



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ
KONUK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE
ÖZYETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SÜMEYRA POYRAZOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2023



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRK¼Y DR. SADİ
KONUK SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN RUH SAğLIğI VE
HASTALIKLARI ROTASYONU HAKKINDAKİ G¼R¼řLERİ VE
ÖZYETERLİLİKLERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

DR. S¼MEYRA POYRAZOğLU

TEZ DANIşMANI: PROF DR. SADIK SAMİ HATİPOğLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2023

TEŞEKKÜR

SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca ve tez yazım sürecinde yardımını eksik etmeyen sayın hocam Prof. Dr. Sadık Sami Hatipoğlu'na,

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde çok büyük emeği olan, kendisine her danıştığım da değerli bilgilerini ve zamanını paylaşan, bana destek olan Uz. Dr. Rabia Kevser Boyraz'a,

Hem fakülte hem asistanlık yıllarımı beraber yaşadığım, hep yanımda olan arkadaşım Büşra Balcı'ya,

Asistanlık sürecinde beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayat yolculuğunda birlikte yol aldığım, varlığıyla mutlu olduğum, sabırla, hoşgörüyle ve tüm desteğiyle yanımda olan çok kıymetli sevgili eşim İsmail Safa Poyrazoğlu'na,

Ve hayatımın her aşamasında sevgileri, ilgileri ve desteklerini benden esirgmeden beni büyüten bu günlere getiren ve halen desteklerini hissettiğim, üzerimdeki haklarını saymakla bitiremeyeceğim ve evlatları olmaktan gurur duyduğum babam Hayrettin Demir'e, annem Gülsüm Demir'e ve canpare kardeşlerim Sevinç Akkaya, Zeynep Yener, Feyza Toğrul ve Melih Tayyip Demir'e,

En içten teşekkürlerimle...

DR. Sümeyra Poyrazoğlu

İÇİNDEKİLER

I.TEŞEKKÜR.....	i
II.İÇİNDEKİLER.....	ii
III.KISALTMALAR.....	iii
IV.TABLO LİSTESİ.....	iv
V.ÇİZİM LİSTESİ.....	v
VI.ÖZET.....	vi
VII.ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DÜNYA’DA AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU.....	3
2.2.AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE DÜNYA ÇAPINDAKİ GELİŞİMİ.....	4
2.3.AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI.....	5
2.4.AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMININ TÜRKİYE’DEKİ TANIMI.....	7
2.5.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ.....	7
2.6.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN TÜRKİYE VE DÜNYA’DAKİ GELİŞİMİ.....	9
2.7.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI VE EĞİTİM DİSİPLİNİ.....	11
2.8.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR.....	14
2.9.RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ROTASYONUNDAN HEDEFLLENEN KLİNİK VE GİRİŞİMSEL YETKİNLİKLER.....	14
3. GEREÇ YÖNTEM.....	18
3.1. ÇALIŞMA DİZAYNI.....	18
3.2. KULLANILAN FORMLAR VE ÖLÇEKLER.....	18
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
3.4. VERİLERİN KATEGORİZASYONU.....	19
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER.....	51
8.1. EK-1: ANKET FORMU.....	51

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

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

RCGP: Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji

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

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

TABLÖLAR DİZELGESİ

Sayfa Numarası

Tablo-1: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonunda Edinilmesi Gereken Klinik Yetkinlik Hedefleri.....	16
Tablo-2: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonunda Edinilmesi Gereken Girişimsel Yetkinlik Hedefleri.....	17
Tablo-3: Sosyodemografik veriler.....	20
Tablo-4: Çalışmaya katılan asistanların, öz yeterlilik sorularına vermiş oldukları likert tipi cevapların dağılımları.....	21
Tablo-5: Uzmanlık öğrencilerinin Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi.....	22
Tablo-6: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun eğitim olarak yeterliliğinin sorgulanması...	23
Tablo-7: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun süre olarak yeterliliğinin sorgulanması.....	23
Tablo-8: Çalışmaya katılan asistanların, Öz yeterlilik sorularına vermiş oldukları cevapların ort±ss, Alt sınır ve Üst sınır değerleri.....	24
Tablo-9: Katılımcıların, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki değerlendirilmesi.....	26
Tablo-10: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki incelenmesi.....	27
Tablo-11: Çalışmaya katılan asistanların ağırlıklı olarak çalıştıkları birimlere göre, öz yeterlilik sorularına verdikleri cevapların ortalamalarının karşılaştırılması.....	28
Tablo-12: Katılımcıların asistanlık yılları ile öz yeterlilik soruları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	29

ÇİZİMLER DİZELGESİ

Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler. WONCA Ağacı.....12

Çizelge-2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni.....13



ÖZET

Amaç: Ülkemizde Aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplam üç yıl süreyle verilmekte olup, 18 aylık kısmını rotasyonlar oluşturmaktadır. Rotasyonların uzmanlık eğitimindeki önemi yadsınamaz olup farklı alanlara yönelik bilgi, beceri ve yetkinliklerin belirlenen kısa sürelerde kazanılmasını sağlar. Ruh sağlığı genel sağlıktan ayrılamaz ve bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Toplumsal bağlamda ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar yeti kaybı yapabilmeleri, sık görülüyor olmaları ve ekonomik kayıplara yol açmaları sebebiyle önemli bir konumdadır. Bu mühim halk sağlığı sorununda aile hekimlerinin sahada ilk başvuru yeri olması onu ayrıca önemli kılmaktadır. Ruh sağlığı ve hastalıkları aile hekimliğinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte, önceden 4 ay olan Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu daha sonra 2 aya düşürülmüştür. Biz ise yaptığımız bu çalışmada İstanbul'daki eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim almakta olan aile hekimliği asistanlarının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda aldıkları eğitim hakkındaki görüşlerini ve öz yeterliliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul'daki eğitim araştırma hastanelerinde tam zamanlı veya sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri dâhil edilmiştir. Çalışma için katılımcılardan bir anket formunu doldurması istenmiştir.

Bulgular: Aile hekimliği asistanları rotasyon sürecinde hem poliklinik hem servis çalışması yapmış olup, serviste daha uzun süreli çalışmışlardır. Uzmanlık öğrencileri rotasyon sürecinde ağırlıklı olarak poliklinikte çalışmanın daha verimli olduğunu düşünmektedir. Fakat çalışmaya katılan asistanların ağırlıklı olarak çalıştıkları birimlere göre (servis- poliklinik), öz yeterlilik sorularına verdikleri cevapların ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre herhangi bir anlamlılık yoktur. Sonuç olarak çalıştıkları birimin rotasyon sonunda edindikleri yeterlilikleri anlamlı ölçüde etkilemediği görülmüştür. Asistanlar, anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu (anoreksiya, bulumia), delirium belirtileri gösteren hastanın yönetiminde, öz yeterliliklerinin yeterli yönde olduğunu belirtti. Öğrenciler, konversiyon-somatoform bozukluğu şüphesi olan hastanın yönetimi ve hafif depresyon, kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulama ve takibini yapıp gerekli durumda sevkini sağlamada öz yeterliliklerinin yetersiz yönde olduğunu belirtti. Aile hekimliği asistanlarının kendilerini en yeterli hissettikleri beceri psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmamak iken, en yetersiz hissettikleri beceri ise duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilerek rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilme olduğunu ifade etti. Asistan hekimler, uzmanlık eğitiminde aldıkları Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim ve süre yönünden yeterli bulmaktaydı. Asistan hekimlerin rotasyonun yeterliliği hakkındaki düşünceleri cinsiyet, asistanlıktaki kıdem yılı, uzmanlık öğrencisi türü ve rotasyon sırasında ağırlıklı olarak serviste veya poliklinikte çalışma gibi faktörlerden bağımsızdı.

Uzmanlık öğrencilerinden aldıkları ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyon eğitimini yeterli bulanların, öz yeterlilik sorularına verdikleri puanlar daha yüksek bulunmuş olup; özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, konversiyon- somatoform bozukluğu, psikoz belirtileri gösteren hastayı yönetmede, antidepresan ve antipsikotik ilaçların kullanımında rutin kontrollerin yapılmasında, tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallerde kendilerini daha yeterli hissetmektedirler. Aile hekimliği asistanlarından 3.yıl asistanlarının öz yeterlilik sorularına verdikleri puanlar 1. Yıl asistanlarına kıyasla daha yüksek bulunmuş olup, özellikle anksiyete bozukluğu, konversiyon-somatoform bozukluğu, depresyon, psikoz belirtileri olan hasta yönetiminde ve tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallerde kendilerini daha yeterli hissetmektedirler.

Sonuç: Bu çalışma ile aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde aldıkları ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun genel hatlarıyla eksik kalan veya yeterli gelen yönleri saptanmıştır. İstanbul'daki eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar arasındaki yaygın görüş ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun eğitim olarak yeterli olduğu yönündedir. Ancak asistanların çoğu rotasyon sürecinde ağırlıklı olarak serviste çalışmış olup, poliklinikte daha uzun süre çalışmanın daha verimli olacağını düşündüklerini ifade ettiler. Böylelikle kendilerini bazı yetkinlikler yönünden halen yetersiz olarak hissetmektedirler. Sonuç olarak rotasyonlardan öğrenilmesi hedeflenen klinik ve/ veya girişimsel yetkinlik hedeflerinin ortaya konulup, rotasyonların yetersiz kalan yönlerinin saptanması ve bu eksikliklerin giderilmesi için gerekli girişimlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, tıpta uzmanlık eğitimi, rotasyon eğitimi, ruh sağlığı ve hastalıkları, öz yeterlilik, mesleki yetkinlik

OPINIONS OF FAMILY MEDICINE STUDENTS ON MENTAL HEALTH AND DISEASES ROTATION AND EVALUATION OF THEIR SELF-EFFICIENCY

ABSTRACT

Objective: In our country, family medicine residency training is given for a total of three years, 18 months of which are rotations. The importance of rotations in specialization training is undeniable and it enables the acquisition of knowledge, skills and competencies in different fields in a short period of time. Mental health cannot be separated from general health and should be evaluated as a whole. In the social context, mental health diseases are in an important position because they can cause disability, are common, and cause economic losses. The fact that family physicians are the first place of application in the field in this important public health problem also makes it important. Although mental health and diseases have an important place in family medicine, the rotation of mental health and diseases, which was 4 months before, was later reduced to 2 months. In this study, we aimed to evaluate the views and self-efficacy of family medicine residents who are trained in training and research hospitals in Istanbul, about the education they received in the rotation of Mental Health and Diseases.

Method: Full-time or contracted Family Medicine specialization students in training and research hospitals in Istanbul were included in the study. For the study, the participants were asked to fill out a questionnaire form.

Results: Family medicine residents performed both outpatient and ward work during the rotation process and worked longer in the ward. Specialization students think that working mainly in the polyclinic is more productive during the rotation process. However, the averages of the answers given to the self-efficacy questions by the residents participating in the study were compared according to the units they mostly work in (service-polyclinic). Accordingly, there is no significance. As a result, it was seen that the unit they worked in did not significantly affect the competencies they acquired at the end of the rotation. The residents stated that their self-efficacy was sufficient in the management of the patient with symptoms of anxiety disorder, depression, eating disorder (anorexia, bulimia), delirium. The students stated that their self-efficacy was insufficient in the management of the patient with suspected conversion-somatoform disorder and in applying the initial treatment and follow-up in mild depression, anxiety disorder, insomnia without simple organic cause, and in providing referral when necessary.

While the skill that family medicine residents feel most competent about is not making comments about the patient's life without listening to and learning well during the psychiatric interview, the skill they feel most inadequate is their routine controls (renal function test and thyroid function test, sodium in lithium use, knowing the side effects of mood stabilizer drugs). He stated that he was able to perform liver function test in the use of valproate, body rashes in the use of lamictal). The resident physicians found the rotation of mental health and diseases they received during their specialization training to be sufficient in terms of training and duration.

The opinions of resident physicians about the adequacy of rotation were independent of factors such as gender, seniority in residency, type of residency student, and working predominantly in the ward or outpatient clinic during rotation. The scores given to the self-efficacy questions of the specialty students who found the rotation training on mental health and diseases sufficient were found to be higher; In particular, they feel more competent in managing patients with depression, anxiety disorder, conversion-somatoform disorder, and psychosis symptoms, in routine controls in the use of antidepressant and antipsychotic drugs, and in cases where a single physician report is required. Among the family medicine residents, the scores given to the self-efficacy questions by the 3rd year residents were higher than the 1st year residents, and they feel more competent especially in the management of patients with anxiety disorder, conversion-somatoform disorder, depression, and psychosis symptoms and in cases where a single physician report is required.

Conclusions: In this study, the missing or adequate aspects of the rotation of mental health and diseases that family medicine residents receive during their residency training were determined. The common view among residents who receive family medicine specialization training in training and research hospitals in Istanbul is that the rotation of mental health and diseases is sufficient as training. However, most of the residents worked mainly in the ward during the rotation process, and they stated that they thought it would be more productive to work in the polyclinic for a longer period of time. Thus, they still feel inadequate in terms of certain competencies. As a result, it is necessary to set the clinical and/or interventional competency targets that are aimed to be learned from the rotations, to determine the insufficient aspects of the rotations and to take the necessary steps to eliminate these deficiencies.

Keywords: family medicine, specialty training in medicine, rotation training, mental health and diseases, self-efficacy, professional competence

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 sorunlarının 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 ayırım yapmadan herkese çok yönlü bakım verme ve gerekli durumda 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.(2) Rotasyonlar aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında seyrek görülen durumlar, hastane kliniklerinde daha kısa sürede öğrenilebilir. Bir bütün olarak kendisine kayıtlı bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlarla sağlanmaktadır.(1) Müfredata göre eğitim programında önceden aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktayken, daha sonra rotasyonların süresi kısaltılarak eğitim sürecinin yarısına (18 ay) düşürülmüştür.(2)

Günümüzde ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmeleri, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Birinci basamak bu önemli halk sağlığı sorununda korunma ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri olması nedeni ile önemli bir konuma sahiptir.(3)

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu için klinik yetkinlik ve girişimsel yetkinlik hedefleri belirlenmiştir. Girişimsel yetkinlik hedeflerinden yetkinlik düzeyi 1 hedefleri; kişilik testleri, yeme bozukluğunun tanı ve tedavisi, zekâ testleri uygulayabilmedir. Girişimsel yetkinlik hedefleri 2 olarak belirlenen yetkinlikler; acil durumlar için ayırıcı tanı ve bu acil duruma ilk müdahale, rapor düzenleme, ilaç tedavileri, depresyon ve anksiyete bozukluklarının tanı ve tedavisi, psikoz tanısı, tedavisi ve nöropsikiyatrik muayene yapabilmelidir.

Girişimsel yetkinlik düzeyi 3 olarak belirlenen yetkinlikler ise; hastayı değerlendirme (psikiyatrik öykü alabilmek, ruhsal durum muayenesi yapabilmek, olgu formülasyonu yapabilmek, risk değerlendirmesi yapabilmek), psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinin uygun kullanımı, psikiyatrik hastaya ve hasta ailesine yaklaşım, hastaya tıbbi ve psikolojik desteğin planlanmasıdır. Klinik yetkinlikler ise depresyon, anksiyete bozukluğu, psikoz, somatoform bozukluk, yeme bozukluğu belirtileri gösteren hastanın yönetimini yapabilmek olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmadaki amacımız İstanbul'daki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde halen eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşlerini ve öz yeterliliklerini değerlendirmektir. Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşleri ve öz yeterlilikleri ne düzeydedir?
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda ağırlıklı olarak serviste mi veya poliklinikte mi çalıştıkları ve bu çalışmaların verimliliği hakkındaki görüşleri nelerdir?
- Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşleri ve öz yeterlilikleri yaş, cinsiyet ve kıdem yılı gibi değişkenler açısından farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİNİN DOĞUŞU

Aile hekimliği uzmanlığı ve disiplini tüm uzmanlık dallarındaki gibi bir ihtiyaç sonucu doğmuştur.(4) Tarihin ilerleyen süreçlerinde tıbbi cihaz ve ilaç sektörünün gelişmesi ile tıptaki devasa bilgi birikimi tıbbın alanlara ayrılması ihtiyacını ortaya koymuştur. Böylece hastalar öncelikle medikal veya cerrahi olarak tedavi biçimlerine göre tedavi edilmeye başlanmıştır. İlerleyen zamanlarda ise bu alanlaşma daha da dallanarak cinse (kadın hastalıkları ve doğum), yaşa (pediatri) veya tutulan organa göre (nöroloji, kardiyoloji...vb.) ayrışarak devam etmiştir. Hatta bu ilerleyiş günümüzde yan dallara bölünmeler ile daha da derinleşmektedir. