üniversitesinde Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalını kurdu ve 2020 yılında aynı üniversitede doçent ünvanını aldı. Ayrıca, Medeniyet Üniversitesi Teknopark kuruluşunda yer aldı, Teknopark yönetiminde genel müdürlük ve başkan vekilliği görevlerinde bulundu. Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Eğitim Koordinatörlüğü, TEPDAT akreditasyon raportörü olarak çeşitli komisyon başkanlıkları gibi birçok idari görev de üstlendi. Marmara Üniversitesi Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalında doktora eğitimine devam etmektedir.

Sağlık’ ve ‘eğitim’ yüzyıllarca insanlığın refahı ve ilerlemesi için toplumun en ihtiyaç duyduğu, ülkelerin anayasalarının koruma altında olan en temel haklar olarak süre gelmektedir. Sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hâli olarak tanımlanır. Bireylerin etkili ve iyi bir eğitim alabilmesi için öncelikle sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının, özellikle de aile hekimlerinin, bedensel ve psikolojik sağlıklarının iyi olması, hasta bakım kalitesini ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır (1). Sağlık mesleğinin zorlu doğası, uzun çalışma saatleri ve artan stres seviyeleri ile birleştiğinde daha da katlanır (2). Ayrıca, sağlık çalışanın zamanla tıbbi hatalar, işten ayrılma ve klinik yeterlilikte azalma gibi durumlarla karşılaşma olasılığını da artırır. Bu da hasta bakımı ve güvenliği üzerinde istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenlerle iyi bir eğitim için sağlıklı bir çevrede sağlık çalışanın fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olması gerekir (3).

Tıpta aşırı uzmanlaşma, tıbbi pratiğin belirli bir alana yoğunlaşarak daha dar bir odak noktasına sahip uzmanlık dallarının hızla artmasına yol açmaktadır. Bu aşırı uzmanlaşma, bütünsel hasta bakımını gözden kaçırma ve hastanın genel sağlık ihtiyaçlarını karşılama riskini beraberinde getirmektedir. Tıptaki artan uzmanlaşma, yeni tıbbi teknolojilerin ve karmaşık kronik durumların ortaya çıkmasına yol açmış

ve kapsamlı hasta bakımı sunumu için uzmanlar arasında iş birliğini gerektirmiştir. Bununla birlikte, farklı uzmanların hastanın bütünlüklü sağlık bağlamını dikkate almadan yalnızca kendi uzmanlık alanlarına odaklanması, sunulan hasta bakımının niteliğinde düşmeye neden olmaktadır (4).

Aşırı uzmanlaşma, tıbbi bilgide yanlış bir toplam verimlilik hissi yaratabilmekte ve bu durum, tıbbi uygulamadaki risklerin hafife alınmasına veya göz ardı edilmesine yol açabilmektedir (5). Uzmanlık bilgisine aşırı güven, hastanın iyilik haline bütünlüklü bir şekilde dikkat edilmemesine ve uzmanlık alanı dışında ortaya çıkabilecek potansiyel risklerin veya komplikasyonların göz ardı edilmesine sebep olabilir. Ayrıca, aşırı uzmanlaşmanın yanı sıra teknolojinin ilerlemesi, odağın hasta merkezli bütüncül bakımdan ziyade uzmanlığın teknik/teknolojik yönüne doğru daha fazla kaydığı bir bakım ve tedavi ortamı yaratabilir.

Sağlık sistem ve politikalarında, genel pratisyenlik yerine özel uzmanlık bakımına öncelik verildiğinde potansiyel olarak hasta bakımı ve yönetiminde yanlış uygulamalar ortaya çıkacaktır. Hekimlerdeki artan uzmanlaşma eğilimiyle birlikte, odak bir bütün olarak hastadan ziyade belirli koşullara veya tedavilere daha fazla kaydırsa, hastalar için kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bakım eksiklikleri görülecektir (6). Bu eksikliklerin ülkenin sağlık sisteminde

aşırı başvurulara, gereksiz tanı ve tedavi süreçlerine ve sonuç olarak artan sağlık harcamalarına yol açabildiği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (7).

