TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şilan Burcu TAŞLI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN VE ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şilan Burcu TAŞLI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Karar no: GOKAEK-2021/13.22; 2021/226

2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER iii

TEŞEKKÜR v

KISALTMALAR DİZELGESİ vi

TABLOLAR DİZELGESİ viii

ÇİZİMLER DİZELGESİ x

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. AİLE HEKİMLİĞİNE DUYULAN İHTİYAÇ VE AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU 3

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ VE TARİHÇESİ 5

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI 7

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE TÜRKİYE'YE ÖZGÜ TANIMLAMALAR 9

2.5. OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK YAPILANMASI 9

2.6. TÜRKİYE' DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ 10

2.7. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI EĞİTİMİNİN DÜNYADA VE TÜRKİYE' DE TARİHÇESİ 14

2.8. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR 17

2.9. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR 21

2.10. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ROTASYONUNDAN HEDEFLENEN KLİNİK VE GİRİŞİMSEL YETKİNLİKLER 22

3. GEREÇ YÖNTEM 25

3.1. ÇALIŞMA DİZAYNI 25

3.2. KULLANILAN FORMLAR VE ÖLÇEKLER 25

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI 26

3.4. VERİLERİN KATEGORİZASYONU 26

3.5. VERİLERİN ANALİZİ 27

4. BULGULAR 28

5. TARTIŞMA 46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 50

7. ÖZET 53

8. ABSTRACT 55

9. EKLER 57

9.1. EK – 1: ETİK KURUL ONAYI **57**
9.2. EK – 2: ANKET FORMU **58**
10. KAYNAKÇA **73**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz, engin bilgi ve tecrübesiyle bizlere olan ilgi ve alakası ile her zaman yanımızda olan, bizlere yol gösteren desteğini bizden hiç esirgemeyen ve asistanı olmaktan onur duyduğumuz iyi ki dediğimiz sayın hocamız Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a,

Yaşamım boyunca hep yanımda olan bu günlere gelme sürecimde emeklerini, sevgilerini, iyi dileklerini esirgemeyen çok sevdiğim anneme, kardeşime ve aileme

Tez süresince benden yardımlarını esirgemeyen kıymetli dostum Dr. Ferat Yılmaz'a

Asistanlığım süresince birlikte mesai harcamış olduğum ve kendilerini tanımaktan mutluluk duyduğum tüm Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği asistanlarına

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZELGESİ

A:	Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme
AB:	Avrupa Birliği
ACMT:	Tıp Eğitimi Danışma Komitesi
AHUD:	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
B:	Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ETT:	Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme
EEC:	Avrupa Ekonomi Birliği
GA:	Güven Aralığı
HIV:	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HPV:	Human Papilloma Virüs
K:	Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme
RCGP:	Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji
RIA:	Rahim İçi Araç
T:	Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme
TAHUD:	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TAHYK:	Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TORCH:	Toksoplazmozis, Diğer *(Other)*, Rubella, Cytomegalovirüs, Herpes Simpleks Virüs
TT:	Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

UEMO: Avrupa Genel Pratisyenler Birliği *(European Union of General Practitioners)*

WONCA: Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü *(World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)*

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo-1: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Edinilmesi Gereken Girişimsel Yetkinlik Hedefleri. 22

Tablo-2: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Edinilmesi Gereken Klinik Yetkinlik Hedefleri. 24

Tablo – 3: Sosyodemografik veriler. 28

Tablo – 4: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu sırasında yapılan klinik ve girişimsel uygulamaların dağılımı. 29

Tablo – 5: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık eğitimi sırasında yapılan Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun mesleki becerilerini geliştirme yönünden yeterliliğinin dağılımı. 31

Tablo – 6: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin cinsiyete göre dağılımı. 31

Tablo – 7: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin yaşa göre dağılımı. 32

Tablo – 8: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kıdem yıllarına göre dağılımı. 32

Tablo – 9 : Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kadrolarının bulunduğu yere göre dağılımı. 33

Tablo – 10 : Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların rotasyonlarını yaptıkları yere göre dağılımı. 33

Tablo – 11 : Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda yapılan klinik ve girişimsel işlemlerin yeterlilik düzeyine göre dağılımı. 36

Tablo – 12 : Katılımcıların öz yeterlilik değerlendirme sorularına 11 puanlık 0'dan 10'a likert tipi ölçek üzerinden verdikleri yanıtların ortalama değerlerinin dağılımı. 39

Tablo – 13 : Katılımcıların öz yeterlilik değerlendirme sorularına 11 puanlık 0'dan 10'a likert tipi ölçek üzerinden verdikleri yanıtların frekanslarının dağılımı. 41

ÇİZİMLER DİZELGESİ

Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler. WONCA Ağacı 19
Çizelge-2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni. 20

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği, aile, birey ve toplum sağlığına katkı sağlamak üzere, süreklilik içinde doğum öncesinden yaşam sonrasını kapsayan tüm dönemlerinde, sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi, sağlık problemlerinin birinci basamaktaki erken tanısı, tedavisi, takibi ve rehabilitasyonuna yönelik gerekli nitelikli bilgi ve beceriyi gerektiren bir uzmanlık dalıdır. Diğer tüm tıpta uzmanlık dalları hizmet vereceği hedef kitleyi yaş, cinsiyet veya tanılarına göre sınıflandırırken, aile hekimi ayrım yapmadan herkese çok yönlü bakım verme ve gerekli olduğunda hastaları ilgili bir üst kuruma yönlendirme görev ve sorumluluğunu üstlenmiş hekimdir. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık eğitimi çok büyük önem arz etmektedir.

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimine 1985 yılında başlanmış olmasına rağmen, aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarının standardize ve sistematik hale gelmesi oldukça uzun zaman almıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk yıllarda sadece çok kısıtlı sayıdaki üniversitelerin bünyesinde anabilim dalları kurularak gerçekleştirilmiştir. Bu üniversiteler önce kendi özgün uzmanlık eğitim programlarını oluşturmuş, daha sonra Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından ortak bir müfredat yayınlanmıştır. TUKMOS tarafından oluşturulan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 11.09.2019 tarihinde en güncel halini almıştır.[1]

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi eğitim ve araştırma ile üniversite hastaneleri dahilinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süre ile verilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde rotasyonlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi öğrencisi rotasyonlar ile birlikte, sahada karşılaşabileceği durumlarda klinik değerlendirme ve uygulama becerisine yönelik yeterli düzeyde deneyimi kısa sürede kazanabilmektedir. Ayrıca aile hekiminin bakım sorumluluğunu üstlendiği kendisine kayıtlı bireylerin, diğer basamaklarda alabileceği sağlık hizmetlerini de öğrenmesi yine bu rotasyonlarla sağlanabilmektedir. Müfredata göre eğitim programında önceden aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktayken, daha sonra rotasyonların süresi kısaltılarak eğitim sürecinin yarısına (18 ay) düşürülmüştür.[2]

Kadın Hastalıkları ve Doğum aile hekimliğinde önemli bir yere sahiptir. Gebe takipleri, annede veya bebekte oluşabilecek antenatal ve postnatal sorunların öngörülmesi ve erken

tanınması, perimenopozal takip, aile planlaması ve korunma yöntemlerini anlatabilme ve uygulayabilme, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısı ve tedavisi, aile hekiminin sorumluluğundadır. Hatta bazı jinekolojik girişimleri uygulayabilme ve doğum yaptırabilmede düzey 2 ("Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme") girişimsel yetkinliğe sahip olması beklenmektedir.[1] Ancak Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21–23.06.2010 tarihli 82 numaralı kararına göre 4 ay olan Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu daha sonra 3 aya düşürülmüştür.[2] Klinik karar verebilme ve özellikle girişimsel uygulamalarda el becerilerinin yeterli düzeyde gelişebilmesi, ancak ve ancak öğrenim sürecinde ilgili alanda makul bir sürede ve profesyonel denetim altında yeteri kadar pratik yapmak ile mümkündür. Esas olarak hastane şartlarında ve bir öğretici gözetiminde yapılan uygulamalı rotasyonların sürelerinin kısalması da eğitimin hem niteliğinde hem de niceliğinde ve dolayısıyla da kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Özellikle Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda olduğu gibi, öğrenilecek birçok şeyi daha kısa zamana sığdırmak zor olmakla birlikte, yeteri kadar pratik uygulama yapabilme imkânı da vermemektedir. Bu da aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kendilerini yetersiz hissetmelerine ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır.[3] 2019 yılında başlayan pandemi nedeniyle sadece acil vakaların alınması da verilen eğitimin kalitesini azaltmış olabilir.

Bu çalışmadaki amacımız tüm Türkiye'de halen eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Doğum ve Hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşlerini ve öz yeterliliklerini değerlendirmektir. Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşleri ve öz yeterlilikleri ne düzeydedir?
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda hangi uygulamaları yaptıkları ve bu uygulamalar hakkındaki öz yeterlilikleri ne düzeydedir?
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşleri ve öz yeterlilikleri kadrolarının bulunduğu hastane, rotasyonlarını yaptıkları hastane, yaş, cinsiyet ve kıdem yılı gibi değişkenler açısından farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİNE DUYULAN İHTİYAÇ VE AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU

Tarihin ilerleyen dönemlerinde mikroskobun geliştirilmesi ve 1932 yılında elektron mikroskobunun bulunması, anestezinin tıbbi uygulamaların kullanımına girmesi, hızla ilerleyen teknoloji ve sanayinin tıbba entegrasyonu ve böylelikle yeni bilgilere ulaşılması ve bilgilerin yayılması hızlanmıştır. Yapılan yeni keşifler ile özellikle ilaç ve tıbbi cihaz sektörünün hızla ilerlemesi ile tıptaki bu muazzam bilgi birikimi beraberinde tıbbın alanlara ayrılması gereksinimini doğurmuştur. Böylece hastalar öncelikle cerrahi veya medikal olmak üzere tedavi şekillerine göre tedavi edilmeye başlanmıştır. Daha sonraları ise bu alanlaşma daha da derinleşerek yaşa (pediatri), cinse (kadın hastalıkları ve doğum) veya hastalıkların tuttuğu organa göre (kardiyoloji, nöroloji, üroloji, …vb.) ayrılarak devam etmiştir. Hatta günümüzde tıptaki bu branşlaşma, ana dalların yan dallara bölünmesi ile de devam etmektedir.

Bu sistemin tartışmasız birçok pozitif yönlerinin olmasına rağmen, hastanın hastalıklara indirgenerek incelenmesine yol açmıştır. Şimdilerde ise neredeyse tamamen, Hipokrat' ın en temel ikinci öğretisi olan "Hastalık yoktur, hasta vardır" aforizmasının tamamen aksine, hastalar bir bütün olarak değil de sadece hastalığına yönelik olarak incelenmeye başlanmıştır.[4] Bu ayrışmanın sonucunda hasta-hekim ilişkisi, hastalık-hekim ilişkisine dönüşmüştür. Sonuç olarak da hiçbir hekim hastayı bir bütün olarak değerlendirmemeye başlamıştır. Dolayısıyla, bir hasta için önerilen ve reçete edilen tedavileri bir düzene sokarak hasta için en uygun tedavi planını çıkarmak imkânsız hale gelmiştir. Bir uzman tarafından yönlendirilmeyen hasta ise bu işi kendisi üstlenmek durumunda kalmıştır. Böylelikle, her bir hastalığına ayrı çare arayan hastaların ellerinde büyük bir poşet içinde birbiriyle geçimsiz veya etkileşen bir sürü ilacı bir arada görmek artık hiç de şaşırtıcı değildir. Bu sorun neticesinde ise tedaviyi tam ve doğru olarak uygulayamadığı veya hasta bir bütün olarak veya multidisipliner olarak tedavi edilmediği için ne yapılırsa yapılsın iyileşmeyen, tekrar tekrar doktora başvuran ve nihayetinde başvurduğu hekime artık güveni kalmayan bir hasta topluluğu oluşmuştur. Bu da kaçınılmaz bir sonuç olarak hasta-hekim ilişkisinin derinden sarsılmasına neden olmuştur.

Hastalarla sağlık uygulayıcıları arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olan bu durum 1920'li yıllarda bir göğüs hastalıkları hekimi olan Francis Peabody tarafından dikkat çekilmiştir.[5] Tıp bilimlerinde alanlaşma sonucunda hastaların sahiplenilmediği ve onları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının olması gerektiği vurgulanmıştır.[5] Fakat o dönemdeki bilimsel hırs bu deklarasyonun göz ardı edilmesine sebep olmuştur. Dr. Peabody daha sonraki makalelerinde, öğrenci derslerinde, kitaplarında ve konuşmalarında ise bu konuyu tekrar tekrar gündeme getirmiştir.[6] Her yazısında ise tüm tıbbi disiplinlerde yer alan tüm jenerasyonlara, hastaların semptomların bir birikiminden daha fazlası olduğunun hatırlatılması gerektiğini vurgulamıştır.[7]

1945 yılında Birleşmiş Milletler' in ve 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü' nün kurulması ile temel sağlık hizmetleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili yayınladıkları raporlarda, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde yürütülen hasta tedavisi hizmetlerinin birlikte yürütülmesi gerektiği (bütüncül yaklaşım) ve tedavi hizmetlerinin planlanmasında ise hastaların ayaktan ve evden tedavileri ile hastaneden devam eden tedavilerinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (kademe ve sevk zinciri).

Hastaların farklı yerlerde (ayaktan, ev, hastane) yürütülen tedavilerinin birbirinden habersiz ve kopuk olması gereksiz maliyetlere yol açmaktadır. Bunun da mümkün olan en aza indirgenmesi için insanların hastalıklara yakalanmasını önleyen veya hastalıkların erken dönemde tanınmasına imkân veren koruyucu hekimlik kavramı ön plana çıkmıştır.[8] Böylelikle sağlık bakım anlayışının değişerek bireyin ekonomik, sosyal ve kültürel anlamada tek bir çerçevede değerlendirilmesi gerekliliği anlaşılmıştır. Bu nedenlerle bireyi her şeyi ile bir bütün olarak ele alan, yaşadığı çevreyi iyi tanıyan, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici süreci tüm bu bilgileri dâhilinde koordine edebilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur.[9,10]

O dönemlerde bu probleme bulunan ve uygulamaya konan çözüm ise, tıp fakültesinden yeni mezun olan hekimlerin bu görevi üstlenmeleriydi. Bu sayede hızlı bir şekilde, çok miktarda bir hekim grubu oluşturuldu. Bu hekimlerin görevi, alanlarında uzmanlaşmış doktorların geliştirdiği tanı ve tedavi metotlarını halka uygulamaktı. Bu sebeple bu hekim grubuna yapmakta oldukları iş ile uyumlu olarak genel pratisyen adı verildi. Sonuç olarak alınan bu kararlar ve sorunları hızla çözebilme gayreti, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir düşüşe yol açtı.[11]

1966 yılında Case Western Reserve üniversitesinden John Millis, başkanlığındaki toplanan bir heyet (The Citizens Commission on Graduate Medical Education), "Millis Raporu" adı verilen raporu yayınladı.[12] Bu raporun içeriğinde esas olarak birinci basamakta verilen sağlık hizmeti için mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliği belirtilmekteydi. Aynı yıl Kentucky üniversitesinden Dr. William Willard başkanlığında toplanan Ad Hoc Committee in Education for Family Practice of Council on Medical Education of the American Medical Association yayınladığı raporda halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için "family practice" olarak isimlendirilmesi düşünülen yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından bahsediyordu.[13-15] Bu raporların yayınlanmasından sonra 1947'den bu yana adı "American Board of General Practice" olan kuruluşun adı "American Board of Family Practice" olarak değiştirildi. Böylelikle "Aile Hekimliği" uzmanlık alanının temelleri atılmış oldu. Bu yeni uzmanlığa "family practice" (aile uygulaması) adının verilmesinin nedeni ise bireyi aile içinden başlayarak değerlendirip, kişinin tanı ve tedavi sürecine ailenin de dâhil edilmesinden kaynaklanıyordu.

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ VE TARİHÇESİ

Aile Hekimliği kavramının yavaş yavaş doğmaya başlaması ile birlikte, genel pratisyenlik disiplinini geliştirmek ve standartlarını yükseltmek hedefiyle İngiltere'de 1952 yılında Genel Pratisyenler Koleji (College of General Practitioners) kuruldu. 1963 yılında ise Avrupa'da Aile Hekimliği disiplininin ilk savunucu ve uygulayıcı ülkesi olan İngiltere'de Edinburg' da aile hekimliğinin ilk üniversite kürsüsü kuruldu, 1967 yılında Kraliyet tarafından kabul edildi ve 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (The Royal College of General Practititoners) (RCGP) adını alarak kurumsallaştı.[16-19]

Avrupa'da Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramları, Fransa, Almanya, Hollanda, Belçika ve İtalya'nın destekleriyle 1967'de Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (European Union of General Practitioners) (UEMO) kurulmasıyla birlikte ivme kazandı. UEMO genel pratisyenlik eğitimine katkı sağlamak ve standartları yükseltmek, aile hekimlerinin mesleki haklarını savunmak, sosyoekonomik çıkarlarını desteklemek gibi misyonlar edindi.

1974 yılında Hollanda' da yapılan, Leeuwenhorst ve grubu tarafından gerçekleştirilen bu Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı, aile hekimliğinin gerekliliği, aile hekimliği

eğitim süreci ve tanımı açısından Aile Hekimliği tarihindeki en önemli olaylardan ilkini teşkil etmektedir.[20,21]

1978 Alma Ata Konferansı' da DSÖ sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemini kabul etmiştir. "2000 yılında herkese sağlık" sloganı ile bir kısım hedefler ve stratejiler belirlenmiştir. Aile hekimliğinin, sağlık hizmetlerinin basamaklar arasındaki organizasyonunda kilit konumda olduğu belirtilmiştir.[22] Aynı zamanda da birinci basamakta sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasının kendine has bilgi ve becerileri gerektirdiği ve bunun da alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmesi gerektiğinin de üstünde durulmuştur.[22] Bunun sonrasında ise tüm dünyada sağlık politikaları bu düşüncenin ışığında tekrar değerlendirilmiştir.[22] Bu konferans aile hekimliği tarihçesinde yer alan mesafe taşı olaylardan biridir.

1986'da toplanan Avrupa Birliği tarafından Avrupa'da aile hekimi/genel pratisyenlerin asgari eğitimleri için bir ölçüt oluşturulmasının gerekliliğini belirten yönetmelik kabul edildi. Bu yönetmelikte mezuniyet sonrasında birinci basamak hekimlerine yönelik verilmesi planlanan eğitiminin en az 2 yıl olması gerektiği belirtilmekteydi. Bu Avrupa Birliği kararları Aile Hekimliğinde eğitim süresinin belirlenmesi için ilk adımlardan biridir. Bu nedenle Aile Hekimliği tarihindeki diğer bir mesafe taşı niteliğini taşımaktadır. Tüm Avrupa'da Aile Hekimliğini bilimsel ve akademik olarak temsil etmeyi nosyon edinmiş olan Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (WONCA) ve DSÖ tarafından Ontario, Kanada' da 1994 yılında düzenlenen konferansta aile hekimliğinin amaçları, görev tanımı, işleyişi ve kurumsallaşması ve Aile Hekimliği politikalarına yönelik önemli kararlar alınmıştır. Buna göre; sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkinliğinin sağlanabilmesi ve gereksinimlere yanıt verebilmesi için kökten değişiklikler yapılması gerekli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca her olanakta aile hekiminin ilk başvuru hekimi olması gerektiği savunulmuştur. Aile Hekimlerine yönelik her ülkede bağımsız örgütler kurulması gerektiği söylenmiştir. Bu konferans ise Aile Hekimliği tarihçesinde politikaların belirlenmesi açısından başka bir kilometre taşını oluşturmaktadır.[23-25]

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI

Dünyada yaşanmakta olan tüm bu gelişmeler ile birlikte yıllar içerisinde farklı aile hekimliği tanımları oluşmaya başladı. Böylelikle, 1970'li yıllara girerken, artık idari olarak da kabul edilmiş olan Aile Hekimliği uzmanlığının tüm dünyada geçerli olacak bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıktı. Öncelikle RCGP tarafından 1972'de ve sonra 1974'te Hollanda'da gerçekleştirilen İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında, Leeuwenhorst ve çalışma grubu tarafından birinci basamak hekimliğinin diğer tıbbi uzmanlık alanlarından farklı bir uzmanlık dalı olduğuna değinilmiştir. RCGP'nin 1972'deki raporu 1977' de revize edilerek ve Leeuwenhorst ve çalışma grubunun 1974'teki raporu ise yine 1977'de derlenerek yayınlanmıştır.[16-18,20,21]

Avrupa'da aile hekimliğinin eğitim ve araştırma temeli olduğu bu dönemde Leeuwenhorst tanımına göre (1974) aile hekimi:[20,21,26,27]

"Genel pratisyen yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakım sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanılabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder."

1991 yılında WONCA tarafından yapılan tanıma göre ise aile hekimi:[24,26-30]

"Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar.

Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir.

Genel pratisyen / aile hekimi mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir."

Aile hekimliğinin tanımlamasına yönelik devam eden arayışlarda ise 2000 yılında Olesen ve arkadaşlarına göre aile hekimliği ve genel pratisyenlik şöyle tanımlanmıştır:[26-30]

"Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir."

2001 yılında Barcelona' da yapılan (Core Content Conference) konferansta ise aile hekimliği tanımı şu şekildedir:[26-29]

"Aile hekimleri aile hekimliği prensipleri içinde eğitilmiş uzman hekimlerdir. Temel olarak tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve devamlı bir bakım vermekle yükümlü kişisel doktorlardır. Kişilere aileleri, yaşadıkları topluluk ve kültürleri bağlamında bakım verirler. Topluma karşı da profesyonel sorumlulukları olduğunu da kabul ederler. Hastalarıyla birlikte bakım planı oluştururken tekrarlayan görüşmelerde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastası hakkındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri entegre ederler.

Aile hekimleri profesyonel rollerini ya doğrudan ya da hastanın sağlık gereksinimi ve hizmet ettikleri topluluktaki kaynakların uygunluğuna bağlı olarak; hastanın diğer servisleri kullanmasına yardımcı olup sağlığını yükselterek, tedavi, bakım ya da palyasyon sağlayarak yaparlar."

2001’ de Barcelona’da düzenlenen konferans, WONCA’ nın 2002 ve 2005’ te yayınladığı bildirilere ise ışık tutmuştur. Aile hekimliğinin hem ulusal hem de tüm Avrupa düzeyinde sağlık sistemleri içindeki temel rolüne ilişkin tartışmaya bilgi ve katkı sunmak için WONCA Avrupa tarafından Aile Hekimliği ve Genel pratisyenlik tanımları 2002’ de yayınlanıp 2003’ te Türkçe’ ye çevrilmiştir. Bu bildiri 2005 yılında revize edilerek 2011 yılında ise Türkçe’ ye çevrilmiştir.[26,27]

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE TÜRKİYE’YE ÖZGÜ TANIMLAMALAR

6 Temmuz 2005 tarihinde çıkan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmeliğe göre aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak değil bir görev unvanı olarak tanımlanmıştır. Buna göre aile hekimi “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.[31]

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri.” olarak tanımlanmıştır.[32]

2.5. OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK YAPILANMASI

Osmanlı dönemindeki tıp anlayışının klasik İslam tıbbı niteliğinde olduğu bilinmektedir. Ancak hızla gelişen bilimsel tıbbın Osmanlı’ya yansıması çok uzun zaman almıştır. Modern tıp eğitimi 14 Mart 1827’de Tıphane ve Cerrahhane-i Amire’nin açılması ile başladı. Öğrenim dili Fransızca olan bu askeri okulun esas amacı, 1826 yılında Sultan II. Mahmut tarafından kapatılan yeniçeri ocağının ardından kurulan Asakir-i Mansure-i Muhammediye isimli ordunun hekim ihtiyacını karşılamaktı.[33] 1861 yılında ise ülkede çalışan hekim ve ebelerin sayısı ve niteliği hakkında bilgi edinmek, kayıt ve denetim altına almak amacıyla Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname" yayınlandı.[34,35] Bu sağlık teşkilatlanması açısından oldukça önemli bir girişimdir.[35] Taşraya sağlık hizmeti götürebilmek amacıyla öncelikle yapılması gereken hekim sayısını arttırmaktı. Bu nedenle,

1866 yılında Mekteb-i Tıbbiye içerisinde Sivil Tıbbiye yani Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye açılarak, 1867 yılında Türkçe eğitime başladı. Bunun üzerine ise 1870 yılında Askeri Tıbbiye' de de Türkçe tıp eğitimine geçildi.[33] Sivil Tıbbiye' nin kurulmasındaki amaç ise ülke çapında hekim görevlendirme çabasıydı.[35] Sivil Tıbbiye daha ilk mezunlarını vermeden 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi yayınlanarak, Sivil Tıbbiye' den yetişen hekimlerin "Memleket Tabibi" adıyla il ve ilçelere tayin usulü ile görevlendirilecekleri belirtildi. Nizamnameye göre görevlendirilen hekimlerden beklenen, görevli oldukları yerlerde sadece tedavi hizmeti vermek değil, aynı zamanda koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini de sunmasıydı.[35,36] Aynı zamanda memleket tabiplerine Adli Tabiplik görevi de verilmişti. Sağlık teşkilatlanmasında bu uygulamayla istenilen düzeyde sonuç alınamamasıyla birlikte 1882 yılında yayınlanan İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsusu Kanun Velayet adında bir düzenleme ile teşkilatın görev ve yetkileri ile bazı tanımlamalarda değişiklikler yapıldı.[37] Tüm bu gelişmelerin yaşandığı o dönemde memleket tabiplerine devlet tarafından maaş ödenmemekteydi. 1888 yılında ise memleket tabipleri devlet tarafından maaşa bağlandı.

Osmanlı'da 1. ve 2. Meşrutiyet dönemleri sağlık açısından büyük gelişmelerin yaşandığı dönemlerdir. Bu dönemlerde özellikle İtalya örnek alınarak sağlıkta yapılandırmaya gidilmiştir.[38] Devletin sağlık alanında ülke çapında örgütlenmesi ve taşra-kırsal kesime hizmet götürme çabasını daha ileri götürmek ve daha iyi organize etmek amacıyla 1913 yılında Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi yayınlandı.[39] Burada göze çarpan en büyük değişiklikler memleket tabipliği unvanının "Hükümet Tabibi" olarak değiştirilmesi, ilçe ve kasabalardaki sağlık sorunlarının görüşülüp çözümler üretileceği Sıhhiye Meclislerinin kurulması ve il merkezinde ise Sağlık Müdürlüklerinin kurulmasıydı. Tüm bu belgelerden de anlaşılacağı gibi, Osmanlı döneminde sağlık yapılanmasındaki temel amaç, hekim açığını kapatmak, taşraya sağlık hizmeti götürebilmek, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunabilmeye yönelikti.

2.6. TÜRKİYE' DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ

Dünyada hekimler daha çok ilgi duydukları alanlara doğru yönelirken, 1923'te Peabody tarafından, tıpta alanlaşmanın bir getirisi olarak hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeye yönelik bir uzmanlık alanının önemini vurgulamıştı. Bu önermenin yarattığı farkındalık sonrasında dünyada Aile Hekimliği uzmanlığına adım atmak yönünde

çalışmalar ve teşvikler başladı. Ancak bu dönüşüm o kadar da hızlı olamayacaktı, çünkü böyle bir devinime ne toplum ne de tıp dünyası hazır değildi. O sıralarda Osmanlı Devleti ve sonrasında genç Türkiye Cumhuriyeti'nde dünya savaşları ve milli mücadelenin etkisiyle temel amaç savaş travmalarını tedavi etmeye yönelik askeri hekim yetiştirmekti. Kurtuluş Savaşı sonrasında ise Türkiye Cumhuriyeti, askeri, ekonomik, eğitim, politik, …vb. tüm alanlarda yeniden yapılanma dönemine girmişti. Sağlık yönünde ise, yine savaşların olumsuz getirileri nedeniyle, tifo, tifüs, kolera, verem, trahom ve cüzzam gibi salgın hastalıklar ile mücadele ön plandaydı. Bu dönemde salgın hastalıklarla mücadele hizmete özel kurulan dikey örgütlenmelerle gerçekleştirilebilmiştir. O yıllarda tahmini olarak ülkedeki 12 milyon nüfusa karşılık 554 doktor bulunmaktaydı.[40,41]

23 Nisan 1920 Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulmasıyla atanan ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'dı. Bu dönemde henüz Türkiye'de sağlık altyapısının düzenlenmesine yönelik kanun, tüzük ve yönetmelikler henüz yoktu. 29 Ekim 1923'te Cumhuriyet'in ilanından sonra Sağlık Bakanlığı görevine atanan ve 1937'ye kadar bu görevini sürdüren Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü ve buna bağlı Hıfzıssıhha Mektebi, İstanbul ve Ankara verem savaş dispanserlerini kurmuştur. Dr. Refik Saydam aynı zamanda hazırladığı tifüs aşısı ile tıp literatürüne geçmiştir. Kurmuş olduğu Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde birçok aşı ve serum üretilmeye başlanmıştır. Yine bu dönemde difteri, kolera, tifo, tifüs, BCG, boğmaca, tetanos ve kuduz aşılarının seri üretimine başlanmıştır. Ancak bu kurumda aşı üretimi 1997'de durdurulmuş ve 2011 yılında ise enstitü hizmete kapatılmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde bugünkü sağlık hizmetlerinin de temelini oluşturan birçok düzenlemeler yapılmıştır. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu tüm sağlık politikalarını düzenleyen bir anayasa niteliğindedir.[42,43]

Dr. Refik Saydam'dan sonra sırasıyla Dr. Hulusi Alataş (1937-1945), Dr. Sadi Konuk (1945-1946) ve Dr. Behçet Uz (1946-1948) Sağlık Bakanlığı görevlerini yerine getirmişlerdir. Bu dönemlerdeki sağlıktaki temel hedefler, aynı önceki dönemlerde de olduğu gibi, personel ve hizmet birimi sayısının arttırılması, koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri için gerekli alt yapının oluşturulması üzerine yoğunlaşmıştı.[44] Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hedefe yönelik dikey örgütlenme ve taşraya sağlık hizmeti sunulması amacıyla da yatay örgütlenme modeli benimsenmişti.[44,45] Bu dönemde 1. basamak sağlık hizmetleri veren hekimler üç gruba ayrılmıştı. Birinci grubu il ve ilçelerde görev yapan, tedavi, koruyucu hekimlik, sosyal yardım, nüfus işlemleri, eczacılık

ve adli tabiplik gibi görevleri olan hükümet tabipleri oluşturmaktaydı.[46,47] Tedavi, aşılama, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve eğitim gibi görevleri bulunan seyyar tabipler ikinci grubu oluşturmaktaydı.[48] Üçüncü grubu ise 1924 yılında kurulmaya başlayan ve 1950 yılında hizmetlerine son verilen muayene ve tedavi evi adındaki yataklı kurumlarda çalışan tabipler oluşturmaktaydı.[44,46,47]

Bu dönemde muayene ve tedavi evi niteliğinin yanı sıra bölgesel olarak çevre köylere de koruyucu sağlık hizmeti veren bir kuruluş olan Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri kuruldu. Salgın hastalıklarla mücadele, annelerin doğum öncesi ve sonrası bakımları, çocuk sağlığı, okullarda sağlık eğitimleri ve köylerde çevre sağlığı uygulamaları gibi görevleri vardı.[44,49] Bu sağlık kuruluşunun başka önemli özelliği ise ilk defa sevk zincirinin işletilmeye başlanmış olmasıdır. 15 günden uzun süreli yatış gerektiren hastalar Ankara Numune Hastanesine, zor doğum hastaları ise Ankara Doğumevine sevk edilmekteydi.[50]

Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı dönemi Verem Savaş Derneği ve Sıtma Savaş Derneği gibi oluşumlar aracılığıyla salgın hastalıklarla mücadelede önemli gelişmelerin yaşandığı bir dönem olmuştur.[51] Yine bu dönemde gerçekleştirilen en önemli faaliyetlerden biri 1946 yılında Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının onaylanmasıdır. Sağlık alanındaki bu plan kapsamında asıl amaçlanan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin aynı çatı altında toplanarak entegre şekilde yurt çapında uygulanmasını sağlamaktı. Buna göre, Türkiye sağlık hizmetlerinin yedi coğrafi bölge temelinde örgütlenmesi, her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulması ve böylelikle hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin birlikte uygulanması öngörülmekteydi.[38,44,52] Bu planının olumlu sonuçları 1947'de çıkarılan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne "Genel Sağlık Uzmanlığı" olarak yansımıştır.[44,53] 10 Temmuz 1953'te çıkarılan 6134 sayılı kanunla il özel idarelerine bağlı olan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesine bağlanmıştır.[54] Böylece Sağlık Bakanlığının denetim alanı genişlemiştir. Ancak ne var ki, birinci basamak koruyucu hekimlik hizmetleri ile tedavi hizmetleri bütünleştirmeye yönelik bu plandaki hedefler kısa sürede umut vadetmiş olsa da ilerleyen zamanlarda her ilçeye bir sağlık merkezi veya hastane yapılması ile entegrasyonel bir anlayıştan ziyade sadece tedavi veren yapılara dönüşmüştür.[38]

Dr. Behçet Uz 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olduktan sonra Milli Sağlık Programını uygulamaya sokmuştur. Hastane temelli sağlık politikası yaklaşımı ile

hastaların büyük illere yığılması her ile ve ilçeye hastaneler açarak sağlık merkezlerinin sayısı önemli ölçüde artmıştır. Ancak bu da birinci basamak koruyucu hekimliğin ikinci plana itilmesi, tedavi hizmetlerinin önem kazanması ve tüm bunların neticesinde ise genel tıp disiplinlerinde branşlaşmayı doğurmuştur.[38,44]

1960 askeri müdahaleden sonra Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş ve ülke beşer yıllık kalkınma planları yapılarak yönetilmeye başlamıştır. Askeri yönetim tarafından hazırlanan 1960 anayasasında sosyal güvenlik ve sağlığın devletin temel görevi olduğu belirtilmiştir. 1961 yılında ise Sağlık Bakanlığı müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek'in Milli Birlik Komitesi üyelerinin de desteğini alarak hazırladığı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmiştir.[55-59] Bu kanuna göre sağlık merkezleri yerine sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocakları kurulan yerlerden hükümet tabiplikleri kaldırılacaktır. Bu yeni sistemin en belirgin özelliği nüfusa göre örgütlenmedir. Böylelikle; her 5000 ila 10000 nüfusa bir sağlık ocağı ve her köyde her 2000 ila 3000 nüfusa bir sağlık evi kurulacaktır. Sağlık ocağı hizmeti en az bir hekim ve yeteri sayıda yardımcı sağlık personeli tarafından verilecektir. Sağlık evleri, sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışacak ve birer ebe görevlendirilecektir. Sağlık ocakları ve sağlık evleri her türlü koruyucu hekimlik hizmetlerini vermek, hastaların muayene ve tedavisini yapmak ve sağlık kayıtlarını tutmakla yükümlüdürler.[55-59] Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması seneler içinde diğer illere de yayılmıştır.

Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri ilk zamanlarda başarı ile uygulanmış olsa da çok geçmeden bu sistem aşınmaya başlamıştır.[57,58,60] Bu başarısızlığın nedenleri, modelin mimarı Dr. Nusret Fişek tarafından değerlendirilmiştir. Öncelikle bütçeden sağlığa ayrılan düşük pay nedeniyle imkanlar kısıtlı kalmış ve kırsal kesimlere verimli hizmet sağlanamamıştır.[57,58] Aynı zamanda yeterli sayıda hekim atanamaması nedeniyle hastaneler ve sağlık ocakları arasında bağ kurulamamış olmasıdır.[38] Öte yandan bu bölgelerde verilmesi planlanan hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmiş hekim ve sağlık personelinin bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Tüm bunların yanı sıra hekimlerin bu bölgelerde çalışmalarını teşvik edecek ölçüde ücretler ödenememiş, bunun sonucunda da sistemin işleyebilmesi için önce hekimlere özel muayenehane açma izni verilmiştir. Bu da sistemi işlemez hale getirmiştir. Ancak daha sonra 1978 yılında kamu hizmetindeki hekimlerin tam gün çalışmasını sağlamak için özel muayenehane açması yasayla yasaklanmıştır. Devletin tutarsız politikaları, 1970'li yıllardan itibaren sağlık sisteminde

yaşanan karmaşa, 1980 askeri müdahalesi ve sonrasında hak ve özgürlüklerin kısıtlanması yönündeki 1982 Anayasası, her ne kadar teoride başarılı bir sistem olmasına rağmen, pratikte uygulanabilirliğini kısıtlayan diğer etkenler olarak sayılmıştır.[38,44,57,58]

Aile Hekimliği kavramına altyapı hazırlayan ülkedeki tüm bu tarihi gelişmelerin yaşanmakta olduğu sıralarda tüm dünyada da Aile Hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesine yönelik değişim ve gelişmeler olmaktaydı. Sağlık sistemlerinde yaşanan bu değişimlerin bir sonucu olarak, hastaları bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirmeyi amaçlayan genel pratisyenlik ayrı bir uzmanlık dalı olarak ilk defa 1983 yılında "Aile Hekimliği" tababet uzmanlık tüzüğünde yer almıştır. Bu tarihten sonra da üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalları açılarak Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine geçilmiştir.[61]

DSÖ tarafından aile hekimliğinin gelişimi açısından her ülkede bağımsız aile hekimliği örgütleri kurulması önerilmiştir. Bunun üzerine Aile Hekimliğinin Türkiye'deki temsilcisi olarak 22 Haziran 1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş ve 22 Mart 1998 tarihinde Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almıştır. 2003 yılında ise TAHUD WONCA Avrupa Bölgesi'ne üye olmuştur.

2004 yılında çıkarılan 5238 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" ile Aile Hekimliği sistemine geçilmiştir. Aile Hekimliği uygulaması ilk defa 2004 yılında pilot bölge olarak seçilen Düzce'de başlanmış ve zamanla tüm Türkiye'ye yayılmıştır. Aile hekimliği sistemini desteklemek için Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur ve buralarda halk sağlığı uzmanlarının da istihdamı sağlanmıştır.[62] Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için aile hekimlerine kayıt yaptırmaları gerekmektedir. Ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir.[38,63]

2.7. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI EĞİTİMİNİN DÜNYADA VE TÜRKİYE' DE TARİHÇESİ

Dünyada aile hekimliğine geçiş aşamasında 1. basamak sağlık hizmetlerinde öncelikle tıp fakültesinden yeni mezun olmuş hekimlerin bu görevlere istihdam edilmesiyle başlanmıştı. Ancak daha sonrasında Aile Hekimliğinin mezuniyet sonrasında ayrı bir eğitim süreci gerektirdiğinin anlaşılması ile 1986'da Avrupa Birliği tarafından yayınlanan yönetmelikte aile hekimi/genel pratisyenlerin eğitimleri için asgari bir standart oluşturuldu. Buna göre mezuniyet sonrasında aile hekimliği uzmanlığı için gerekli eğitimin en az 2 yıl

olması gerektiği belirtildi. 1993 yılında EEC direktifleri ile doktorların Avrupa'da serbest dolaşımını sağlamak, Avrupa Birliği'ne üye her devlette gerekli becerileri kazanarak yetişen ve diploma alan bir aile hekimi, daha ileri bir eğitim almaksızın AB'ye üye her yerde hekimlik uygulayabilme hakkı kazandı.[64] 1995 yılında UEMO konferansında aile hekimliği uzmanlık süreci için 2 yılın yeterli olmadığı ve 3 yıla uzatılması gerektiği öne sürüldü. Ayrıca bu eğitim sürecinin rotasyonlar haricinde kalan yarısının ise 1. basamakta geçirilmesi gerekmekteydi.[65] Bu görüş Advisory Committee on Medical Training (ACMT) (Tıp Eğitimi Danışma Komitesi) tarafından aynı yıl içinde yayınlanan raporda da benimsendi[66] ancak henüz Avrupa Birliği tarafından kabul edilmemişti. 1998 yılında aile hekimliği Avrupa'da iyice yerleşti[67] ve 2001'de ise aile hekimliği uzmanlığı alanında bir akademik gereksinim olduğu öne sürülerek bu süre en az 3 yıla uzatıldı.[68] Şu anda dünyada aile hekimliği uzmanlığı eğitimi 3 ila 6 yıl arasında değişen sürelerde verilmektedir.[69]

Dünyada bu gelişmeler yaşanmakta iken Türkiye'ye bakacak olursak Genel Tıp/Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1947 yılında başlamış, 1983 yılına kadar farklı isimler altında uzmanlık eğitim programlarında yer almıştır. 24 Temmuz 1947 kabul edilen Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük ile eğitim süresi 2 yıl olarak belirlenen Genel Sağlık Uzmanlığı tanımlanmıştır.[70] Genel sağlık uzmanlığını teşvik etmek amacıyla, eğitimde geçirilen asistanlık süreleri mecburi hizmet sürelerine sayılmıştır.[44] Bu dönemde Ankara Numune Hastanesi, İstanbul Çocuk Hastanesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İzmir Memleket Hastanesi, İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi genel sağlık uzmanlığı verebilecek eğitim hastaneleri olarak belirlendi.[44] Ancak 1955 yılında sağlık merkezlerine uzman doktor sağlamayı hedefleyen bu uzmanlık dalı geçersiz kılınarak öğrencilere o anda bulundukları dalda uzmanlık olanağı verildi.[71,72]

1956 yılında yayınlanan Tababet İhtisas Nizamnamesinde genel sağlık uzmanlığı iç hastalıkları grubu ve cerrahi (şirürji) grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır.[73] 1961 yılında yayınlanan Tababet İhtisas Tüzüğünde yapılacak değişikliklere ait Tüzük ile uzmanlık eğitim programlarına yeni düzenlemeler getirilmiştir.[74] Buna göre tıp fakültesi mezunları iç hastalıkları, şirürji veya genel sağlık grubunda "grup ihtisası safhası" dahilinde iki yıllık eğitim alacaktı. Bu öğrenciler mezun olduklarında özel ihtisas yapmadıkları sürece hastanelere atanamayacaklardı. Daha sonra bir tıbbi branşta ihtisas yapmak isterse eğitimini almış olduğu gruba yönelik bir dalda uzmanlık eğitimine devam edebilecekti (özel ihtisas safhası). Daha sonrasında ise isterlerse ileri ihtisas safhasına

geçebileceklerdi.[44,74] Grup ihtisası dönemini dahiliye ve cerrahi alanda geçirmiş olanlar özel ihtisas olarak sadece kendi alanları ile ilgili seçim yapabilecekler; buna karşılık genel sağlık uzmanlık eğitimi alanlar istediği her dalda özel ihtisas tercihi yapabileceklerdi. Genel sağlık uzmanlık eğitimi sırasında 8 ay iç hastalıkları, 8 ay genel cerrahi, 4 ay çocuk hastalıkları ve 4 ay kadın hastalıkları ve doğum rotasyonları yapılması gerekmekteydi.[44] 1962 yılında yürürlüğe giren Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre ise önceki belirlenen üç safhalı uzmanlık eğitimi yerine tekrar tek aşamalı eğitime geçilmiştir.[75] 1964'te önceki tüzükte tekrar değişiklik yapılarak toplum sağlığı uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır.[76] Bu tüzüğe göre toplum sağlığı uzmanlık eğitimi 24 ay hastanede 12 ay sahada geçirilmek üzere toplam 36 aydan oluşuyordu.

1983 yılında tababet uzmanlığı tüzüğünde yapılan değişiklikler ile Aile Hekimliği Uzmanlığı ayrı bir uzmanlık dalı olarak yer almış ve Türkiye'de Aile Hekimliği adı altında resmen aile hekimliği uzmanlığı eğitimine geçiş yapılmıştır.[61] Bu tüzüğe göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi tümü rotasyonlardan oluşan toplam 36 aylık bir eğitim süreci olarak tanımlanmıştır.

1983 yılındaki tüzükten sonra 1984 yılında ilk Aile Hekimliği anabilim dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kuruldu. 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'deki Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde uzmanlık eğitimi başlatıldı. 16 Temmuz 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun gördü.[77] 1994 yılında ilk kez bir aile hekimi kendi alanında akademik bir göreve atandı.[77] Bunu takiben 1996 yılında Dr. Süleyman Görpelioğlu ve Dr. Zeynep Tuzcular Vural ve 1998 yılında ise Dr. İlhami Ünlüoğlu ilk kez Aile Hekimliği alanında doçentlik unvanlarını aldılar. 2004 yılında Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) kurulmuştur. Aile Hekimliği eğitim programı bu zamana kadar sadece rotasyonlara dayalı bir eğitim süreci olmakla birlikte TAHUD 1990'dan beri ve TAHYK ise kurulduğu zamandan beri bu eğitim programına saha eğitiminin de eklenmesinin gerekliliğini savunmuştur.[78]

2000'li yıllarda Dokuz Eylül, Marmara, Çukurova ve Adnan Menderes Üniversiteleri başta olmak üzere birçok üniversitede Aile Hekimliği eğitimine başlandı. Önceleri üniversiteler kendi müfredatlarını oluşturup yayınlamaktaydılar. Ancak uzmanlık eğitiminin standart bir hale getirilmesi, kaliteli ve sistematik bir şekilde sunumunun sağlanması için temel müfredatın merkezi bir kurumdan oluşturulması gerekmektedir. Bu

nedenle, TAHYK kurulduktan sonra ülke genelinde yapılan müfredat belirleme çalışmalarını göz önünde bulundurarak bir ulusal aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı hazırlamıştır. Bu müfredat 2007 yılında yayınlanmış ve adından 2012 yılında güncellenmiştir. 2009 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu çalışmaları çerçevesinde Aile Hekimliği için de bir komisyon kurulmuştur. TUKMOS Aile Hekimliği Komisyonu ilk toplantısını 2010'da yaparak aile hekimlerinin uzmanlık eğitimleri sırasında almaları gereken zorunlu rotasyonları ve süreleri belirlemiştir. Daha sonra bunu TUK'a sunarak uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı oluşturma çalışmalarına başlamıştır. TUK'un 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar 1985 yılından bu yana üç yıl süreli olarak verilmekte ve tamamı rotasyonlardan oluşan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde, bu karar doğrultusunda rotasyonların süresi kısaltılmış, Aile Hekimliğinin temel ilkelerine uygun öğretimine 12 (on iki) aylık bir zaman ayrılmıştır.[2] Daha sonraki müfredatlarda bu süre 18 (on sekiz) aya uzatılmıştır. Bu değişiklik ile birlikte Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği doğmuştur.

TUKMOS Aile Hekimliği Komisyonu tarafından, Aile Hekimliği Eğitimi Çekirdek Müfredatı, v.1.0 oluşturulmuştur ve 23 Ağustos 2011'den itibaren geçerli kılınmıştır. Bu müfredat TAHYK'nın Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Esaslarına göre oluşturduğu Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatına alt yapısında, TUK tarafından belirlenen rotasyonlar ve süreleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Daha sonra Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Müfredatının 2013 tarihinde v.2.0 versiyonu, 2017 tarihinde v.2.3 versiyonu ve 2019 tarihinde ise v.2.4 versiyonu oluşturularak taslağa son şekli verilmiştir.[1,79]

2.8. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL STANDARTLAR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin temelini Aile Hekimliği uygulama eğitimi, rotasyonlar ve devam eden düzenli eğitim etkinlikleri oluşturmaktadır. Bir aile hekimi uzmanı, uzmanlık eğitimi sonrasında aile sağlığı merkezlerinde, ilçe hastanelerinde, ilçe sağlık müdürlüklerinde, özel sektörde ve kamu kurumlarında çalışma alanı bulmaktadır. Ayrıca akademik birimlerde akademik kariyer yapma olasılığı da mevcuttur.[26-29,80]

WONCA Avrupa'nın 2002 yılında yayınladığı ve 2011 yılında revize edilen bildirgelerinde aile hekimlerinin gereksinim duyduğu çekirdek yeterlikleri ağaç şeklinde

(WONCA tree) şematize edilerek tanımlamıştır.[26-29,80,81] (Çizim-1) Buna göre aile hekiminin sahip olması gereken 12 temel yetenek 6 çekirdek yeterlikte toplanmıştır. Buna göre bir aile hekimi, bağlamsal (bağlantısal ilişkileri kurma ve kullanma), tutumsal (mesleki yetenek ve etik değerlere bağlı kalma) ve bilimsel özelliklere dayalı olarak klinik yönetim, hastalarla iletişim ve muayenehanenin yönetimi gibi 3 temel konuda yeterlilik kazanması gereklidir.[26-29,80,81] Bu 3 temel konuda ustalaşabilmek için de birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım-modelleme olarak belirlenen 6 çekirdek yeterliliğe sahip olmalıdır.

Özgün problem çözme becerilerinin 2 temel özelliği mevcuttur. Hastalıkları toplum içindeki prevalansı ve insidansına göre yönetebilme ve erken dönemde henüz tanı konmamış hastalıkları yönetebilme ve gerektiğinde uygun girişimlerde bulunabilmedir.

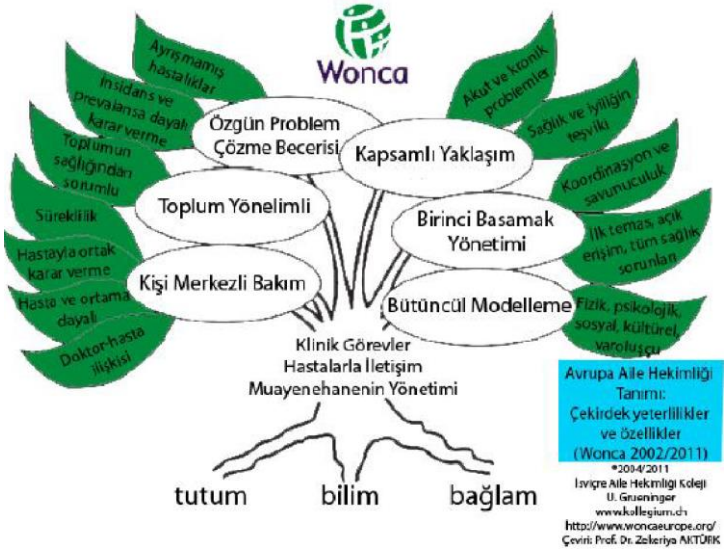
Kapsamlı yaklaşım 2 temel özelliğe sahiptir. Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme (akut ve kronik problemler) ve hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi stratejilerini etkin bir şekilde uygulayabilme (sağlık ve iyiliğin teşviki).

Birinci basamak yönetimi 2 temel özelliğe sahiptir. Aile hekimi acil durumlar hariç ilk başvurulan kişi olmalıdır, tüm sağlık sorunları ile ilgilenmelidir ve her zaman ulaşılabilir olmalıdır (ilk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları) ve iş birliği yaptığı diğer sağlık çalışanları ile uzmanların hizmetini koordine edebilmelidir ve hastayı savunmalıdır (koordinasyon ve savunuculuk).

Toplum yönelimli olmanın temel özelliği hastaların ve içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların etkin kullanımı ile yönetebilmedir (toplum sağlığından sorumlu).

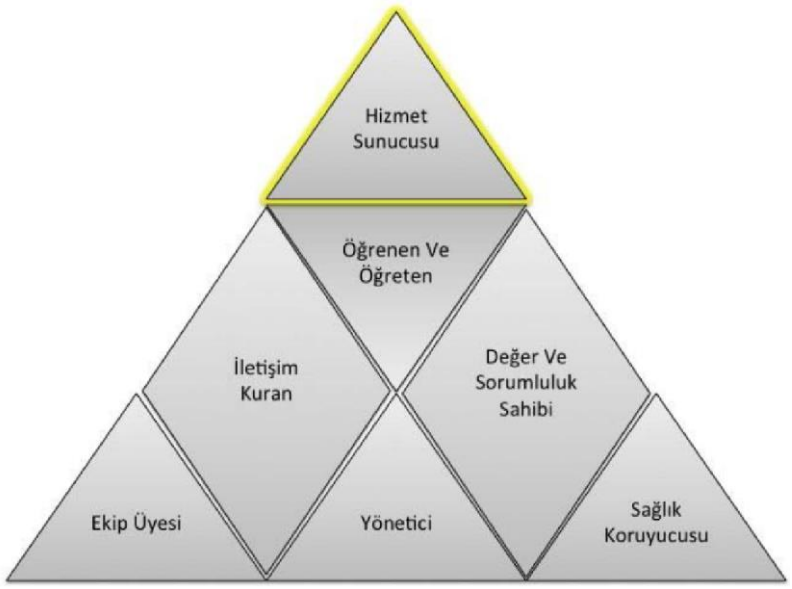
Kişi merkezli bakım 4 temel özelliğe sahiptir. Hasta ve hastanın yaşadığı ortam ile ilgili sorunlarla ilgilenir (hasta ve ortama dayalı), hastanın biricikliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturabilme (doktor-hasta ilişkisi), hastanın gereksinimlerine göre ortak olarak belirlenmiş sağlık hizmetini sunma (ortak karar verme) ve bakımın sağlanmasında sürekliliği devam ettirebilme (süreklilik).

Bütüncül modelleme yeterliliğinin temel özelliği sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alabilmesidir (fizik, psikolojik, sosyal, kültürel, varoluşçu).



Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler. WONCA Ağacı

TUKMOS tarafından 2019'da yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında Aile Hekiminin sahip olması gereken 7 temel yetkinlik alanı bulunmaktadır. (Çizim-2) Bir uzmanlık dalındaki eğitim sürecinde bu 7 temel yetkinliğin kazandırılması hedeflenmektedir. Bu 7 temel alan ancak bir arada ve uyumlu bir şekilde kullanılabildiğinde yeterlilikten bahsedilebilir. Hizmet sunucusunun yetkinlikleri klinik ve girişimsel yetkinliğe sahip olması beklenir. Sosyal ve metodolojik becerileri bilgi ile birleştirip karar verebilme yeteneği klinik yetkinlik olarak ifade edilirken, bu becerileri tıbbi girişimlerde kullanabilmek ise girişimsel yetkinliği ifade eder.[1] Bu klinik ve girişimsel yetkinlikler uzmanlık eğitimi sürecinde klinik rotasyonlardan ve saha eğitiminden edinilir.



Çizelge-2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni.

TUKMOS kılavuzuna göre edinilmesi gereken klinik yetkinlikler hangi işlemi ne düzeyde ve nasıl yapabilir olması gerektiğini belirleyen harf kodlaması ile belirlenmiş bir seviyeleme sistemi mevcuttur. Bunun yanı sıra girişimsel yetkinlikler 4 düzeye ayrılarak tanımlanmıştır.[1]

Klinik yetkinlik düzeyleri:

B: Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma

T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme

Klinik yetkinliklerde bazı gerekli durumlarda bunlara ek düzeyler de mevcuttur:

A: Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme

Girişimsel yetkinlik düzeyleri:

1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme

2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme

3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme

4: Karmaşık olsun veya olmasın, her tür olguda girişimi uygulayabilme

2.9. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR

1983 yılında yayınlanan tüzüğe göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi tümü rotasyonlardan oluşan (iç hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları toplam 18 ay, kadın doğum 8 ay, ruh sağlığı ve hastalıkları 4 ay, acil servis 6 ay) toplam 36 aylık bir eğitim süreci olarak tanımlanmıştı. Ancak bu süreye aile hekimliği alan-saha uygulamaları dâhil edilmemişti.[61]

Daha sonra yayınlanan yönetmeliklerde aile hekimliği uzmanlığı toplam eğitim süreci 36 aylık eğitim süresini korumuştur. Ancak rotasyon süreleri kısaltılarak aile hekimliği alan-saha eğitimine de yer verilmiştir.

2010 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında rotasyonlar 24 aya düşürülmüş, sahada geçirilmesi gereken süre 12 ay olarak belirlenmiştir. Buna göre yapılması gerek rotasyonlar ve süreleri iç hastalıkları 6 ay (1 ay kardiyoloji polikliniğinde geçirilmek üzere), çocuk sağlığı ve hastalıkları 6 ay, kadın hastalıkları ve doğum 5 ay, genel cerrahi 2 ay ve psikiyatri 3 ay olarak belirlenmiştir. Ayrıca göğüs hastalıkları, dermatoloji, ortopedi ve travmatoloji ve kulak burun boğaz bölümlerinden birinde yapılması gereken 2 ay süreli seçmeli rotasyonlar da mevcuttur.[82] 2013 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında rotasyonlar 18 ay ile sınırlandırılmış ve aile hekimliği saha uygulamasına 36 aylık tüm eğitimin yarısı ayrılmıştır. Bu müfredata göre çocuk sağlığı ve hastalıkları 5 ay, iç hastalıkları 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 4 ay, psikiyatri 2 ay, kardiyoloji 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay ve genel cerrahi 1 ay olarak belirlenmiştir.[79]

2017 yılında yayınlanan müfredatta ise rotasyonların toplam süresi 18 ay olarak kalmakla birlikte, kliniklerde geçirilmesi gereken süre dağılımı değiştirilmiştir. Buna göre iç hastalıkları 4 ay, çocuk sağlığı ve hastalıkları 4 ay, kadın hastalıkları ve doğum 3 ay, ruh

sağlığı ve hastalıkları 2 ay, acil tıp 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay, deri ve zührevi hastalıkları 1 ay, kardiyoloji 1 ay, seçmeli rotasyon 1 ay (nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya genel cerrahi) olarak belirtilmiştir.[2,83] Bu müfredatta yapılan değişiklikler, bir önceki müfredata göre 4 ay olan kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu 3 aya, 5 ay olan çocuk sağlığı ve hastalıkları 4 aya düşürülmüştür. Genel cerrahi seçmeli rotasyonlar arasına alınırken, 1 ay acil tıp rotasyonu eklenmiştir.[2]

2019 yılında yayınlanan müfredatta ise yine toplam rotasyon süresi ve klinikte geçirilmesi gereken süreler bir önceki ile aynı olarak kalmıştır.[1]

2.10. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ROTASYONUNDAN HEDEFLENEN KLİNİK VE GİRİŞİMSEL YETKİNLİKLER

Aile hekimliği uzmanlığı eğitim programı içeriğindeki kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu servis, jinekoloji, menopoz, acil ve antenatal poliklinikleri ile obstetri programlarından oluşmaktadır. Bu rotasyondan edinilmesi gereken kazanımların temel hedefleri aile, birey ve toplum sağlığına katkıda bulunmak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş dönemlerinde karşılaşılabilecek kadın sağlığı, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili sorunların çözümü ve yönetimi için gerekli bilgi ve beceriyi edinmiş olmasıdır.

Aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin bu rotasyon boyunca sorumlu olduğu minimum standartlar belirlenmiştir. (Tablo-1, Tablo-2) Bunlar sık karşılaşılan semptom ve bulgular, morbidite ve mortalitesi yüksek hastalıklar ve aciller gibi temel konulardan oluşmaktadır.

Tablo-1: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Edinilmesi Gereken Girişimsel Yetkinlik Hedefleri.

Yetkinlik adı	Düzey
Amniyosentez, koryon villüs biyopsisi ve fetal kan örneklemesi hakkında danışmanlık verebilme	1
Anormal vajinal kanama tedavisi	2
Benign meme hastalıkları yönetimi	2
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısı, tedavisi ve korunma	2

Doğum ve doğum sonrası komplikasyonları	2
Endometriozis tanı ve tedavisi	1
Gebe muayenesi ve gebe takibi yapabilme	2
Gebelik komplikasyonları	1
Gebelikte güvenli ilaç kullanımı	2
Genetik danışmanlık	2
Genital travmalar	2
İnfertilite tanısı ve tedavisi	2
Jinekolojik enfeksiyonlar tanısı, tedavisi ve korunma	2
Jinekolojik malignitelerde tanı ve korunma	1
Jinekolojik muayene yapabilme	2
Leiomiyoma uteri tanısı ve tedavisi	1
Normal vajinal doğum yaptırabilme	2
Obstetrik ve jinekolojik girişimler ve beceriler (acil doğum, spekulumla vajinal muayene, seksüel suistimal olgusunun değerlendirilmesi)	2
Pediatrik ve adolesanın jinekolojik değerlendirmesi	2
Perimenopoz dönem yönetimi	3
Perinatal enfeksiyonların tanı ve tedavisi	2
Riskli gebeliklerin tanısı	2
Tanısal jinekolojik girişimler (endometriyal biyopsi, kolposkopi, histeroskopi)	1
Tıbbi nedenlerle gebelik sonlandırılması	1

Bakınız: Bölüm 2.7. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde temel standartlar; Girişimsel yetkinlik düzeyleri.

Tablo-2: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Edinilmesi Gereken Klinik Yetkinlik Hedefleri.

Yetkinlik adı	Düzey
Anormal vajinal kanama	K, ETT, A
Asit	K, T
Diğer cinsel yolla bulaşan hastalık olan hasta	K, ETT
Dismenore	K, ETT
Doğum ve doğum sonrası komplikasyonları	K, T
Gebelik komplikasyonları	K, ETT, A
HIV (+) hasta	K, T, A
İdrar yolu enfeksiyonu	K, ETT
İnfertilite	T
Jinekolojik enfeksiyonlar	K, ETT
Leiomiyoma uteri	K, T
Malignite	K, B
Perinatal enfeksiyonlar	K, T, A

Bakınız: Bölüm 2.7. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde temel standartlar; Klinik yetkinlik düzeyleri.

3. GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya yönelik gereç ve yöntem kısmı bulunacaktır.

3.1. ÇALIŞMA DİZAYNI

Araştırma tanımlayıcı tipte anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından GOKAEK-2021/13.22, 2021/226 numaralı 12.07.2021 tarihli etik kurul onayı alındıktan sonra 15 Haziran 2021 ile 15 Ağustos 2021 tarihleri arasında Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, iyi klinik uygulamalar / iyi laboratuvar uygulamaları ve yürürlükteki mevzuata uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunu yapmış üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde tam zamanlı veya sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri dâhil edilmiştir. Ankete katılmayan, sorulara eksik yanıt veren, Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmayan ve Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunu yapmamış kişiler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2. KULLANILAN FORMLAR VE ÖLÇEKLER

Çalışma için katılımcılardan bir anket formunu doldurması istenmiştir. Toplam 76 sorudan oluşan ve yaklaşık 8 – 10 dakika süren anket üç bölümden oluşmaktadır (Ek-2). İlk bölümde anket hakkında genel bilgilendirme ve katılım onayı bulunmaktadır. İkinci bölümde sosyodemografik bilgiler ve çalışmaya katılan aile hekimi asistanların Kadın Doğum Hastalıkları rotasyonu ile ilgili görüşlerini değerlendirdikleri sorular bulunmaktadır. Üçüncü bölümde yer alan sorular çalışmaya katılan aile hekimi asistanlarının Kadın Doğum Hastalıkları ile ilgili öz yeterliliklerini değerlendirdikleri sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölümdeki öz yeterlilik değerlendirme soruları 0 – 10 arası 11 puanlık likert ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçeğe göre sıfır (0) puan hiç yeterli değilim, beş (5) puan ne yeterliyim ne değilim ve on (10) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma veri toplama formu Google formlar üzerinden oluşturulacak olup elektronik ortamda Aile Hekimliği eğitimcileri ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve Whatsapp gruplarında paylaşılarak katılımcılara ulaştırıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar veri toplama formunu doldurdular. Anket üç ay süre ile onar günlük aralarla hatırlatma yapılarak doldurmaya açık tutuldu. Bu süre içinde verilen yanıtlar veri olarak değerlendirildi.

3.4. VERİLERİN KATEGORİZASYONU

Anket formunda cinsiyet kategorik verisi kadın, erkek ve diğer / belirtmek istemiyorum olarak sorgulanmıştır. Fakat Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin cinsiyete göre dağılımı analiz edilirken diğer / belirtmek istemiyorum kategorisi (n=1) analiz dışı bırakılmıştır.

Anket formunda asistan olarak kadronun bulunduğu yer kategorik verisi üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı öğrencisi - Sağlık Bakanlığı ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı öğrencisi – YÖK olarak sorgulanmıştır. Ancak, Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kadrolarının bulunduğu yere göre dağılımı analiz edilirken ki kare testinde alt grup hücrelerinin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'in altında olduğundan, "Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı" ile "sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı öğrencisi - Sağlık Bakanlığı" verileri ve "üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı" ile "sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı öğrencisi – YÖK" verileri komprese edilerek analiz gerçekleştirilmiştir.

Anket formunda kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yapıldığı hastane kategorik verisi üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi ve doğumevi - kadın doğum ve çocuk hastanesi olarak sorgulanmıştır. Ancak, Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların rotasyonlarını yaptıkları yere göre dağılımı incelenirken ki kare testinde alt grup hücrelerinin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'in altında olduğu için eğitim araştırma hastanesi ile doğumevi - kadın doğum ve çocuk hastanesi verileri komprese edilerek analiz yapılmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS Windows için istatistik, sürüm 20,0 programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin normalite dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin üçlü grup analizi, ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirmek için Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler frekans (%), ortalama ± standart sapma (ort ± ss) olarak %95 güven aralığında (GA) sunulmuştur. Veriler iki yönlü olarak test edilmiştir ve p değeri <0,05 istatistiksel anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Evrenimiz 280 kişi olarak belirlenmiştir.Çalışmaya toplam 198 kişi katılmıştır. Bunlardan 6 kişi anket formunun birinci ve ikinci kısmını doldurmadığından, 51 kişi ise Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu yapmadığından çalışma dışında bırakılmıştır. Buna göre çalışma 147 Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu yapan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisinin doldurmuş olduğu anket formlarında, tam veri ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo – 3'te gösterilmiştir.

Cinsiyet; n (%)		
	Kadın	92 (62,6)
	Erkek	54 (36,7)
	Diğer / belirtmek istemiyorum	1 (0,7)
Yaş (yıl); ort ± ss		30,35 ± 3,78
Kadın doğum hastalıkları rotasyonu yapıldığındaki asistanlık yılı; ort ± ss		1,58 ± 0,66
Asistan olarak kadronun bulunduğu yer; n (%)		
	Üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı	80 (54,4)
	Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı	49 (33,3)
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - Sağlık Bakanlığı	16 (10,9)
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - YÖK	2 (1,4)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yapıldığı hastane; n (%)		
	Üniversite hastanesi	88 (59,9)
	Eğitim araştırma hastanesi	52 (35,4)
	Doğumevi - kadın doğum ve çocuk hastanesi	7 (4,8)

Tablo – 3: Sosyodemografik veriler.

Veriler sayı (%) ve ort ± ss olarak gösterilmiştir.

Katılımcıların 92 (%62,6)'si kadın, 54 (%36,7)'si erkeklerden oluşmaktaydı ve 1 (%0,7) kişi ise anket formunda cinsiyetini diğer / belirtmek istemiyorum olarak işaretlemişti. Katılımcıların yaş ortalaması 30,35 ± 3,78 idi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu

yaptıkları sıradaki asistanlık kıdem yılı ortalamaları ise 1,58 ± 0,66 idi. Asistanların 80 (%54,4) tanesi üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı, 49 (%33,3) tanesi Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimliği asistanı, 16 (%10,9) tanesi sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlığı öğrencisi – Sağlık Bakanlığı ve 2 (%1,4) tanesi ise sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlığı öğrencisi – YÖK olarak görev yapmaktaydı. Katılımcıların 88 (%59,9) tanesi üniversite hastanesinde, 52 (%35,4) tanesi eğitim ve araştırma hastanesinde ve 7 (%4,8) tanesi ise doğumevi - kadın doğum ve çocuk hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonlarını yapmıştı.

Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu sırasında yapılan klinik ve girişimsel uygulamaların dağılımı Tablo – 4'te sunulmuştur.

Tablo – 4: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu sırasında yapılan klinik ve girişimsel uygulamaların dağılımı.

	Evet	**Hayır**	**Cevapsız**
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında travay takip ettim	63 (42,9)	84 (57,1)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında vajinal muayene yaptım	94 (63,9)	53 (36,1)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında RİA taktım	22 (15,0)	125 (85,0)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunda sırasında RİA çıkardım	41 (27,9)	106 (72,1)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık verdim	38 (25,9)	109 (74,1)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında gebe takibi yaptım	82 (55,8)	65 (44,2)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında bimanuel vajinal muayene yaptım	57 (38,8)	90 (61,2)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında spekulum ile muayene yaptım	100 (68,0)	47 (32,0)	0 (0,0)
Cinsel yolla bulaşan hastalıklara kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tanı koydum	64 (43,5)	83 (56,5)	0 (0,0)

Cinsel yolla bulaşan hastalıkları kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tedavi ettim	57 (38,8)	90 (61,2)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi gördüm	88 (59,9)	59 (40,1)	0 (0,0)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi yaptım	23 (15,6)	123 (83,7)	1 (0,7)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen gördüm	63 (42,9)	83 (56,5)	1 (0,7)
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen masasında steril olarak yer aldım	41 (27,9)	104 (70,7)	2 (1,4)
Normal vajinal doğum izledim	97 (66,0)	48 (32,7)	2 (1,4)
Normal vajinal doğum yaptırdım	25 (17,0)	122 (83,0)	0 (0,0)

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir.

Buna göre rotasyonları sırasında travay takip edenler 63 (%42,9) kişi, vajinal muayene yapanlar 94 (%63,9) kişi, RİA takanlar 22 (%15,0) kişi, RİA çıkaranlar 41 (%27,9) kişi, kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık verenler 38 (%25,9) kişiydi. Katılımcı asistanların 82 (%55,8)'i gebe takibi yapmış, 57 (%38,8)'si bimanuel vajinal muayene yapmış, 100 (%68,0)' si spekulum ile muayene yapmış, 64 (%43,5)'si cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koymuş ve 57 (%38,8)'si ise bunları tedavi etmişti. Rotasyonları sırasında 88 (%59,9) kişi epizyotomi görmüş, 23 (%15,6) kişi epizyotomi yapmış, 63 (%42,9) kişi sezaryen görmüş, 41 (%27,9) kişi sezaryen masasında steril olarak yer almış, 97 (%66,0) kişi normal vajinal doğum izlemiş ve 25 (%17,0) kişi ise normal vajinal doğum yaptırmıştı.

Anket formunda Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık eğitimi sırasında almış oldukları Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun mesleki becerilerini geliştirme yönünden katkısını ve yeterliliğinin değerlendirilmesi istenmiştir. Buna göre 28 (%19,0) kişi bu rotasyonu yeterli, 52 (%35,4) kişi kısmen yeterli ve 67 (%45,6) kişi ise yetersiz bulmuştur (Tablo – 5).

Tablo – 5: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık eğitimi sırasında yapılan Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun mesleki becerilerini geliştirme yönünden yeterliliğinin dağılımı.

	Evet	Kısmen	Hayır
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu mesleki becerilerinizi geliştirme yönünden yeterli miydi?	28 (19,0)	52 (35,4)	67 (45,6)

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunu yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz olarak değerlendiren katılımcıların 92 (%63,0)'sini kadınlar ve 54 (%37,0)'sini erkekler oluşturmaktaydı. Bu analiz, cinsiyet değerlendirmesinde "diğer / belirtmek istemiyorum" sekmesini işaretleyen katılımcı analiz dışı bırakılıp, 146 katılımcı üzerinden değerlendirilmiştir. Buna göre, kadınların 15 (%16,3)'i bu rotasyonu yeterli, 30 (%32,6)'i kısmen yeterli ve 47 (%51,1)'si ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Erkeklerin ise 12 (%22,2)'si bu rotasyonu yeterli, 22 (4%0,7)'si kısmen yeterli ve 20 (%37,0)'si yetersiz olarak değerlendirip, kadınlar ile erkekler arasındaki rotasyonun yeterlilik düzeylerindeki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p=0,263) (Tablo – 6).

Tablo – 6: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin cinsiyete göre dağılımı.

	n	Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
Kadın	92 (63,0)	15 (16,3)	30 (32,6)	47 (51,1)	0,263
Erkek	54 (37,0)	12 (22,2)	22 (40,7)	20 (37,0)	

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin katılımcıların yaşlarına göre değerlendirilmesinde ise bu rotasyonu yeterli bulanların yaşlarının ort ± ss değerleri 31,21 ± 4,97 yıl, kısmen yeterli bulanların 30,04 ± 2,69 yıl ve yetersiz bulanların ise 30,24 ± 3,93 olup aradaki bu fark anlamsız olarak değerlendirilmiştir (*p*=0,394) (Tablo – 7).

Tablo – 7: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin yaşa göre dağılımı.

		Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
Yaş (yıl)	Ortalama ± ss	31,21 ± 4,97	30,04 ± 2,69	30,24 ± 3,93	0,394
	95% GA (alt – üst sınır)	29,29 – 33,14	29,29 – 30,79	29,28 – 31,20	

Veriler ortalama ± ss olarak, %95 GA gösterilmiştir. ANOVA testi kullanılmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kıdem yıllarına göre dağılımı incelendiğinde, toplam 73 adet 1. yıl asistanından 16 (%21,9)'si yeterli, 24 (%32,9)'si kısmen yeterli ve 33 (%45,2)'si yetersiz olarak değerlendirmiştir. Asistanlığının 2. yılında rotasyonu alan toplam 62 öğrencinin 8 (%12,9)'si yeterli, 25 (%40,3)'si kısmen yeterli ve 29 (%46,8)'si ise yetersiz bulmuştur. Asistanlığının 3. yılında rotasyonu alan toplam 12 öğrencinin ise 4 (%33,3)'si bu rotasyonu yeterli, 3 (%25,0)'si kısmen yeterli ve 5 (%41,7)'si ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Öğrencilerin yaptıkların bu değerlendirmelerin asistanlık kıdem yıllarına göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,437) (Tablo – 8).

Tablo – 8: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kıdem yıllarına göre dağılımı.

	n	Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
1. yıl asistanı	73	16 (21,9)	24 (32,9)	33 (45,2)	0,437
2. yıl asistanı	62	8 (12,9)	25 (40,3)	29 (46,8)	
3. yıl asistanı	12	4 (33,3)	3 (25,0)	5 (41,7)	

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyi hakkındaki görüşleri asistanların kadrolarının bulunduğu yere göre incelendiğinde, kadroları eğitim ve araştırma hastanelerinde bulunan toplam 65 öğrencinin 13 (%20,0)'si yeterli, 27 (%41,5)'si kısmen yeterli ve 25 (%38,5)'si ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Kadroları üniversite hastanelerinde bulunan toplam 82 öğrenciden 15

(%18,3)'si bu rotasyonu yeterli, 25 (%30,5)'si kısmen yeterli ve 42 (%51,2)'si ise yetersiz bulmuştur. Uzmanlık öğrencilerinin bu görüşleri arasındaki fark anlamsız olarak değerlendirilmiştir (p=0,275) (Tablo – 9).

Tablo – 9: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların kadrolarının bulunduğu yere göre dağılımı.

	n	Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	65	13 (20,0)	27 (41,5)	25 (38,5)	0,275
Üniversite Hastanesi	82	15 (18,3)	25 (30,5)	42 (51,2)	

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyi hakkındaki görüşleri asistanların rotasyonlarını yapmış oldukları kurumlara göre incelendiğinde ise, rotasyonunu eğitim ve araştırma hastanesinde yapan toplam 59 kişiden 16 (%27,1)'si bu rotasyonu yeterli, 22 (%37,3)'si kısmen yeterli ve 21 (%35,6)'si ise yetersiz bulmuştur. Rotasyonunu üniversite hastanesinde yapan 88 öğrenciden 12 (%13,6)'si bu rotasyonu yeterli, 30 (%34,1)'si kısmen yeterli ve 46 (%52,3)'si ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Öğrencilerin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu hakkındaki görüşleri rotasyonun yapıldığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p=0,062) (Tablo – 10). Bu bulgu hem araştırma hastanelerinde hem de üniversite hastanelerinde rotasyon yapan aile hekimliği öğrencilerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonuna ilişkin görüşlerinin benzer olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Tablo – 10: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyinin asistanların rotasyonlarını yaptıkları yere göre dağılımı.

	n	Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	59	16 (27,1)	22 (37,3)	21 (35,6)	0,062
Üniversite Hastanesi	88	12 (13,6)	30 (34,1)	46 (52,3)	

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tüm asistanların Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunun yeterlilik düzeyi hakkındaki görüşleri ile anket formunda sorgulanan klinik ve girişimsel işlemleri yapıp yapmama durumları arasındaki anlamlılık değerlendirildi (Tablo – 11). Buna göre, travay takip eden öğrencilerin rotasyonun yeterliliği hakkında daha fazla olumlu görüş bildirdiği gözlenmiştir (p<0,001). Rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında travay takip eden öğrencilerin sayısı (%92,9), travay takip eden ve kısmen yeterli olduğunu düşünenlere (%51,9) göre anlamlı olarak daha fazla, kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında ise travay takip eden öğrencilerin sayısı travay takibinin yetersiz olduğunu düşünenlere (%14,9) göre daha fazladır.

Rotasyonun yeterli olduğunu düşünen öğrencilerden vajinal muayene yapanların sayısı 28 (%100,0), kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında vajinal muayene yapanların sayısı 43 (%82,7) ve yetersiz olduğunu düşünenler arasında vajinal muayene yapanların sayısı 23 (%34,3) olarak bulunmuştur.

Rahim İçi Araç(RİA) takan öğrencilerin rotasyon hakkında bildirdikleri görüşler arasında anlamlı bir fark mevcuttur. Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında RIA takan öğrencilerin sayısı (%32,1), RİA takan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%7,5) göre anlamlı olarak daha fazladır (p = 0,008). Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve RİA takan öğrenciler (%15,4) ile diğer alt gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

RİA çıkaran öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında RIA çıkaran öğrencilerin sayısı (%50,0), RİA çıkaran ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%6,0) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve RİA çıkaran öğrencilerin sayısı (%44,2), RİA çıkaran ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında RİA çıkaranların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Kondom ile ilgili danışmanlık veren öğrencilerin rotasyon hakkında bildirdikleri görüşler arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında kondom ile ilgili danışmanlık veren öğrencilerin sayısı (%50,0), kondom ile ilgili danışmanlık veren ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%9,0) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve kondom ile ilgili danışmanlık veren öğrencilerin sayısı (%34,6), kondom ile ilgili

danışmanlık veren ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında kondom ile ilgili danışmanlık verenlerin sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Gebe takibi yapan asistanların rotasyon hakkındaki bildirdikleri görüşler arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında gebe takibi yapan öğrencilerin sayısı (%85,7), gebe takibi yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%31,3) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve gebe takibi yapan öğrencilerin sayısı (%71,2), gebe takibi yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında gebe takibi yapanların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Bimanuel vajinal muayene yapan asistanların rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında bimanuel vajinal muayene yapan öğrencilerin sayısı (%75,0), bimanuel vajinal muayene yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%10,4) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve bimanuel vajinal muayene yapan öğrencilerin sayısı (%55,8), bimanuel vajinal muayene yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında bimanuel vajinal muayene yapanların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Spekulum ile muayene yapan asistanların rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında spekulum ile muayene yapan öğrencilerin sayısı (%96,4), spekulum ile muayene yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%41,8) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve spekulum ile muayene yapan öğrencilerin sayısı (%86,5), spekulum ile muayene yapan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında spekulum ile muayene yapanların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo – 11: Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunda yapılan klinik ve girişimsel işlemlerin yeterlilik düzeyine göre dağılımı.

	n	Yeterli	Kısmen	Yetersiz	*p*
Travay takip ettim	63	26 (41,3)*	27 (42,9)†	10 (15,9)‡	<0,001
Vajinal muayene yaptım	94	28 (29,8)	43 (45,7)	23 (24,5)	
RİA taktım	22	9 (40,9)*	8 (36,4)*†	5 (22,7)†	0,008
RİA çıkardım	41	14 (34,1)*	23 (56,1)*	4 (9,8)†	<0,001
Danışmanlık verdim	38	14 (36,8)*	18 (47,4)*	6 (15,8)†	<0,001
Gebe takibi yaptım	82	24 (29,3)*	37 (45,1)*	21 (25,6)†	<0,001
Bimanuel vajinal muayene yaptım	57	21 (36,8)*	29 (50,9)*	7 (12,3)†	<0,001
Spekulum ile muayene yaptım	100	27 (27,0)*	45 (45,0)*	28 (28,0)†	<0,001
Cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koydum	64	21 (32,8)*	28 (43,8)*	15 (23,4)†	<0,001
Cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi ettim	57	21 (36,8)*	23 (40,4)†	13 (22,8)‡	<0,001
Epizyotomi gördüm	88	27 (30,7)*	38 (43,2)†	23 (26,1)‡	<0,001
Epizyotomi yaptım	23	8 (34,8)*	7 (30,4)*	8 (34,8)*	0,096
Sezaryen gördüm	63	23 (36,5)*	23 (36,5)†	17 (27,0)†	<0,001
Sezaryen masasında steril olarak yer aldım	41	18 (43,9)*	13 (31,7)†	10 (24,4)†	<0,001
Normal vaginal doğum izledim	97	27 (27,8)*	40 (41,2)†	30 (30,9)‡	<0,001
Normal vaginal doğum yaptırdım	25	13 (52,0)*	11 (44,0)*	1 (4,0)†	<0,001

Veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

*, † ve ‡ sembollerinden aynılarının bulunduğu kutular arasında anlamlı fark yoktur, farklı sembollerin bulunduğu kutular istatistiksel olarak anlamlılığı göstermektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyan asistanların rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu

düşünenler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyan öğrencilerin sayısı (%75,0), cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%22,4) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyan öğrencilerin sayısı (%53,8), cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyan ve yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyanların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi eden asistanların rotasyonun yeterliliği hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre, rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi eden öğrencilerin sayısı (%75,0), cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi eden ve kısmen yeterli olduğunu düşünenlere (%44,2) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında ise cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi eden öğrencilerin sayısı rotasyonun yetersiz olduğunu düşünenler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıkları tedavi edenlere (%19,4) göre anlamlı olarak daha fazladır.

Epizyotomi gören öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre, rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında epizyotomi gören öğrencilerin sayısı (%96,4), epizyotomi gören ve kısmen yeterli olduğunu düşünenlere (%73,1) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında ise epizyotomi gören öğrencilerin sayısı rotasyonun yetersiz olduğunu düşünenler arasında epizyotomi görenlere (%34,3) göre anlamlı olarak daha fazladır.

Epizyotomi yapmış olmak ile öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p=0,096).

Sezaryen doğum gören öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre, rotasyonu yeterli bulan öğrenciler arasında sezaryen gören öğrencilerin sayısı (%82,1), rotasyonu kısmen yeterli (%45,1) veya yetersiz bulan öğrenciler (%25,4) arasında sezaryen görenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Rotasyonu kısmen yeterli bulanlar ve yetersiz bulanlar arasında sezaryen görenlerin sayısında anlamlı fark yoktur.

Sezaryen masasında steril olarak yer alan öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre, rotasyonu yeterli bulan öğrenciler arasında sezaryen masasında steril olarak yer alan öğrencilerin sayısı (%64,3), rotasyonu kısmen yeterli (%25,5) veya yetersiz bulan öğrenciler (%15,2) arasında sezaryen masasında steril olarak yer alan göre anlamlı olarak daha yüksektir. Rotasyonu kısmen yeterli bulanlar ve yetersiz bulanlar arasında sezaryen masasında steril olarak yer alanların sayısında anlamlı fark yoktur.

Normal vajinal doğum izleyen öğrencilerin rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre, rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında normal vajinal doğum izleyen öğrencilerin sayısı (%100,0), normal vajinal doğum izleyen ve kısmen yeterli olduğunu düşünenlere (%76,9) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında ise normal vajinal doğum izleyen öğrencilerin sayısı rotasyonun yetersiz olduğunu düşünenler arasında normal vajinal doğum izleyenlere (%45,5) göre anlamlı olarak daha fazladır.

Normal vajinal doğum yaptıran asistanların rotasyon hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir fark mevcuttur (p<0,001). Buna göre rotasyonun yeterli olduğunu düşünenler arasında normal vajinal doğum yaptıran öğrencilerin sayısı (%46,4), normal vajinal doğum yaptıran ve rotasyonun yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına (%1,5) göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun kısmen yeterli olduğunu düşünen ve normal vajinal doğum yaptıran öğrencilerin sayısı (%21,2), normal vajinal doğum yaptıran ve rotasyonun yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısına göre anlamlı olarak daha fazladır. Rotasyonun yeterli ve kısmen yeterli olduğunu düşünenler arasında normal vajinal doğum yaptıranların sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Katılımcıların anket formunu üçüncü kısmında doldurmaları istenen öz yeterliliğe ilişkin sorular, 11 puanlık 0'dan 10'a likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin verdikleri yanıtların ortalama değerlerinin dağılımı %95 güven aralığında Tablo – 12'de sunulmuştur. Buna göre, asistanlar kendilerini en çok sırasıyla polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastayı tedavi etmede (8,16 ± 1,89), idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada (7,97 ± 2,04), vajinal akıntı ile gelen hastayı tedavi etmede (7,32 ± 2,22) ve vajinal akıntı ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada (7,17 ± 2,27) yeterli olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Buna karşılık asistanların kendilerini en yetersiz gördükleri klinik becerilerin ise leomiyoma uteri tanısını koymak

(3,94 ± 2,71) ve anormal vajinal kanama ile gelen hastayı acil olarak tedavi etmek (4,15 ± 2,58) olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin verdikleri diğer yanıtların ortalamalarının ise daha çoğunlukla 5 puan, yani kararsızlık seçeneğine yönlendiğini görülmüştür. Buna göre asistanlar poliklinikte menopoz yönetiminde, perinatal enfeksiyonlara (TORCH) tanı koymada, postpartum kanama ve enfeksiyona tanı koymada, postpartum enfeksiyonu acil tedavi etmede, gebelikte gelişen (preeklampsiye, eklampsiye) ekip aracılığıyla tanı koymada ve acil olarak tedavi etmede, poliklinikte infertilite tanısını koymada ve ekip çalışması yaparak perinatal enfeksiyonun tanı ve tedavisinde kendilerini ne yeterli ne de yetersiz hissetmektedirler.

Tablo – 12: Katılımcıların öz yeterlilik değerlendirme sorularına 11 puanlık 0'dan 10'a likert tipi ölçek üzerinden verdikleri yanıtların ortalama değerlerinin dağılımı.

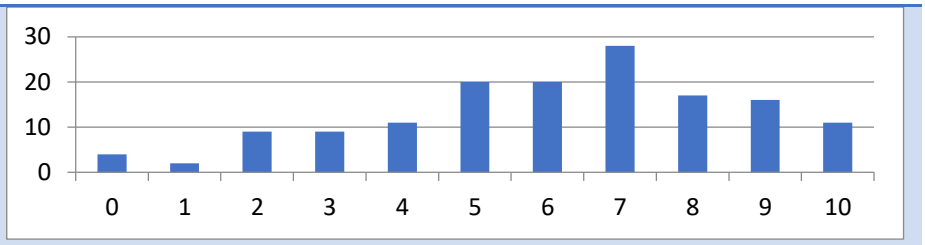
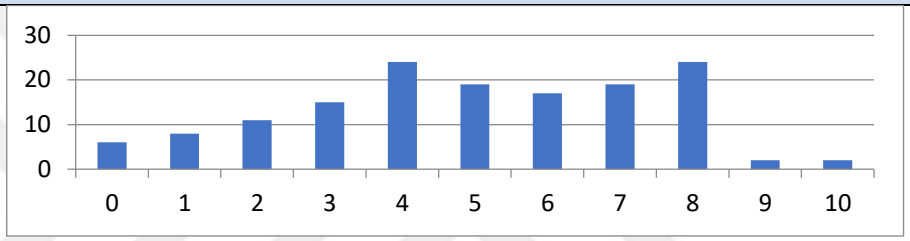
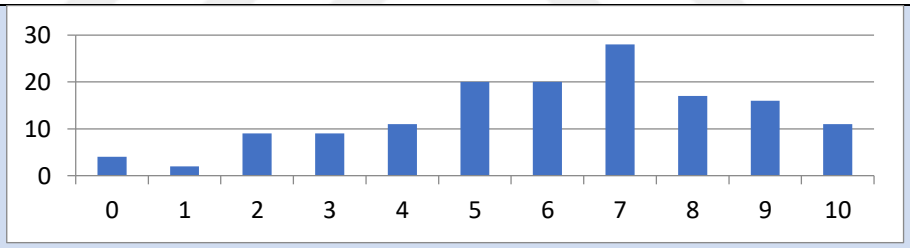
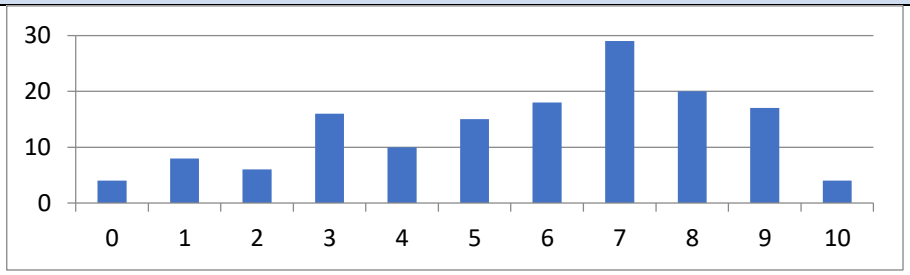
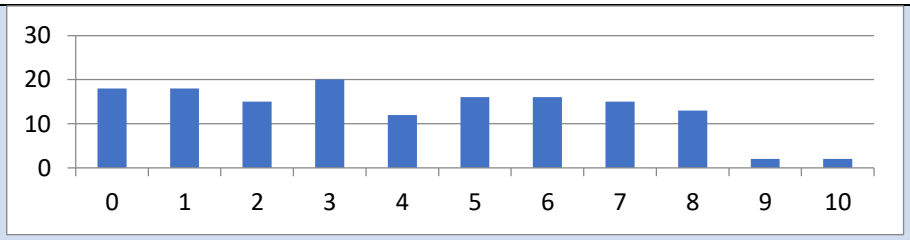
Öz yeterlilik değerlendirme soruları			**95 % GA**	
	ort	**ss**	**Alt sınır**	**Üst sınır**
Polikliniğe gelen gebe hastanın yönetiminde	5,69	2,46	5,29	6,10
Polikliniğe gelen hastanın menopoz yönetiminde	4,97	2,42	4,58	5,37
Hastalara kötü haber vermede	6,10	2,48	5,70	6,51
Dismenoreye ekip çalışması yaparak tanı koymada	5,76	2,56	5,35	6,18
Leomiyoma uteri tanısını koymada	3,94	2,71	3,50	4,38
Pap sürüntüsü almada	6,61	3,25	6,08	7,14
Pap sürüntüsü raporlarını değerlendirmede	6,12	2,88	5,65	6,59
HPV örneklemesi yapmada	5,78	3,31	5,24	6,32
HPV sonuçları ile ilgili raporları değerlendirmede	6,09	2,91	5,62	6,56
Perinatal enfeksiyonlara (TORCH) tanı koymada	5,06	2,77	4,61	5,51
Anormal vajinal kanama ile gelen hastayı acil olarak tedavi etmede	4,15	2,58	3,73	4,57
Postpartum kanamaya tanı koymada	4,83	2,57	4,41	5,25
Postpartum kanama ile gelen hastayı acil olarak sevk etmede	5,71	2,68	5,27	6,15
Postpartum enfeksiyona tanı koymada	5,32	2,55	4,90	5,74
Postpartum enfeksiyonu acil tedavi etmede	4,97	2,50	4,56	5,37

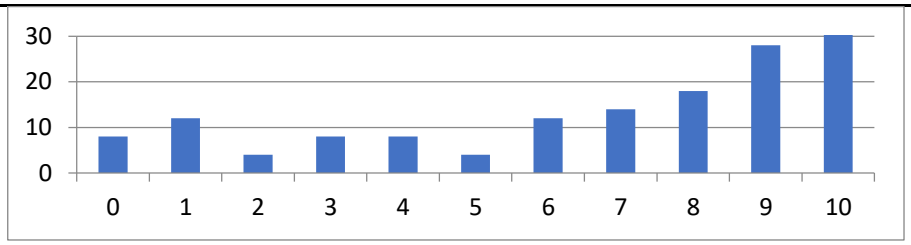
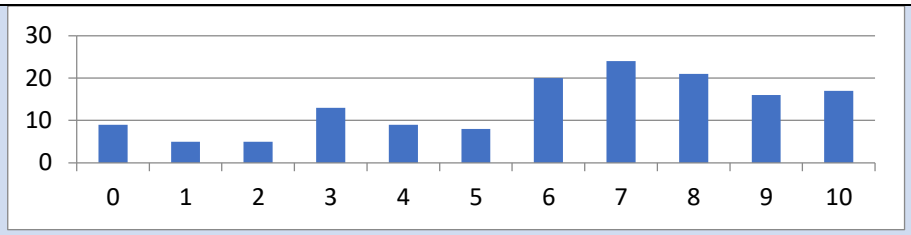
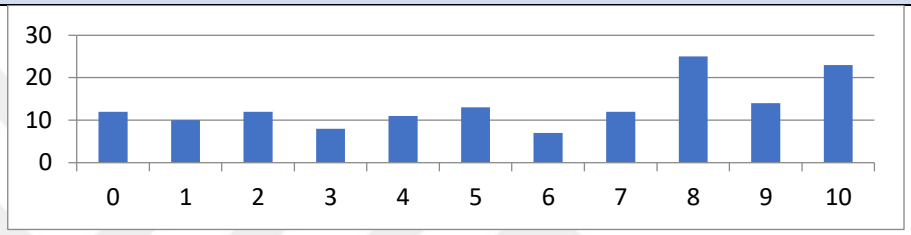
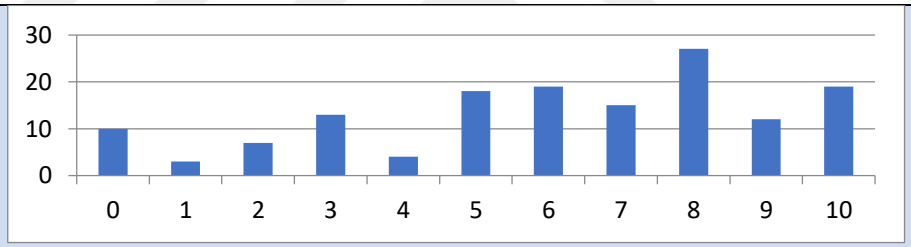
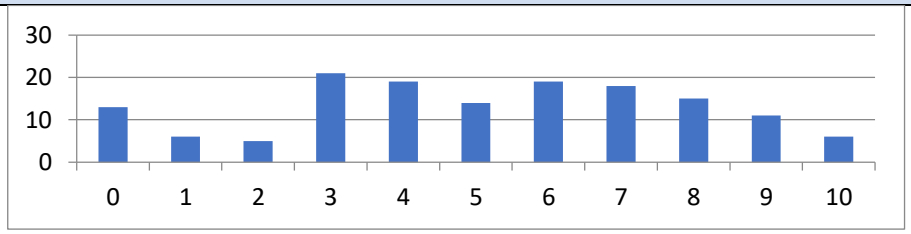
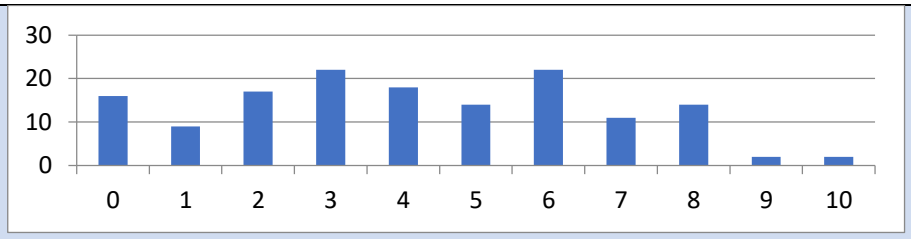
Gebelikte gelişen (preeklampsiye, eklampsiye) ekip aracılığıyla tanı koymada	5,92	2,36	5,53	6,30
Gebelikte gelişen (preeklampsi, eklampsi) acil olarak tedavi etmede	5,01	2,49	4,61	5,42
Polikliniğe gelen infertilite hastasına tanı koymada	5,17	2,79	4,72	5,63
Ekip çalışması yaparak perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastaya tanı koymada	4,67	2,55	4,25	5,08
Perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastayı tedavi etmede	4,67	2,58	4,25	5,09
Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada	7,97	2,04	7,64	8,31
Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastayı tedavi etmede	8,16	1,89	7,85	8,46
Vajinal akıntı ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada	7,17	2,27	6,80	7,54
Polikliniğe vajinal akıntı ile gelen hastayı tedavi etmede	7,32	2,22	6,96	7,68
Gebeliğin 11-14. haftasında yapılan 2'li testin sonucunu yorumlamada	6,23	2,76	5,77	6,68

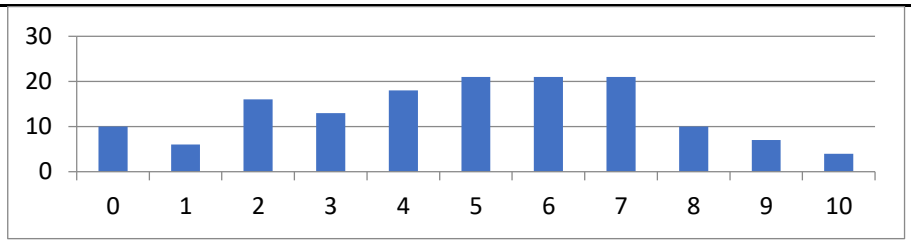
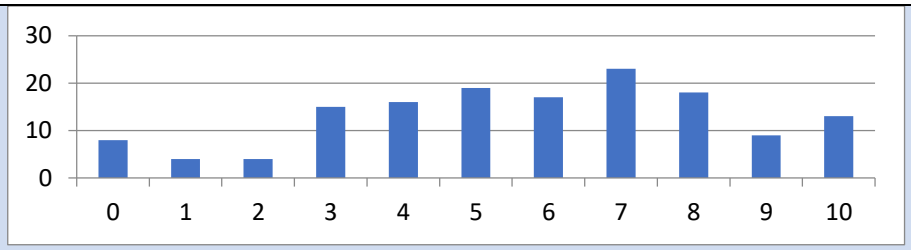
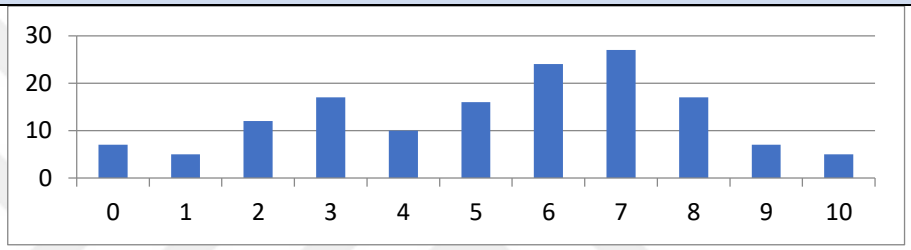
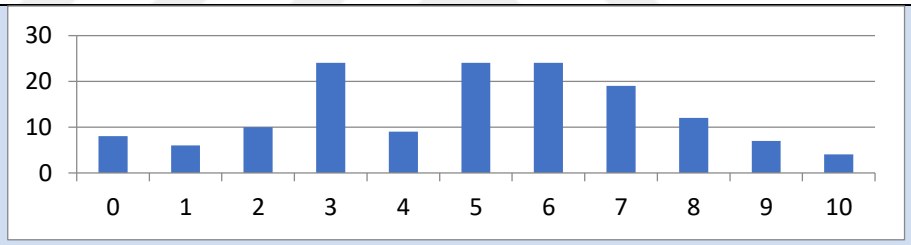
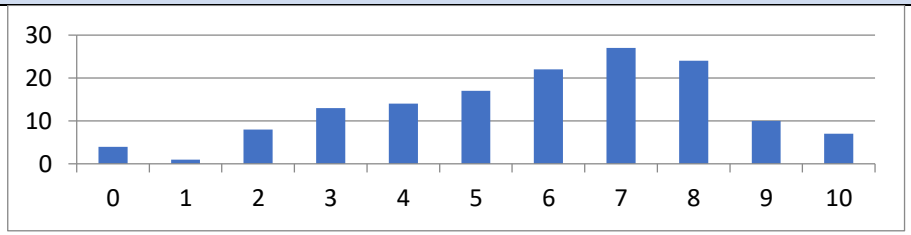
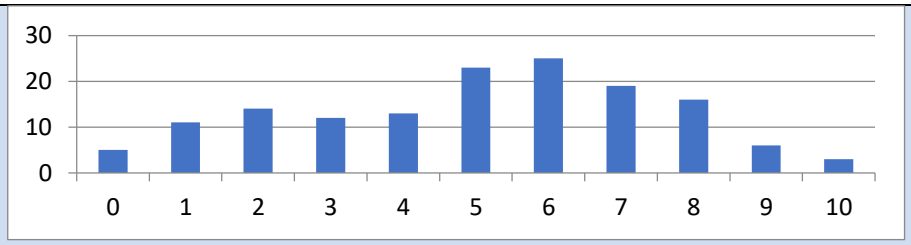
Öz yeterlilik değerlendirme soruları (11 puanlık 0'dan 10'a likert ölçeği) 0 = hiç yeterli değilim; 5 = ne yeterliyim ne değilim; 10 = tamamen yeterliyim

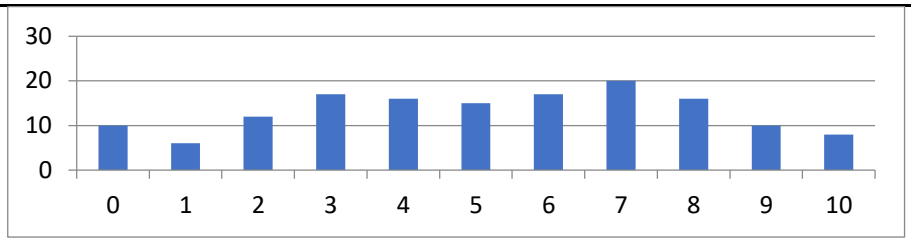
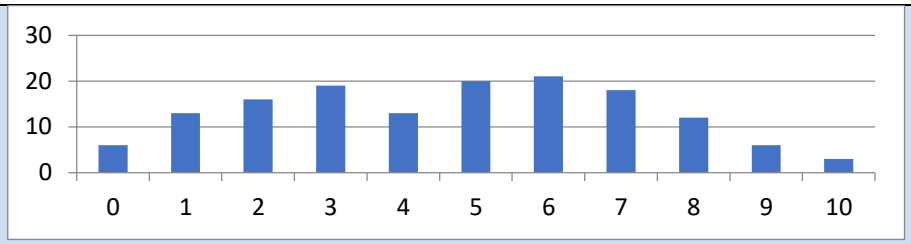
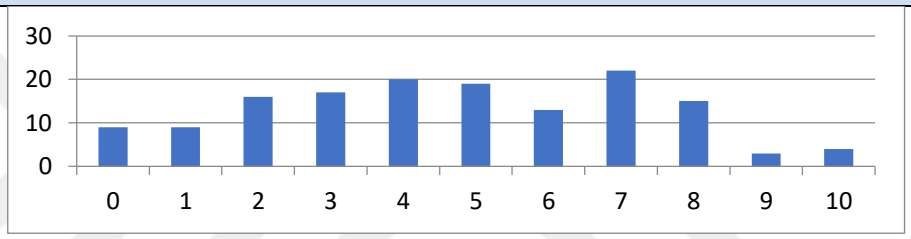
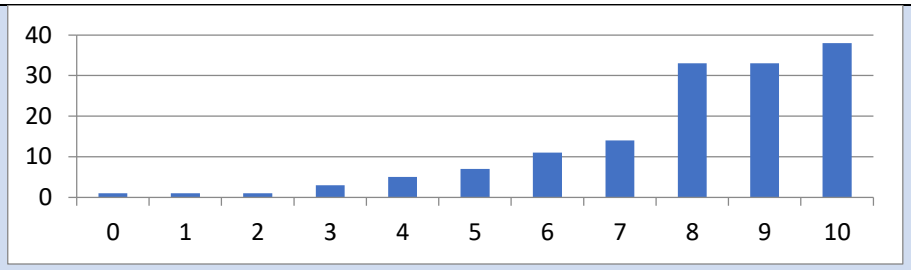
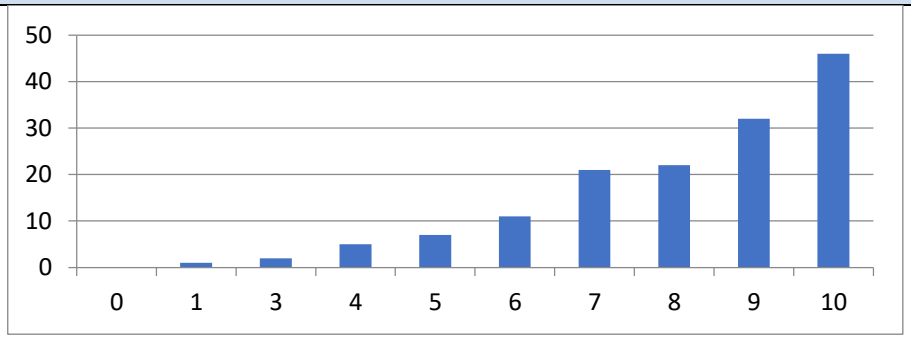
Katılımcıların öz yeterlilik değerlendirme sorularına 11 puanlık 0'dan 10'a likert tipi ölçek üzerinden verdikleri yanıtların frekanslarının dağılımı ise Tablo – 13'te gösterilmiştir.

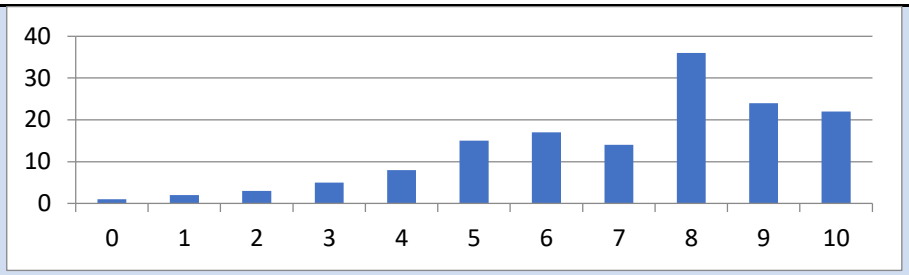
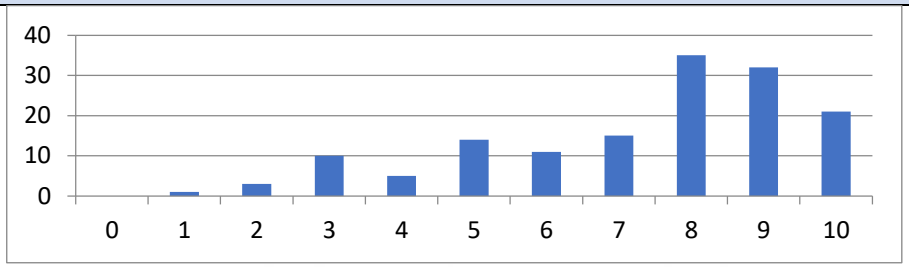
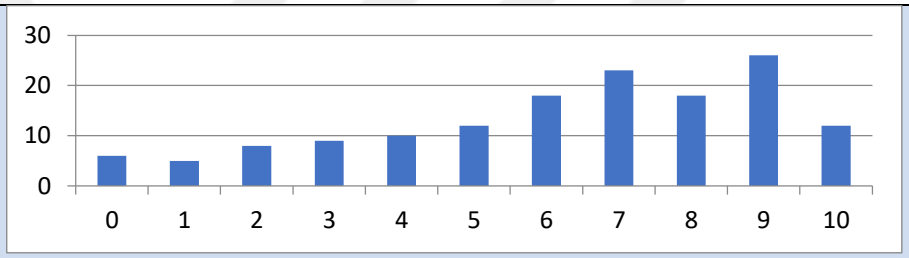
Tablo – 13: Katılımcıların öz yeterlilik değerlendirme sorularına 11 puanlık 0'dan 10'a likert tipi ölçek üzerinden verdikleri yanıtların frekanslarının dağılımı.

Öz yeterlilik değerlendirme soruları	Frekans dağılım grafiği
Polikliniğe gelen gebe hastanın yönetiminde	
Polikliniğe gelen hastanın menopoz yönetiminde	
Hastalara kötü haber vermede	
Dismenoreye ekip çalışması yaparak tanı koymada	
Leomiyoma uteri tanısını koymada	

Pap sürüntüsü almada	
Pap sürüntüsü raporlarını değerlendirmede	
HPV örneklemesi yapmada	
HPV sonuçları ile ilgili raporları değerlendirmede	
Perinatal enfeksiyonlara (TORCH) tanı koymada	
Anormal vajinal kanama ile gelen hastayı acil olarak tedavi etmede	

Postpartum kanamaya tanı koymada	
Postpartum kanama ile gelen hastayı acil olarak sevk etmede	
Postpartum enfeksiyona tanı koymada	
Postpartum enfeksiyonu acil tedavi etmede	
Gebelikte gelişen (preeklampsiye, eklampsiye) ekip aracılığıyla tanı koymada	
Gebelikte gelişen (preeklampsi, eklampsi) acil olarak tedavi etmede	

Polikliniğe gelen infertilite hastasına tanı koymada	
Ekip çalışması yaparak perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastaya tanı koymada	
Perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastayı tedavi etmede	
Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada	
Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastayı tedavi etmede	

Vajinal akıntı ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada	
Polikliniğe vajinal akıntı ile gelen hastayı tedavi etmede	
Gebeliğin 11-14. haftasında yapılan 2'li testin sonucunu yorumlamada	

Öz yeterlilik değerlendirme soruları (11 puanlık 0'dan 10'a likert ölçeği) 0 = hiç yeterli değilim; 5 = ne yeterliyim ne değilim; 10 = tamamen yeterliyim

5. TARTIŞMA

Aile hekimleri, aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış uzman hekimlerdir. Aile hekimleri aynı zamanda sağlık hizmeti sürecinde ilk başvurulan kişilerdir. Aile hekimleri, kişiye yeterli sağlık hizmeti sunabilmek ve gerekli durumlarda doğru yere yönlendirebilmek için, tüm tıbbi disiplinlere yeteri kadar hâkim olmalı ve gerektiği zamanda da belirli bir düzeyde girişimsel işlem yapabilmelidir. Böylelikle bir aile hekimi aslında sağlık gereksinimlerinin koordinatörlüğü görevini üstlenmiş durumdadır.[84] Aile hekimliği disiplininin daha önce yapılmış olan tanımı ve özellikleri doğrultusunda, bir aile hekiminin sahip olması gereken altı temel yeterlilik bulunmaktadır. Birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, toplum yönelimli olma, kapsamlı yaklaşım, özgül sorun çözme becerileri ve bütüncül yaklaşımdan oluşan bu altı temel özelliğin edinilebilmesi için de bu hedeflere yönelik hazırlanmış olan müfredat çerçevesinde bir uzmanlık eğitimi almış olmak büyük önem taşır.[85]

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 18 ay hastanede klinik rotasyonlar ve 18 ay aile hekimliği uygulama eğitimleri olmak üzere toplam 36 aydan oluşmaktadır. Rotasyonlar, hastane dışında daha seyrek karşılaşılan durumlar için hastane ortamında pratik yapılarak daha etkin ve kısa sürede öğrenilmesini sağlar. Aynı zamanda rotasyonlarla aile hekiminin bakım yükümlülüğünü üstlendiği bireylerin sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarında alabileceği hizmetleri de öğrenmesini sağlar. Rotasyonlarda öğrenilen bilgiler ise daha sonra, aile hekimliği saha uygulamasında bir eğitici ile birlikte aile hekimliği disiplinine özgü bakış açısıyla sentez edilir.[83]

Müfredat ve çekirdek eğitim programları tarafından belirlenen rotasyonların içeriğinin net olmasına rağmen, rotasyon yapılan hastanenin durumu, klinik içi işleyiş, karşılanan hasta sayıları, klinik içi iş yoğunluk durumu veya klinik sorumlularının rotasyonerlere bakış açısı gibi etkenlerin çeşitliliğinden her rotasyondan elde edilen verim aynı olmamaktadır.[86] Bu sebeplerden dolayı, uzmanlık öğrencileri rotasyonlar sırasında genellikle o kliniğin eğitim sorumlularının yönlendirmeleri doğrultusunda eğitim almaktadırlar. Böylelikle, rotasyoner asistanlar bazı kliniklerde daha disiplinli çalışarak, daha çok hasta takip ederek, daha çok nöbet tutarak, daha çok girişim yaparak, daha öğretici vizitlerde bulunarak ve daha fazla akademik programlara katılarak çok daha verimli bir rotasyon dönemi geçirebilmektedir. Ancak buna karşılık, rotasyonerler bazı

kliniklerde tüm bu sayılan eğitici ve öğretici faaliyetlerde yeteri kadar bulunamadıklarından daha az verimli bir rotasyon süreci geçirmektedirler.[87] Bu sorunlar ise öğrencilerin gittiği rotasyonlarda, asistan karnelerinde belirtilen uygulamaları yapmaları ve yaptıklarını belgelemeleri ile çözümlenebilir. Ancak rotasyon yapılacak birimin bulunmaması, bulunsa bile asgari uygulamalar için yeterli olmaması durumunda, uzmanlık öğrencisi anabilim dalı tarafından uygun görüldüğü taktirde, farklı bir kurumda rotasyonunu yapabilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ağırlıklı olarak rotasyonlardan oluşmaktadır. Ancak rotasyonlar konusundaki başka bir eleştiri de rotasyon yapılan anabilim dallarının aile hekimlerine yaklaşımlarıdır.[86] Rotasyon yapılan klinikler asistanları ya kendi asistanları ile eşdeğer tutmakta ya da "rotasyoner sadece izleyerek öğrenir" gibi bir yaklaşım sergilemektedir.[88] Bu nedenle, aile hekimliği asistanlarından rotasyonları sırasında edinmesi gereken bilgi ve becerilerin sınırlarının iyi belirlenmiş olması gerekmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum disiplini, aile hekimliği uygulamalarında önemli bir yer işgal eder. Aile hekimleri sorumlusu olduğu bireylerin gebe izlemlerini yapar, annede veya bebekte oluşabilecek antenatal ve postnatal sorunların erken tanımasında önemli bir rolü vardır, perimenopozal takipleri yapar, aile planlaması ve korunma yöntemleri hakkında bilgi verir ve gerekli müdahaleleri yapar, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısını koyar ve tedavisini yapar. Aile hekimliği polikliniklerine başvuruların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Şensoy ve ark. Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuruların %62,1'ini kadınların oluşturmakta olduğunu ifade etmişlerdir.[89] Topallı ve ark. Kocaeli'de Değirmendere aile hekimliği polikliniklerine yapılan başvuruların %70,6'sının, Hereke aile hekimliği polikliniklerine yapılan başvuruların ise %58,9'sının kadın hastalar olduğunu bildirmişlerdir.[90,91] Yine benzer şekilde Türkiye'nin çeşitli yerlerinde kadın hastaların aile hekimliği polikliniklerine başvuru oranları Çukurova Üniversitesi verilerine göre 68%, Akdeniz Üniversitesi verilerine göre %65,3, Mersin 2 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinin verilerine göre ise %56,7, Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nin verilerine göre ise %62,1, Maç ve ark. verilerine göre ise hastane aile hekimliği polikliniklerinde 51,2% ve eğitim aile sağlığı merkezlerinde ise %63,3 olarak bulunmuştur.[84,89,92-94] Aile hekimlerine kadın hastaların yüksek başvuru oranları nedeniyle aile hekimlerinin kadın hastaların jinekolojik ve obstetrik problemleri ile de oldukça fazla oranda karşılaşacak olmaları kaçınılmazdır.

Birçok çalışmada kadın hastalıkları ve doğum bölümü aile hekimliği polikliniklerinden en sık sevk yapılan bölümler arasında yer almaktadır. Buna göre kadın hastalıkları ve doğum sevkleri Ünalan ve ark. çalışmasına göre birinci sırada, Topallı ve ark. ile Alimoğlu ve ark. çalışmalarına göre ikinci sırada, Buğdaycı ve ark. çalışmasına göre üçüncü sıradadır.[90,93-95] Topallı ve ark. Değirmendere aile hekimliği polikliniğinde yaptıkları çalışmada, hastalara eğer aile hekimliği polikliniği olmasaydı nereye başvurursunuz sorusuna gelen yanıtlardan kadın hastalıkları ve doğum cevabı en sık verilen cevapların ikinci sırasında yer almıştır.[91]

Aile hekimliği disiplininin, özgün meslek eğitimi ve kendine özgü uygulama ve araştırma alanı vardır.[96] Yıkılkan ve ark. Aile hekimliği çalışmalarında asistanlarının eğitim gereksinimlerinin özel bir tıp dalı ayırt etmeden değerlendirmiştir. Buna göre Aile hekimliği asistanlarının kadın hastalıkları ve doğum disiplinini ilgilendiren uygulamalardan, aile planlaması danışmanlığı, gebelik öncesi bakım, gebelik ve sistemik hastalıklar ve menopoz gibi uygulamaları çoğunlukla yeteri kadar yaptıkları ve kendilerini yeterli hissettikleri bildirilmiştir.[97] Ayrıca, hastanelerindeki Aile hekimliği asistanlarının çoğunluğu idrar kaçırma, pelvik ağrı, vajinal kanama, galaktore ve hirşutizm gibi semptomlarla ilgili yeteri kadar uygulama yaptıklarını ve kendilerini yeterli hissettiklerini de belirtmişlerdir.[97] Bizim çalışmamızda ise, Aile hekimliği asistanlarının Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında yapmış oldukları Aile hekimliği temel uygulamaları ve yeterlilikleri sorgulanmıştır. Buna göre Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin rotasyonları sırasında çoğunlukla vajinal muayene yaptıkları, gebe takibi yaptıkları, spekulum ile muayene yaptıkları, epizyotomi gördükleri ve vajinal doğum izledikleri görülmüştür. Ancak RİA takma ve çıkarma, epizyotomi yapma ve normal vajinal doğum yaptırma gibi girişimsel işlemleri hiç yapmayanların sayısı yapanlardan daha fazlaydı. Ayrıca asistanların çoğunluğu hiç travay takip etmemiş, kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık vermemiş, cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyup tedavi etmemiş ve sezaryen cerrahisi görmemiş ve hiç sezaryen ameliyat masasında steril olarak yer almamıştı. Bununla beraber asistanların bu klinik ve girişimsel beceriler ile ilgili öz yeterlilikleri sorgulandığında, epizyotomi yapmak hariç, sorgulanan tüm parametrelerde çoğunlukla kendilerini yeterli veya kısmen yeterli hissettikleri cevabını vermişlerdir. Çalışmamızda ayrıca asistanların öz yeterliliklerinin 11 puanlık Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmiş, ancak yanıtların ortalamalarının daha çoğunlukla 5 puan, yani

kararsızlık seçeneğine yönlendiğini görülmüştür. Sorgulanan öz yeterliliklerden gebe hastanın yönetiminde, hastalara kötü haber vermede, dismenore tanısında, Pap sürüntüsü alma ve raporlarını değerlendirmede, Human Papilloma Virüs örneklemesi yapma ve raporlarını değerlendirmede, postpartum kanamalı hastayı acil olarak sevk etmede, preeklampsi ve eklampsi tanısında ve ikili test sonucunu yorumlamada yeterlilik yönüne kayan puanlamalar yaptıkları görülmüştür. Asistanların kendilerini en yeterli hissettikleri beceriler ise idrar yolu enfeksiyonu tanı ve tedavisi ve vajinal akıntı tanı ve tedavisi olmasına karşın, en yetersiz hissettikleri becerilerin ise leomiyoma uteri tanısı koyma ve anormal vajinal kanamayı tedavi etme olduğu bulunmuştur.

Keten ve ark. yapmış oldukları çalışmada hali hazırda sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olan katılımcılara Aile hekimliği uzmanlık eğitimi hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Buna göre katılımcıların %57,6'sı Aile hekimliği uzmanlık sürecindeki teorik eğitimin uzaktan eğitim metodu ile, %11,8'i ise bu eğitimin tıp fakülteleri veya eğitim araştırma hastanelerinde uygulamalı olarak yürütülmesini istediklerini belirtmişlerdir.[98] Buna karşılık Yıkılkan ve ark. çalışmasında asistanlık sürecinde olan Aile hekimlerine benzer bir soru yöneltilmiş ve asistan hekimlerin %71,4'ünün uzaktan eğitimi tercih etmediği bildirilmiştir.[97] Keten ve ark. çalışmasında katılımcıların %80,6'sı Kadın hastalıkları ve doğumun uygulamalı, %92,9'u ise teorik eğitimde yer almasını istediklerini de belirtmişlerdir.[98] Bu da Aile hekimliği saha uygulamalarında Kadın hastalıkları ve doğum dalının önemini ve hekimlerin bu konuda kendilerini geliştirmek istediklerini vurgulamaktadır.

Alanyalı ve ark. tarafından yapılan çalışmada Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında yapılan Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun eğitim açısından en yetersiz kaldığı düşünülen bölüm olduğu bulunmuştur.[3] Çalışmamızda da bu sonuca benzer olarak bu rotasyonun mesleki becerileri geliştirme yönünden yetersiz olduğunu düşünen asistanları sayısı anlamlı olarak daha fazlaydı. Asistanların Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yeterliliği hakkındaki düşüncelerinin ise cinsiyet, yaş, asistanlık yılı, kadrolarının bulunduğu ve rotasyonlarını yaptıkları hastane gibi faktörlerden bağımsız olduğu sonucuna varıldı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriğine, araştırmalarına, kanıt temeline ve klinik uygulamaya sahip olan akademik ve bilimsel bir disiplindir. Aile hekimliğinin birinci basamak yönelimli olması ve bütüncül bir yaklaşım sergilemesi sebebiyle çok geniş klinik ve pratik yelpazeye sahiptir. Bu nedenle Aile hekimlerinin sahaya yansıyan uygulamalarda daha fazla uzmanlaşmaları gerekmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde ifa edilebilmesi için kaliteli eğitim almış ve yeterli sayıda aile hekimliği uzmanlarının yetiştirilmesi gerekmektedir. Bunun için de standardize bir eğitim şarttır. Bu da ancak hekiminin sahadaki ihtiyaçları doğrultusunda, Aile hekimi bakış açısıyla düzenlenen bir müfredatla mümkündür. Bunun da ilk adımı WONCA tarafından tanımlanan aile hekimliği/genel pratisyenlik çekirdek yeterlikleri temeline dayanarak, aile hekimliği asistanlarının temel eğitim gereksinimi olan alanların belirlenmesidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinin 18 ayını oluşturan klinik rotasyonlar, aile hekimlerinin bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için imkân sunan önemli eğitim ortamlarıdır. Ancak bu tıbbi alanların, aile hekimliği eğitimindeki yerlerinin ve sınırlarının kesinleştirilmesi gerekmektedir. Kadın hastalıkları ve doğum disiplini ise, aile hekimliği saha uygulamalarında önemli bir yer işgal etmektedir. Aynı zamanda aile hekimliği polikliniklerinden en sık yapılan sevklerin de ilk sıralarında yer almaktadır. Aile hekimliği polikliniklerinde çalışan hekimler geribildirimlerinde günlük uygulamalarında bu disipline olan ihtiyaçlarını ve dolayısıyla kendilerini en çok geliştirmek istedikleri alanlardan biri olduğunu da ifade etmişlerdir. Ancak aynı zamanda da kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde en yetersiz kalan bölüm olduğu da düşünülmektedir. Bu ifadelerden yola çıkarak çalışmamızda, ülke genelindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimleri sürecinde almış oldukları kadın hastalıkları rotasyonundan edinmiş oldukları bilgi, beceri ve yeterliliklerini kendi değerlendirmelerinden yola çıkarak ortaya koymayı hedefledik. Buna göre;

- Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri kadın hastalıkları ve doğum rotasyonları sırasında çoğunlukla vajinal muayene yapmış, gebe takibi yapmış, spekulum ile muayene yapmış, epizyotomi görmüş ve vajinal doğum izlemişlerdi.
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri kadın hastalıkları ve doğum rotasyonları sırasında çoğunlukla RİA takma ve çıkarma, epizyotomi yapma ve normal

vajinal doğum yaptırma gibi girişimsel işlemleri hiç yapmamıştı. Asistanların büyük çoğunluğu hiç travay takip etmemiş, kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık vermemiş, cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyup tedavi etmemiş ve sezaryen cerrahisi görmemiş ve hiç sezaryen ameliyat masasında steril olarak yer almamıştı.

- Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, epizyotomi yapmak haricinde, bu klinik ve girişimsel işlemlerde kendi öz yeterliliklerini çoğunlukla yeterli veya kısmen yeterli olarak değerlendirdi.
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri gebe hastanın yönetiminde, hastalara kötü haber vermede, dismenore tanısında, Pap sürüntüsü alma ve raporlarını değerlendirmede, HPV örneklemesi yapma ve raporlarını değerlendirmede, postpartum kanamalı hastayı acil olarak sevk etmede, preeklampsi ve eklampsi tanısında ve ikili test sonucunu yorumlamada öz yeterliliklerinin yeterli yönde olduğunu belirtti.
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kendilerini en yeterli hissettikleri beceriler idrar yolu enfeksiyonu tanı ve tedavisi ve vajinal akıntı tanı ve tedavisi iken, en yetersiz hissettikleri becerilerin ise leomiyoma uteri tanısı koyma ve anormal vajinal kanamayı tedavi etme olduğunu ifade etti.
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, eğitimleri sürecinde almış oldukları Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunu genel olarak mesleki becerileri geliştirme yönünden yetersiz olduğunu düşünmekteydi. Asistan hekimlerin rotasyonun yeterliliği hakkındaki düşünceleri cinsiyet, yaş, asistanlık yılı, kadrolarının bulunduğu ve rotasyonlarını yaptıkları hastane gibi faktörlerden bağımsızdı.

Sonuç olarak asistan eğitimindeki temel hedef ilgili uzmanlık alanında bilgi ve becerileri arttırmak, gerekli tutum ve davranışları geliştirmek ve sonuç olarak da klinik yeterliliği sağlamaktır. Aile hekimliği asistanlarının, tanımlanmış olan beceri ve yeterliklerle donanmış olarak mezun edilmeleri gerekmektedir. Çalışmamız aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecindeki kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun genel olarak yeterli olan veya eksik kalan yönlerini ortaya koymaktadır. Ülke genelinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan öğrenciler arasındaki yaygın görüş kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yeterli olmadığı yönündedir. Asistanların büyük çoğunluğu çekirdek

eğitim programında belirtilen bazı uygulamaları yapma fırsatını yakalayamamışlardır. Çalışmamızın pandemi dönemine rastlaması da yeterli uygulama yapma fırsatını yakalayamamalarına yol açmış olabilir. Böylelikle kendilerini bazı uygulamalarda yetersiz olarak hissetmektedirler. Rotasyonlarda edinilmesi beklenen bilgi, beceri ve tutum hedefleri asistan karnesi ile değerlendirilmesi, rotasyonlarda eksik kalan tarafların geribildirim ile belirlenerek bu açıklıkların kapatılması için gerekli girişimlerde bulunulması kanaatindeyiz. Çalışmamızın asistanların kadın hastalıkları ve doğum rotasyonundan edinilmesi gereken temel yeterlilikler açısından eğitim ihtiyaçlarını ortaya koyarak müfredat programı oluşturulmasına katkı sağlayacağını, kadın hastalıkları ve doğum rotasyonundan edinilmesi beklenen kazanımların yeniden gözden geçirilip bunun uzmanlık eğitimini yönlendirmeye yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın kuvvetli yönleri, Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecindeki asistanların Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yeterliliği hakkındaki görüşlerini sorgulayan ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca asistanların rotasyon sürecinde hangi uygulamaları ne ölçüde yapmış olduklarının ve bu rotasyondan kendi öz kazanımlarının detaylı bir şekilde değerlendirilmiş olması nedeni ile de uygulamadaki eksiklikler daha net olarak görülebilmiştir. Bunların yanı sıra çalışmamız ile belirli bir coğrafi bölgede sınırlı kalınmayıp ülke genelindeki katılımcılara ulaşılmıştır, bu nedenle sonuçlarımız geneli yansıtmaktadır. Çalışmanın en büyük kısıtlılığı ise öngörülen örneklem büyüklüğünün sağlanamamış olması ve pandemi döneminde yapılmış olmasıdır.

7. ÖZET

Amaç: Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde rotasyonlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi öğrencisi rotasyonlar ile birlikte, sahada karşılaşabileceği durumlarda klinik değerlendirme ve uygulama becerisine yönelik yeterli düzeyde deneyimi kısa sürede kazanabilmektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum aile hekimliğinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte, önceden 4 ay olan Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonu daha sonra 3 aya düşürülmüştür. Buna göre bu çalışmadaki amacımız tüm Türkiye'de halen eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Kadın Doğum ve Hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşlerini ve öz yeterliliklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonunu yapmış üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde tam zamanlı veya sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri dâhil edilmiştir. Çalışma için katılımcılardan bir anket formunu doldurması istenmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin çoğunluğu rotasyonları sırasında vajinal muayene yapmış, gebe takibi yapmış, spekulum ile muayene yapmış, epizyotomi görmüş ve vajinal doğum izlemişlerdi. Ancak öğrencilerin bir kısmı ise RİA takma ve çıkarma, epizyotomi yapma ve normal vajinal doğum yaptırma gibi girişimsel işlemleri hiç yapmamıştı. Asistanların büyük çoğunluğu hiç travay takip etmemiş, kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık vermemiş, cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyup tedavi etmemiş ve sezaryen cerrahisi görmemiş ve hiç sezaryen ameliyat masasında steril olarak yer almamıştı. Öğrenciler sorgulanan klinik ve girişimsel işlemlerden epizyotomi yapmak haricinde, kendi öz yeterliliklerini çoğunlukla yeterli veya kısmen yeterli olarak değerlendirdi. Asistanlar gebe hastanın yönetiminde, hastalara kötü haber vermede, dismenore tanısında, Pap sürüntüsü alma ve raporlarını değerlendirmede, HPV örneklemesi yapma ve raporlarını değerlendirmede, postpartum kanamalı hastayı acil olarak sevk etmede, preeklampsi ve eklampsi tanısında ve ikili test sonucunu yorumlamada öz yeterliliklerinin yeterli yönde olduğunu belirtti. Öğrencilerin kendilerini en yeterli hissettikleri beceriler ise idrar yolu enfeksiyonu tanı ve tedavisi ve vajinal akıntı tanı ve tedavisi iken, en yetersiz hissettikleri becerilerin ise leomiyoma uteri tanısı koyma ve anormal vajinal kanamayı

tedavi etme olduğunu ifade etti. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, eğitimleri sürecinde almış oldukları Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunu genel olarak mesleki becerileri geliştirme yönünden yetersiz olduğunu düşünmekteydi. Asistan hekimlerin rotasyonun yeterliliği hakkındaki düşünceleri cinsiyet, yaş, asistanlık yılı, kadrolarının bulunduğu ve rotasyonlarını yaptıkları hastane gibi faktörlerden bağımsızdı.

Sonuç: Bu çalışma ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecindeki kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun genel olarak yeterli olan veya eksik kalan yönlerini ortaya koyuluştur. Ülke genelinde aile hekimliği asistanları arasındaki yaygın görüş kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunun yeterli olmadığı yönündedir. Asistanların büyük çoğunluğu çekirdek eğitim programında belirtilen bazı uygulamaları yapma fırsatını yakalayamamışlardır. Böylelikle kendilerini bazı uygulamalarda yetersiz olarak hissetmektedirler. Sonuç olarak rotasyonlardan edinilmesi beklenen bilgi, beceri ve tutum hedefleri ortaya konup, rotasyonların eksik kalan taraflarının belirlenerek bu açıklıkların kapatılması için gerekli adımlar atılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, eğitim ihtiyaçları değerlendirmesi, jinekoloji ve obstetri, mesleki öz yeterlilik, öz yeterlilik, tıbbi eğitim

8. ABSTRACT

Objective: Family medicine specialization training is given for three years in the Family Medicine Departments of universities and training and research hospitals. Rotations have an essential place in the Family medicine residency training process. Along with rotations, family medicine residency students can gain sufficient experience in clinical evaluation and practice skills in a short time for cases that they may encounter in the field. Although Gynecology and Obstetrics have an important place in family medicine, previously, the Gynecology and Obstetrics rotation used to be four months; however, it was then reduced to three months. Accordingly, we aim to evaluate the opinions and self-efficacy of Family Medicine residency students in Turkey about the education given in the rotation of Obstetrics and Gynecology departments.

Method: Full-time or contracted Family Medicine residents at universities or training and research hospitals who had completed their rotation to Obstetrics and Gynecology were included in the study. For the study, the participants were asked to fill in a questionnaire form.

Results: Most of the students performed vaginal examination during their rotations, followed up pregnant women, performed examination with a speculum, did an episiotomy, and observed a vaginal delivery. However, some of the students had never done invasive procedures such as inserting and removing IUDs, performing an episiotomy, and normal vaginal delivery. The vast majority of the residents had never followed up a labor process, did not provide counseling on condom use, had not diagnosed and treated sexually transmitted diseases, had not observed a cesarean section surgery and had never been sterile on the cesarean operating table. The students mostly rated their self-efficacy as adequate or partially adequate, except performing episiotomy among the clinical and interventional procedures questioned. The residents stated that their self-efficacy mainly was sufficient in the management of a pregnant patient, in giving bad news to the patients, in the diagnosis of dysmenorrhea, in taking Pap smear samples and evaluating the reports, performing HPV sampling and evaluating the reports, emergency referral of the patient with postpartum hemorrhage, in the diagnosis of preeclampsia and eclampsia, and in interpreting the dual test results. The students felt most competent about the diagnosis and

treatment of urinary tract infection and the diagnosis and treatment of vaginal discharge, while the skills they felt most inadequate were diagnosing leiomyoma uteri and treating abnormal vaginal bleeding. Family Medicine residency students thought that the Obstetrics and Gynecology rotation they received during their education was generally insufficient to improve their professional skills. The opinions of the residents about the adequacy of rotation were independent of factors such as gender, age, years of residency, the hospital where they were staffed and rotated.

Conclusions: The results of this study revealed the sufficient or deficient aspects of Gynecology and Obstetrics rotation in the Family Medicine residency training process. The common opinion of Family Medicine residents across the country is that the rotation of Gynecology and Obstetrics is not sufficient. The vast majority of the residents did not have the opportunity to do some of the practices specified in the core training program; thus, they stated that they feel inadequate in some applications. In conclusion, it is necessary to set the knowledge, skills, and attitude targets expected to be obtained from the rotations, identify the missing parts of the rotations, and take the necessary steps to close these gaps.

Keywords: educational needs assessment, medical education, family medicine, gynecology and obstetrics, occupational self-efficacy, self-efficacy

9. EKLER

9.1. EK – 1: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.07.2021-87958

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-80418770-020-87958
Konu : Olurlar, Onaylar

Sayın Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR

İlgi : 2021226 Tuncay Müge Alvur 2.pdf

GOKAEK-2021/13.22 Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yürütülmesi planlanan **2021/226** proje numaralı "Aile hekimi asistanlarının kadın doğum hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerinin ve özyeterliliklerinin değerlendirilmesi" başlıklı proje değerlendirilmiş, araştırmaya başlama tarihinin etik kurul onayı öncesi bir tarih olamayacağı hatırlatılarak araştırmanın yürütülmesi uygun bulunmuştur.

KARAR: KABUL, PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ UYGUNDUR.

Projenizin yürütülmesi uygun bulunmuştur, çoklu imza formu ekte sunulmaktadır. Araştırmaya Etik Kurul onay tarihinden sonra en geç 90 gün içinde başlamanız, (i) Başlayamadığınızda veya protokolde bildirdiğiniz hususlarda herhangi bir değişiklik yaptığınızda Değişiklik Bilgi Formu ile, (ii) Araştırmanızı onay aldığınız şekilde tamamladığınızda Sonuç Raporu ile Etik Kurul'a başvurmanız gerekmektedir.

Prof.Dr. Cem CERİT
Kurul Başkan Yardımcısı

Mevcut Elektronik İmzalar

CEM CERİT (Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Kurul Başkan Yardımcısı) 12.07.2021 11:51

Belge Doğrulama Kodu :*BSFZKACLV8* Belge Doğrulama Adresi :https://turkiye.gov.tr/kocaeli-universitesi-ebys

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ

Bilgi için: Prof.Dr. Cem Cerit

Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/
Kep Adresi: kocaeliuniversitesi@hs01.kep.tr

Kurul Başkan Yardımcısı
Telefon No:

9.2. EK – 2: ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KADIN DOĞUM ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE ÖZYETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda" Kadın Doğum ve Hastalıkları rotasyonu yapmış olan aile hekimliği asistanlarına yönelik "Aile hekimliği asistanlarının kadın doğum rotasyonu hakkındaki görüşleri ve özyeterliliklerinin değerlendirilmesi"isimli bir bilimsel araştırma yürütülmektedir. Bu veri toplama formunun amacı katılımcıların uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları kadın doğum rotasyonunun uzmanlık egitimi açısından yeterli olup olmadığını değerlendirmektir. Elde edilen bilgiler ile katılımcıların kadın doğum hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerinin ve özyeterliliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Veri toplama formunun tamamlanması ortalama 8-10 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmamızı sizlerin cevaplarınızla ve sizlerin anket formunu ulaştırabileceğiniz aile hekimliği asistanlarının cevaplarıyla sürdürmeyi planlıyoruz. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

* Gerekli

1. E-posta *

2. *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

   ◯ 1. seçenek

3. 1.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu yaptınız mı? *

   Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

   ◯ 1 evet
   ◯ 0 hayır

4. 2.Doğum yılınız *

Örnek: 7 Ocak 2019

5. 3.Cinsiyetiniz *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 Kadın
- ◯ 0 Erkek
- ◯ 2 Diğer / Belirtmek istemiyorum

6. 4.Asistan olarak kadronuzun bulunduğu yer neresi? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 Sağlık bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı
- ◯ 1 Üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı
- ◯ 2 Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - Sağlık Bakanlığı
- ◯ 3 Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - YÖK

7. 5.Asistanlığınızın kaçıncı yılında kadın doğum hastalıkları rotasyonu yaptınız? *

8. 6.Kadın doğum hastalıkları ve doğum rotasyonunu hangi hastanede yaptınız?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

	1 evet	0 hayır
Üniversite hastanesi	☐	☐
Eğitim araştırma hastanesi	☐	☐
Doğumevi -Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	☐	☐

9. 6.Kadın doğum hastalıkları ve doğum rotasyonunu hangi hastanede yaptınız? (yukarıdakiler dışında bir kurumsa lütfen yazınız.)

10. 7. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında travay takip ettim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

11. 8.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında vaginal muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

12. 9.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında Rahim İçi Araç (RİA) taktım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

13. 10.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunda sırasında Rahim İçi Araç (RİA) çıkardım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

14. 11. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık verdim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

15. 12.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında gebe takibi yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1evet
- ◯ 0 hayır

16. 13.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında bimanuel vaginal muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

17. 14.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında spekulum ile muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

18. 15.Cinsel yolla bulaşan hastalıklara kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tanı koydum. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

19. 16.Cinsel yolla bulaşan hastalıkları kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tedavi ettim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

20. 17.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi gördüm.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 0 hayır

21. 18.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi yaptım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

22. 19.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen gördüm.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

23. 20.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen masasında steril olarak yer aldım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

24. 21.Normal vaginal doğum izledim.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

25. 22.Normal vaginal doğum yaptırdım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

26. 23.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu mesleki becerilerinizi geliştirme yönünden yeterli miydi? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır
- ◯ 2 kısmen

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KADIN DOĞUM HASTALIKLARI ROTASYONU HAKKINDA GÖRÜŞLERİ VE ÖZYETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda" Kadın Doğum ve Hastalıkları rotasyonu yapmış olan aile hekimliği asistanlarına yönelik "Aile hekimliği asistanlarının kadın doğum rotasyonu hakkındaki görüşleri ve özyeterliliklerinin değerlendirilmesi"isimli bir bilimsel araştırma yürütülmektedir. Bu veri toplama formunun amacı katılımcıların uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları kadın doğum rotasyonunun uzmanlık egitimi açısından yeterli olup olmadığını değerlendirmektir. Elde edilen bilgiler ile katılımcıların kadın doğum hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerinin ve özyeterliliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Veri toplama formunun tamamlanması ortalama 8-10 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmamızı sizlerin cevaplarınızla ve sizlerin anket formunu ulaştırabileceğiniz aile hekimliği asistanlarının cevaplarıyla sürdürmeyi planlıyoruz. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

27.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1. seçenek

28. 1.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu yaptınız mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

29. 2.Doğum yılınız *

_____

Örnek: 7 Ocak 2019

30. 3.Cinsiyetiniz *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 Kadın
- ◯ 0 Erkek
- ◯ 2 Diğer / Belirtmek istemiyorum

31. 4.Asistan olarak kadronuzun bulunduğu yer neresi? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ( ) 0 Sağlık bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı
- ( ) 1 Üniversite hastanesine bağlı tam zamanlı aile hekimliği asistanı
- ( ) 2 Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - Sağlık Bakanlığı
- ( ) 3 Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi - YÖK

32. 5.Asistanlığınızın kaçıncı yılında kadın doğum hastalıkları rotasyonu yaptınız? *

_____

33. 6.Kadın doğum hastalıkları ve doğum rotasyonunu hangi hastanede yaptınız?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

	1 evet	0 hayır
Üniversite hastanesi	☐	☐
Eğitim araştırma hastanesi	☐	☐
Doğumevi -Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	☐	☐

34. 6.Kadın doğum hastalıkları ve doğum rotasyonunu hangi hastanede yaptınız? (yukarıdakiler dışında bir kurumsa lütfen yazınız.)

_____

35. 7. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında travay takip ettim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ( ) 1 evet
- ( ) 0 hayır

36. 8.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında vaginal muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ( ) 1 evet
- ( ) 0 hayır

37. 9.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında Rahim İçi Araç (RİA) taktım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

38. 10.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunda sırasında Rahim İçi Araç (RİA) çıkardım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1 evet
- ◯ 0 hayır

39. 11. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında kondom kullanımı ile ilgili danışmanlık verdim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

40. 12.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında gebe takibi yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 1evet
- ◯ 0 hayır

41. 13.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında bimanuel vaginal muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

42. 14.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında spekulum ile muayene yaptım. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 1 hayır

43. 15.Cinsel yolla bulaşan hastalıklara kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tanı koydum. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 1 hayır

44. 16.Cinsel yolla bulaşan hastalıkları kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında tedavi ettim. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 1 hayır

45. 17.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi gördüm.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 0 hayır

46. 18.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında epizyotomi yaptım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 1 hayır

47. 19.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen gördüm.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0 evet
- 1 hayır

48. 20.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu sırasında sezaryen masasında steril olarak yer aldım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

49. 21.Normal vaginal doğum izledim.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

50. 22.Normal vaginal doğum yaptırdım.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır

51. 23.Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu mesleki becerilerinizi geliştirme yönünden yeterli miydi? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ◯ 0 evet
- ◯ 1 hayır
- ◯ 2 kısmen

52. soruya gidin

Özyeterlilik Değerlendirme

52. 1.Polikliniğe gelen gebe hastanın yönetiminde *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

53. 2.Polikliniğe gelen hastanın menopoz yönetiminde *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

54. 3.Hastalara kötü haber vermede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

55. 4.Dismenoreye ekip çalışması yaparak tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

56. 5.Leomiyoma uteri tanısını koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim.

57. 6.Pap sürüntüsü almada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

58. 7.Pap sürüntüsü raporlarını değerlendirmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

59. 8.Hpv örneklemesi yapmada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

60. 9.Hpv sonuçları ile ilgili raporları değerlendirmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

61. 10.Perinatal enfeksiyonlara (TORCH) tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

62. 11.Anormal vajinal kanama ile gelen hastayı acil olarak tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

63. 12.Postpartum kanamaya tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

64. 13.Postpartum kanama ile gelen hastayı acil olarak sevk etmede

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiç yeterli değilim												Tamamen yeterliyim.

65. 14.Postpartum enfeksiyona tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim.												tamamen yeterliyim.

66. 15.Postpartum enfeksiyonu acil tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

67. 16.Gebelikte gelişen (preeklampsiye,eklampsiye) ekip aracılığyla tanı koymada

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim												tamamen yeterliyim

68. 17.Gebelikte gelişen (preeklampsi,eklampsi) acil olarak tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim.

69. 18.Polikliniğe gelen infertilite hastasına tanı koymada. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

70. 19.Ekip çalışması yaparak perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastaya tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterlim

71. 20. Perinatal enfeksiyonla müracaat etmiş hastayı tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim.

72. 21.Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim.

73. 22.Polikliniğe idrar yolu enfeksiyonu ile gelen hastayı tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

74. 23.Vaginal akıntı ile gelen hastaya ekip çalışması yaparak tanı koymada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

75. 24.Polikliniğe vaginal akıntı ile gelen hastayı tedavi etmede *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim

76. 25.Gebeliğin 11-14.haftasında yapılan 2' li testin sonucunu yorumlamada *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yeterli değilim	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	tamamen yeterliyim.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır.

Google Formlar

10. KAYNAKÇA

1. TUKMOS 11.09.2019. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı. Erişim adresi: https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf
2. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Rotasyon Uygulamaları Hakkındaki 82 no' lu TUK Kararı. 21–23/06/2010. Erişim adresi: https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13221/0/rotasyonlarpdf.pdf
3. Alanyalı FM, Geroğlu B, Kurnaz MA, Can H, Öngel K. İzmir ilinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerindeki aile hekimliği asistanlarının aile hekimliği disiplini konusunda bilgileri ve uzmanlık eğitimi ile ilgili görüşleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2014;5(4):1-7.
4. Bulut F, Civaner MM. Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık "Hasta yok, hastalık var!". Türkiye Biyoetik Dergisi. 2016:3(2);66-73.
5. Peabody, FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877-882.
6. Peabody, FW. Doctor and patient: papers on the relationship of the physician to men and institutions. New York: Macmillian, 1930:95.
7. Peabody FW. The care of the patient. Holistic Medicine. 1990:4(3-4);129-140.
8. Balint M. The doctor, his patient and the illness. The Lancet. 1955;4:683-688.
9. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing World. BMJ, 1998; 317(7147):1807-1809.
10. Rakel RE. The family physcian. In:Textbook of Family Practice. Philadelphia, Sauners, 1995:2-3.
11. McWhinney Ian R. The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996;46:433-436.
12. The Millis Commission report. GP. 1966;34(6):173-88.
13. Wilson VE. Implementing the Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice. JAMA. 1969;210(10):1906-1910.
14. The Willard Commision Report. Meeting the challenge of family practice, Chicago: American Medical Association, 1966.
15. Willard WR. Report of the national commission on community health services--next steps. Am J Public Health Nations Health. 1966;56(11):1828-1836.
16. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.

17. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner-learning and teaching. London: British Medical Journal. 1972.

18. Pereira Gray DJ. A System of training for general practice. Occasional Paper No. 4. London: Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977.

19. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.

20. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European conference on the teaching of general practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.

21. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. Report of the working party on the second European conference on the teaching of general practice (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977;27:117.

22. Alma Ata Bildirgesi. (Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Eylül 1978) Erişim adresi: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1-

23. Bernard G. What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995.

24. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.

25. Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. British Journal of General Practice. 1998;48(437):1816-1817.

26. Başak O, Aktürk Z, Topsever P. WONCA Europe – 2002. Aile hekimliği / Genel pratisyenlik Avrupa tanımı (Türkçe versiyonu). Çeviri Ed. Başak O. 2003. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3.

27. Aktürk Z, Yaman H, Topsever P, Akdeniz M. WONCA Europe 2005. Aile hekimliği Avrupa tanımı. Çeviri Ed. Başak O, Saatçi E. 2011. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4.

28. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Evans P. EURACT working group. The European definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2005 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.

29. Mola E, Eriksson T, Bueno MJO, Gay B, Kersnick J, Miftode R ve ark. EURACT working group. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.

30. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000;320:354-357.

31. Ünlüoğlu İ. Türkiye'de aile hekimliği disiplininin gelişimi. PRN Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(33):425-9.

32. Görpelioğlu S. Aile hekimliğinde tanımlar, kavramlar ve Türkiye'ye özgü durumlar. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Ed: Bozdemir N, Kara İH. Nobel Kitabevi, 2010.

33. Unat EK, Samastı M. Mekteb-i tıbbiye-i mülkiye (sivil tıp mektebi) 1867-1909. İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. 1990;1-2.

34. Tababet-i belediye icrasına dair nizamname. Düstur Tertip I, C. 2. 814-6.

35. Aydın E. 19. yüzyılda Osmanlı sağlık teşkilatlanması. Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM. 2004;15(15):185-207.

36. İdare-i umumiye-i tıbbiye nizamnamesi. Düstur Tertip II, E. 2. 800-3.

37. İdare-i sıhhiye hakkında rumeli şarkıyeye mahsusu kanun velayet. Düstur Tertip I. Zeyl 3. 210-221.

38. Kasapoğlu A. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Journal of Sociological Research. 2016;19(2):131-174.

39. Vilayet-i idare-i sıhhiye nizamnamesi. Düstur Tertip II, C. 5. 362-6.

40. Unluoğlu İ. Development of family medicine in Turkey. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC). 2008;2(1):9-10.

41. Çağlayaner H. Aile hekimliğine zemin hazırlayan koşullar. Aile Hek Derg. 1997;1(2):105-108.

42. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. No: 1593. Resmî Gazete 6.5.1930 sayı 1489. Tertip 3. Cilt 11 sayfa 143. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1593&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3

43. Tababet ve Şua bat-ı San' atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11/4/1928 Tertip:3 Cilt:9 Sayfa: 126.

https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3

44. Öner C. Tıpta uzmanlık eğitiminde aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Türk Aile Hek Derg 2015;19(4):165-169.

45. Aydın E. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütlenmesi. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1999;5:141-172.

46. Vilayet sıhhat müdür ve hükümet tabipleri ile belediye sağlık işleri müdür ve belediye tabiplerine ait vazife talimatnamesi. Aile Hek Derg. 1997;1(2):109-116.

47. Hükümet tabibinin vazifeleri. Sağlık Dergisi. 1954;28(10):607-619.

48. Seyyar tabiplerin vazifeleri hakkında talimatname. T.C. Resmî gazete 2821, 6.10.1934.

49. Etimesgut içtimai hıfzıssıhha numune dispanseri talimatnamesi. Sıhhiye Mecmuası. 1933;9(61):1-12.

50. Aydın E. Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi. Ankara, Naturel Kitabevi, 2004;13,17-21,36-7,39,42-47,56-57,63.

51. Dirican, MR. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. 1970;7:1-15.

52. Özsarı H. Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2018;47(3):24-27. Erişim adresi: https://www.sdplatform.com/Dergi/1107/Birinciden-on-birinciye-kalkinma-planlarinda-saglik.aspx

53. Öztek Z. Behçet Salih Uz'un sağlık planı. Sağlıkta Altın Yıllar. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. 2014;73-77.

54. Özel idare hastanelerinin muvazene-i umumiyeye devri ve 4862 sayılı kanuna bağlı (1) ve (2) sayılı cetvellerde değişiklik yapılması hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete 8458, 10.07.1953.

55. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete 10705, 12.01.1961.

56. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. 1985;158.

57. Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin yazılar. 1983; (Kitaplaşmamış yazılar 1: Sağlık Yönetimi).

58. Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine çalışmalar. Sağlık Dergisi. 1997;3:1-15.

59. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlık kurulları yönetmeliği. RG. 15.3.1969/13149.

60. Çağlayaner H. Türkiye'de aile hekimliğinin tarihi konusunda bir not. Aile Hek Derg. 1997;1(1):59-61.

61. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. 1983. T.C. Resmî Gazete 18230, 21.11.1983.

62. Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi: 06.07.2005 Resmî Gazete Sayısı: 25867. Madde 3. Erişim adresi: https://www.atuder.org.tr/atuderData/Document/132201515517-yonetmelikyeni.pdf

63. 2021 TAHUD- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/page/tarih%C3%A7e-1

64. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community. 165:7/7/93.

65. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995.

66. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995.

67. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.

68. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001.

69. Gülden FB, Ungan M. Avrupa'da aile hekimliği. Erişim adresi: http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimli%C4%9Fi.pdf

70. Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkında Tüzük. 1947. T.C. Resmî Gazete 6680, 9. 08,1947.

71. Çağlayaner H, Saatçi E. Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarının adlandırılması. Türk Aile Hek Derg. 2007;11(3):129-134.

72. Ünlüoğlu İ, Bilge U. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Türk Aile Hek Derg. 2016;20(1):3-4.

73. Tababet İhtisas Nizamnamesi. 1956. T.C. Resmî Gazete 9212, 20/01/1956.

74. Tababet İhtisas Tüzüğünde yapılacak değişikliklere ait Tüzük. 1961. T.C. Resmî Gazete 10828, 14/06/1961.

75. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. 1962. T.C. Resmî Gazete 11199, 6.09.1962.

76. Tababet Uzmanlık Tüzüğüne bazı hükümler eklenmesine ve bu Tüzüğün bazı maddelerinin değiştirilmesine dair Tüzük. 1964. T.C. Resmî Gazete 11790, 26.08.1964.

77. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hek Derg. 1997;1(1):46-49.

78. Başak O. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi nasıl olmalı? 6.6.2016. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/news/view/aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimi-nas%C4%B1l-olmal%C4%B1

79. TAH-YK 2013. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çerçeve programı. https://www.tahud.org.tr/file/ad628fbc-a777-434a-9b3b-770ac9a5fe3a/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itimi%20Mu%CC%88fredat%C4%B1%202013.pdf

80. Özdemir K, Ungan M. Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri. Erişim adresi: http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2015/02/Aile-Hekimli%C4%9Fi-Tan%C4%B1m%C4%B1-%C3%87ekirdek-Yeterlilikleri-ve-%C3%96zellikleri.pdf

81. Kar İH, Tolga G, Didem S, Okay B. Aile hekimliği uygulama eğitimi: nerede, ne kadar, nasıl ve ne zaman? Konuralp Tıp Dergisi. 2016;8(1):65-71.

82. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı 2010. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/file/6c6ee414-06b1-457a-979b-45ab54cfbf6f/Aile%20Hekimlig%CC%86i%20Uzmanl%C4%B1k%20Eg%CC%86itim%20Program%C4%B1%202010.pdf

83. Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı 15.11.2017. Erişim adresi: https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/29465/0/aile-hekimligi-mufredat-v23pdf.pdf

84. Maç ÇE, Öztürk GZ. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. Ankara Med J. 2018;18(1):14-21.

85. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(3):412-418.

86. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7:3.

87. Ceyhun G, Şener F. Sağlık bakanlığının aile hekimliği konusundaki hazırlıkları ve uygulamaları. Aile Hekimliği II, İletişim yayınları, Cep Üniversitesi, 1996, İstanbul.

88. TAHUD Aile Hekimi (AH/GP) Teknik Rapor. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 1998, Ankara.

89. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu aile hekimliği merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? The Medical Journal of Kocatepe. 2009;10:49-56.

90. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Dergisi. 2003;7:18-22.

91. Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp fakültesi aile hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere deneyimi. Türk Aile Hek Dergisi. 2003;7:165-170.

92. Öksüz E, Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E, Ergün UG. Aile hekimliği uygulama polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002;389.

93. Alimoğlu MK, Mamaklı S. Tıp fakültesi kurum hekimliğine ait altı aylık veriler. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002;421.

94. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt AÖ, Saatçi E, Tezcan H, Yıldırm F. Kent merkezinde bulunan bir sağlık ocağına 2000 yılı içinde yapılan poliklinik başvurularının incelenmesi. Sağlık ve Toplum. 2002;12:51-56.

95. Ünalan PC, Uzuner A, Çifçili S, Akman M, Kaya Apaydın Ç. Marmara üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğinin sağlık hizmeti sunduğu aileler. Marmara Medical Journal 2009;22(2);090-096.

96. Başak O, Ünlüoğlu. Aile hekimlerinin eğitimi. Aile Hek Derg 1997;1: 237-41.

97. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioğlu S. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Med J. 2013;35:25-32.

98. Keten HS, Ersoy Ö, Işık O, Çelik M, Sucaklı MH, Tiyekli L. Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin aile hekimliği uzmanlık sürecine bakışları. Cukurova Medical Journal. 2014;39(2):298-304.