Sağlık Bakanlığındaki iş gücü dağılımına bakıldığında, hekimlerin yüzde 23’ünün birinci basamakta görev yaptığı anlaşılmaktadır. Birinci basamak hekimlerinin ise sadece yüzde 11’i uzman hekimdir. Hekim dışı sağlık personelinin dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı kadrosunda bulunan hemşirelerin yüzde 6.8’i, ebeelerin yüzde 22.4’ü ve diğer sağlık personelinin yalnızca yüzde 1.4’ü birinci basamakta hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığında ait kamu kuruluşlarına yapılan tüm hasta başvurularının yüzde 40’ünün, birinci basamak çalışanları tarafından karşılandığı, buna bağlı ve göreceli olarak mevcut personellerin ikinci ve üçüncü basamaktaki çalışanlara göre daha fazla hasta başvurusuna cevap verdiğini bakanlığa ait istatistiksel verilerde görülmektedir (10). Aile hekimliği, bireyin sağlık sistemine ilk temas noktası olduğu ve koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanı ve tarama, kronik hastalık yönetimi, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri, aile planlaması, bağışıklama programları, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi yüz yüze verilen hizmetlerin yürütülmesini sağladığı için sağlık sisteminin merkezini oluşturmaktadır.

Ülkemizde, 2023-2024 Eğitim ve Öğretim Dönemi’nde 123 tıp fakültesinde

yaklaşık 110.000 öğrenci tıp eğitimine devam etmektedir. Bu artış tıp eğitiminde standardizasyon konusunu beraberinde getirmiş, ilk olarak, 2014 yılında, Tıp Dekanlar Konseyince tıp eğitiminde standardizasyon için Ulusal Çekirdek Eğitim Programı hayata geçirilmiştir. Daha sonra, 2020 yılında, bu program yenilenerek tıp fakültesinden mezun olacak hekimlerin yeterlilik ve yetkinlikleri tanımlanmıştır. Tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin yeterlilik ve yetkinlikleri temel olarak birinci basamakta hizmet vermeye yöneliktir.

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında pilot olarak başlamış ve 2010 yılında ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır (8). Aile hekimliğinde uzmanlaşmak isteyen hekimler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile bir eğitim kliniğine yerleşmektedir. Uzmanlık eğitimine başlayan hekimler, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi (TUKMOS) komisyonunca kabul edilen Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programındaki klinik ve girişimsel yeterlikler çerçevesinde, 18 ay aile hekimliği kliniğinde ve 18 ay diğer klinik rotasyonlarında olmak üzere toplam 3 yıllık bir eğitim almaktadır. Bu eğitim programının dışında, Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 tarih ve 406 sayılı kararına göre belirlenen 6 yıllık Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Eğitimi Programı da bulunmaktadır. SAHU eğitim programına dahil olanlar, TUKMOS tarafından kabul edilen aile hekimliği eğitim programına tabi olmakla beraber, uzmanlık eğitimi süresince aile hekimliği kliniğinde ayda 8 saatlik teorik eğitim almakta ve 18 aylık süreyle diğer klinik rotasyonlara katılmaktadırlar. Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki klinik ve girişimsel yeterliklerin değerlendirilmesi, programın hesap verebilirliği, eğitimin sonuçları ve yaygın etkisi hakkında program değerlendirmesine ait yeterli veri bulunmadığından, bu eğitimlere ilişkin ciddi kaygılar ve soru işaretleri bulunmaktadır. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 ila 5 yıl arasında sürerken, diğer uzmanlık dallarında bu süre 4 ila 6 yıl arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) aile hekimliği uzmanlık eğitimi genellikle 3 yıl sürerken, diğer uzmanlık dallarında bu süre 3 ila 7 yıl arasında değişiklik göstermektedir (9).

Aile hekimliği asistanlarının eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, mevcut müfre-

datın, asistan geri bildirimlerinin ve gelişen sağlık hizmetleri ortamının kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektiren çok yönlü bir süreçtir. Birinci basamakta hizmet verecek hekimin eğitimini mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası olarak planlamak ve bu planlama kapsamında dört ana başlık altında geliştirme yapmak mümkündür. Bu başlıklar, asistan eğitimi programını bağlamı ve çerçevesi, esnekliği ve uygulanabilirliği, programın değerlendirilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin idamesi için ayrılacak bütçe şeklindedir (11).

Eğitim Programının Ana Çerçevesi ve Bağlamı

Aile hekimliği eğitim programında ihtiyaç analizi, sistematik ve kapsamlı bir süreç olarak ele alınmalıdır. Bu süreç, öncelikle mevcut durumun analiziyle başlar; burada hedef kitle ve mevcut programın etkinliği incelenir. Özellikle ülkemizde en sık karşılaşılan hastalıkların analizi ve sıklığı ortaya konarak işe başlanabilir. Bu hastalıkların korunma, tanı, tedavi ve izleminin birinci basamakta ne kadar ve hangi bilgi ve beceri düzeyine kadar yapılabileceği belirlenmelidir. Türkiye’de en sık görülen hastalık tanıları, sağlık sisteminin yapısı, toplumun demografik özellikleri ve çevresel faktörler gibi çeşitli etkenlerden etkilenmektedir. Bu bağlamda, dermatolojik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, kanser türleri ve alerjik hastalıklar gibi farklı hastalık grupları öne çıkmaktadır. Özellikle çocuklar ve yaşlı bireylerde görülen hastalıkların sıklığı, toplum sağlığı açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, diyabet, esansiyel hipertansiyon ve obezite gibi kronik hastalıklar ülkemizde ciddi bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir.

Ülkemizde sıklığı yüksek olan bu kronik hastalıkların korunma, tanı, tedavi ve izlemlerinin birinci basamak hekimlerince üstlenilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuruları ve maliyetleri azaltacaktır. Örneğin, diyabet sıklığının yüksek olduğu Hollanda’da, McMaster’ın mezuniyet öncesi tıp eğitimi programı, sağlık profesyonellerini hastaların öz bakımını ve yönetimini desteklemek için gerekli becerilerle donatmak amacıyla disiplinler arası iş birliği ile diyabet ilgili özel bir koridor oluşturarak, tıp eğitimi müfredatında değişikliğe gitmişler (12). Bu yöndeki değişiklikler, yapılandırılmış eğitim müdahalelerinin, yetersiz hizmet alan

popülasyonlarda diyabet yönetimini önemli ölçüde iyileştirebileceğini göstermektedir (13). Bu durum, müfredatın toplum sağlığı ihtiyaçlarına odaklanmasıyla uyumludur. Ayrıca, mezunların halk sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele almak için iyi hazırlanmış olmalarını sağlar (14). TUKMOS tarafından kabul edilen aile hekimliği eğitim programında da sık görülen hastalıklar ve toplumsal ihtiyaçlara göre program belli aralıklarla revize edilmektedir.

Eğitim Programının Esnekliği ve Uygulanabilirliği

Ülkemizde aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitim programının etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda, aile hekimliği asistanlarının belirli konularda kendilerini yetersiz hissettikleri ve uygulama imkânlarının sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, eğitim müfredatının gözden geçirilmesi ve asistanların ihtiyaçlarına uygun hâle getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle ergen sağlığı, madde bağımlılığı ve evde bakım gibi konuların daha fazla ön plana çıkarılması, asistanların bu alanlardaki bilgi ve becerilerini artırabilir (15).

Literatürde aile hekimlerinin asistan eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, teknik becerilere (örneğin ultrason kullanımı) ek olarak, kronik ağrının yönetimi gibi alanlarda da eğitim ihtiyaçlarının belirgin olduğu görülmektedir (16). Araştırmalar, aile hekimliği uzmanlık programlarının önemli bir bölümünün, hasta popülasyonunda kronik ağrı prevalansının artmasına rağmen kapsamlı ağrı yönetimi müfredatı sunmadığını göstermektedir (17). Ayrıca, yeterliliğe dayalı tıp eğitimi modellerinin uygulanması, uzmanlık eğitimine dönüştürücü bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Kanada’da aile hekimliği uzmanlık eğitim programında yeterliliğe dayalı eğitim, asistanların eğitimleri boyunca elde etmeleri gereken eğitim sonuçlarını ve yeterlilikleri tanımlamanın önemini vurgulamaktadır. Bu model, yalnızca asistanların ilerlemesinin değerlendirilmesini kolaylaştırmakla kalmamakta, aynı zamanda bireysel öğrenme ihtiyaçlarını belirlemek için sürekli geri bildirim ve düşünmeyi teşvik etmektedir (18). Eğitim sürecinde asistanları, kendi eğitim süreçleri üzerinde düzenlemeler yapabilmeleri ve eğitim

gereksinimleri hakkında refleksiyon sağlayabilmeleri amaçlanmaktadır. Programın diğer bir amacı ise aile hekimleri asistanlarını, hastalarının yaşam boyu bakım sağlayıcıları olmaya en iyi şekilde hazırlayacak eğitim fırsatlarını sürekli olarak optimize etmeye çalışmaktır.

Eğitim hedeflerinin yeterli çerçevelerile uyumlu hâle getirilmesi, örtük müfredatın dikkate alınması ve uzmanlık eğitim programlarının asistanların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlaması önemlidir. Eğitim programlarının güncellenmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin kalitesini artırmak için kritik bir adımdır. Türkiye'deki aile hekimliği eğitiminde klinik rotasyon sürelerinin azaltılması, asistanların deneyim kazanma fırsatlarını sınırlamaktadır. Bu nedenle, klinik rotasyon sürelerinin yeniden değerlendirilmesi ve asistanlara daha fazla pratik yapma imkânı sağlanması gerekmektedir (19).

Eğitim ihtiyaçlarını belirlemenin bir diğer önemli yönü, asistanların öğrenme deneyimlerini etkileyen psikososyal faktörleri anlamaktır. Araştırmalar, aile hekimliği asistanları arasında tükenmişlik ve stresin yaygın olduğunu ve bunun, eğitime katılımlarını ve genel iyilik hallerini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermiştir (20). Hasta merkezli yaklaşımlar gibi yenilikçi eğitim stratejilerinin kullanımı da aile hekimliği uzmanlık programlarında öğrenme sonuçlarını iyileştirmenin bir yolu olarak gündeme gelmiştir. Örneğin opioid reçete yazmada akran incelemesi müdahaleleri, asistanların reçete yazma uygulamalarını ve bilgilerini geliştirmede başarı sağlamıştır (21). Benzer şekilde, öğrenmede hasta merkezli bir yaklaşımı teşvik etmek ve asistanların doğrudan hastaların deneyimlerinden iç görü kazanmalarını sağlamak için "Eğitici Olarak Hasta" programının başlatılması önerilmiştir (22). Bu yenilikçi stratejiler, asistanlara öğrenimlerine anlamlı bir şekilde katılmaları için değerli fırsatlar sunabilir ve sonuçta klinik yeterliliklerini daha kabul edilebilir düzeyde geliştirebilir.

Aile hekimliği asistanlarına yönelik eğitim programları, eğitim kalitesini ve asistanların gelecekteki rollerine hazırlıklı olmalarını önemli ölçüde etkileyen esneklik ve uygulanabilirlik ile ilgili çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. Bu zorluklar, uzmanlık eğitim programlarındaki uygulama alanlarının yetersizliği, eğitim materyallerinin güncelliği ve asistanların eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasındaki yapısal,

müfredatı ilişkin ve sistemik sorunlardan kaynaklanmaktadır. Özellikle, aile hekimliği asistanlarının veya hizmet ettikleri toplulukların çeşitli ihtiyaçlarını yeterince karşılamayan çekirdek müfredatın katılığı dikkat çekmektedir. Aile hekimliği uzmanlık müfredatının yeniden tasarlanması, mezunların uygulama kapsamını ve kapsamlılığını artırabilir. Bu şekilde mevcut programların asistanları mezuniyet sonrası üstlenecekleri çok yönlü rollerde tam olarak hazırlaması önemlidir (23). Ayrıca, asistanların sık sık başka kliniklere gönderilmesi gibi lojistik zorluklar, aile hekimliği kliniğindeki eğitime katılımı ve tıp eğitiminde sürekliliği engelleyerek eğitim aksaklıklarına neden olmaktadır (24). Zamanlama ve müfredat tasarımıdaki esneklik eksikliği, etkili aile hekimliği uygulaması için kritik olan bilgi ve becerilerde boşluklara yol açabilmektedir. Uzmanlık eğitiminin en uygun uzunluğunu çevreleyen tartışmalar da konuya bir başka karmaşıklık katmanı eklemektedir. Araştırmalar, asistanların önemli bir bölümünün aile hekimliğinin geniş kapsamını ve hasta bakımının artan karmaşıklığını ele almak için aile hekimliği süresinin dört yıla uzatılmasını savunduğunu göstermektedir (25).

Bu zorlukların ışığında, aile hekimliği uzmanlık programları ile eğitimde daha esnek ve duyarlı bir yaklaşım benimsemesi esastır. Bu, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerini kendi ve topluluklarının ihtiyaçlarına göre uyarlamalarına olanak tanıyan, çekirdek eğitim programının yanı sıra bireyselleştirilmiş modüler müfredatın geliştirilmesini içerebilir. Örneğin, geriatrik eğitim programları, tele-tıp veya toplum sağlığı gibi gelişmekte olan uygulama alanlarında asistanların sağlık hizmeti sunumunun bu alanlarda daha iyi hazırlanmalarını sağlayacak seçmeli rotasyonlar uygulanabilir. Ayrıca, aile hekimliği kliniğinin gelişiminin ve kurumlar arasında çevrimiçi öğrenme ve iş birliği eğitim gibi yenilikçi öğrenme yöntemlerine yönelik eğitim desteğinin artırılması, asistanların eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olabilir (26).

Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının değerlendirilmesi, eğitim programlarının içeriği, uygulama yöntemleri ve süreçleri, asistanların geri bildirimleri ve genel olarak eğitim ortamının kalitesi gibi birçok faktörü kapsa-

maktadır. Eğitim programlarının etkin bir şekilde değerlendirilmesi, asistanların mesleki gelişimlerini desteklemek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir.

Aile hekimliği asistanlarının eğitim programları geniş bir içeriğe sahiptir. Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, eğitim programlarının kapsamının genişliği nedeniyle, belirli alanlarda derinlemesine bilgi edinmenin zor olduğu belirtilmiştir (25). Bu durum, asistanların bazı konularda hedeflenen yeterlikleri kazanmalarını engelleyebilir. Özellikle, aile hekimliği pratiğinde önemli olan bazı alanlar yeterince vurgulanmamaktadır. Örneğin kronik ağrı yönetimi ve yaşlı sağlığı gibi konular, eğitim müfredatında yeterince yer bulmamaktadır.

Eğitim programlarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler de önemli bir sorun teşkil etmektedir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçlerinin değerlendirilmesi genellikle geleneksel yöntemlere dayanmaktadır. Bu durum, asistanların gerçek yetkinliklerini yansıtmamaktadır. Murdoch ve arkadaşları, eğitim programlarının değerlendirilmesinde kullanılan geleneksel yöntemlerin yetersiz kaldığını ve daha sistematik ve yenilikçi değerlendirme sistem ve yöntemlerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır (27, 33). Bu bağlamda, Güvenilir Mesleki Faaliyetler gibi yeni değerlendirme yöntemlerinin entegrasyonu, asistanların yetkinliklerini daha iyi yansıtabilir ve eğitim programlarının kalitesini artırabilir.

Eğitim programlarının etkinliğini artırmak için asistanların geri bildirimleri kritik öneme sahiptir. Ancak, Doğan ve Karaoğlu'nun çalışmasında, asistanların eğitim ve çalışma koşullarına dair görüşlerinin yeterince dikkate alınmadığı belirtilmiştir (28). Bu durum, asistanların eğitim süreçlerine olan katılımlarını azaltmakta ve motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, asistanların yalnızca yüzde 26'sının aile hekimliğini geleceğin mesleği olarak gördüğü belirtilmiştir. Eğitim programlarının asistanların kariyer beklentileri ile uyumlu olup olmadığını sorgulamaktadır. Eğitim programlarının, asistanların mesleki tatminlerini artıracak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Asistanların görüşlerinin aktif bir şekilde alınması, programların daha etkili hâle gelmesine katkı sağlayabilir (32).

Asistanların akademik faaliyetlere katılımı da önemli bir sorun teşkil etmektedir. Carek ve arkadaşları, akademik üretkenliğin artırılması için uygulanan çözümleri incelemiş ve bu tür programların asistanların akademik gelişimlerini desteklemede etkili olduğunu göstermiştir (29). Ancak, birçok aile hekimliği programında akademik faaliyetlere katılımın yetersiz olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, asistanların eleştirel düşünme ve araştırma becerilerini geliştirmelerini engellemektedir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim ve klinik hizmet sunum ortamlarının kalitesi, eğitim programlarının değerlendirilmesinde önemli bir faktördür. Bu ortamların kalitesi, asistanların öğrenme deneyimlerini doğrudan etkileyebilir. Helal ve Turki'nin yaptığı bir çalışmada, eğitim ortamının kalitesinin asistanların memnuniyetini etkilediği ve bu durumun eğitim programlarının genel başarısını belirlediği ifade edilmiştir (30). Eğitim ortamının iyileştirilmesi, asistanların eğitim süreçlerinden daha fazla fayda sağlamlarına yardımcı olabilir. Aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçleri, sağlık hizmetlerinin sunumu ile doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle, eğitim programlarının değerlendirilmesi aynı zamanda sağlık sistemi, politikaları ve uygulamaları da dikkate alınarak şekillendirilmelidir. Bynum ve arkadaşları, aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının, yaşlı bireylerin bakımında beklenen standartları karşılamada yetersiz kaldığını belirtmektedir (31). Bu tür eksiklikler, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan ve asistanların mesleki gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Sonuç

Sonuç olarak, aile hekimliği asistanlarının eğitim programlarının değerlendirilmesi birçok karmaşık sorunla karşı karşıyadır. Eğitim içeriğinin genişliği, değerlendirme yöntemlerinin yetersizliği, geri bildirim mekanizmalarının eksikliği, eğitim ortamının kalitesi ve sağlık sisteminin dinamikleri, bu sorunların başında gelmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için eğitim programlarının sürekli olarak gözden geçirilmesi, asistanların geri bildirimlerinin dikkate alınması ve yenilikçi değerlendirme sistemlerinin entegrasyonu gerekmektedir. Eğitim sürelerinin kısaltılması, pratik deneyim eksiklikleri, eğitim materyallerinin güncellenmemesi ve uzaktan eğitim yöntemlerinin yeter-

sizliği gibi sorunlar, asistanların eğitim süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunların çözümü için eğitim programlarının esnekliğinin artırılmalıdır. Ayrıca, asistanların eğitim ihtiyaçlarının toplumun ve günün gereksinime göre belirlenmesi ve buna uygun bir müfredat oluşturulması, eğitim programlarının uygulanabilirliğini artıracaktır. Bu şekilde, aile hekimliği asistanlarının eğitim süreçleri daha etkili hâle getirilebilecek ve sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılacaktır.

Kaynaklar

- Maryati, Y. (2023). *Insomnia during the COVID-19 pandemic and its relationship with psychological distress in health workers: a literature review*. *Magna Neurologica*, 1(2), 22-26.
- Astari, R., Hijriani, H., & Natalia, L. (2022). *Correlation between psychological distress and coping mechanism strategy among health workers with confirmed COVID-19*. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 7(1), 43.
- Belete, A. and Anbesaw, T. (2022). *Prevalence and associated factors depressive symptoms among healthcare professionals at Dessie Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia*. *BMC Psychiatry*, 22(1).
- Oh, H., (2013). *Hospital consultations and jurisdiction over patients: consequences for the medical profession*. *Sociology of Health & Illness*, 236(4), 580-595.
- Mathey, M., Feki, A., Jaques, M., Barras, R., & Bantsch, R. (2019). *An analysis of insurance claim cost-ratios in the professional civil liability of specialist physicians in gynaecology-obstetrics in Switzerland from 2008–2017: a retrospective study*. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 19(5).
- Rudebeck, C. (2019). *Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 335-344.
- Cardoso, R., Zarin, W., Nincic, V., Barber, S., Gülmezoglu, A., Wilson, C., ... & Tricco, A. (2017). *Evaluative reports on medical malpractice policies in obstetrics: a rapid scoping review*. *Systematic Reviews*, 6(1).
- Kirilmaz, H. & Öztürk, K. (2018). *A research on patient satisfaction in family medicine*. *Health Care Academician Journal*, 5(1), 60.
- Şenel, S., & Budakoğlu, I. İ. (2024). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencilerinin ÜÇEP 2020 Temel Hekimlik Uygulamalarına Yönelik Yeterlik Algılarının Değerlendirilmesi*. *Tip Eğitimi Dnyası*, 23(69), 70-88.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- Sorinola, O. O., & Thistlethwaite, J. (2013). *A systematic review of faculty development activities in family medicine*. *Medical Teacher*, 35(7), e1309–e1318.
- Doyle, T. and McDonald, C. (2022). *Integration of core first year engineering courses into sequenced experiential learning: the integrated cornerstone*. *Proceedings of the Canadian Engineering Education Association (CEEA)*.
- Ruggiero, L., Moadsiri, A., Butler, P., Oros, S., Berbaum, M., Whitman, S., ... & Cintron, D. (2010). *Supporting diabetes self-care in underserved populations*. *The Diabetes Educator*, 36(1), 127-131.
- Wiest, F. C., Ferris, T. G., Gokhale, M., Campbell, E. G., Weissman, J. S., & Blumenthal, D. (2002). *Internal medicine and family medicine residents' preparedness for treating common illnesses*. *JAMA*, 288(20), 2609-2614.

15) Yıkılkan, H., Türedi, Ö., Aypak, C., & Görpeloğlu, S. (2013). *Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(1), 25-32.

16) Hall, J., Holman, H., Barreto, T., Bornemann, P., Vaughan, A., Bennett, K., ... ve Bergus, G. (2020). *Point-of-care ultrasound in family medicine residencies 5-year update: a CERA study*. *Family Medicine*, 52(7), 505-511.

17) Zoberi, K. and Everard, K. M. (2018). *Teaching chronic pain in the family medicine residency*. *Family Medicine*, 50(1), 22-27.

18) Frazier, W., Wilson, S., D'Amico, F., & Bergus, G. (2021). *Resident remediation in family medicine residency programs: a CERA survey of program directors*. *Family Medicine*, 53(9), 773-778.

19) Eğici, M. ve Gökseven, Y. (2019). *Şişli Hamidiye ETFAL Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistan Eğitimi Deneyiminde 'Eğitici Aile Sağlığı Merkezleri'*. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 165-175.

20) Brennan, J., McGrady, A., Tripi, J., Sahai, A., Frame, M., Stolling, A., ... & Riese, A. (2019). *Effects of a resiliency program on burnout and resiliency in family medicine residents*. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(4-5), 327-335.

21) Aquino, L., Ottney, A., Odum, A., & Phillips, J. (2022). *Evaluation of a residency peer-to-peer intervention in opioid prescribing*. *Family Medicine*, 54(3), 221-225.

22) Alkhalifi, M., Peircell, E., Mooney, S., Clayton, A., & Simpson, J. (2023). *Introduction of a Patient as Teacher Program into family medicine residency: an exploratory pilot study*. *University of Toronto Medical Journal*, 100(2), 44-47.

23) Byun, H. and Westfall, J. (2022). *Family medicine and emergency redeployment: unrealized potential*. *Family Medicine*, 54(1), 44-46.

24) Lee, K., Kim, J., Lee, K., Cho, B., Yang, J., Goh, E., ... & Bae, W. (2011). *Implementation of a videoconferencing system between multiple family medicine departments*. *Korean Journal of Family Medicine*, 32(5), 311.

25) Uzuner, A., Topsever, P., Ünlüoğlu, İ., Çaylan, A., Dağdeviren, N., Uncu, Y., ... & Ersoy, F. (2010). *Residents' views about family medicine specialty education in Turkey*. *BMC Medical Education*, 10(1).

26) Pereira, J., Hogg, W., Graves, E., Kljujic, D., Archibald, D., Qandasan, I., ... & Glazier, R. (2022). *Practice profiles and patterns of Ontario family medicine residents 5 years after residency examinations: an exploratory study*. *Family Medicine*, 54(2), 97-106.

27) Murdoch, W., Pryomski, N., Delaney, N., & Hulsemann, S. (2017). *Effect of PGY training year on perceived readiness to perform entrustable professional activities*. *Mededpublish*, 6, 181.

28) Doğan, Ü. and Karaoğlu, N. (2022). *The Opinions of Family Medicine Residents About Education and Working Conditions in Turkey*. *Konuralp Tıp Dergisi*, 14(2), 309-316.

29) Carek, P. J., Dickerson, L. M., Diaz, V. A., & Steyer, T. E. (2011). *Addressing the scholarly activity requirements for residents: one program's solution*. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(3), 379-382.

30) Helal, A. H. A. and Turki, Y. A. (2019). *Family medicine residents' educational environment and satisfaction of training program in Riyadh*. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 1330.

31) Bynum, J. P., Barre, L., Reed, C., & Passow, H. (2014). *Participation of very old adults in health care decisions*. *Medical decision making*, 34(2), 216-230.

32) Mengüllüoğlu, N. and Ünlüoğlu, İ. (2017). *Evaluation of family medicine specialty theses between the years 2005-2015*. *Ankara Medical Journal*.

33) Mehmet Ali Gulpinar. (2024). *Triple Approach to Program Evaluation and "Contextual Program Evaluation Model" Proposal*. *The Educational Review, USA*, 8(1), 33-42.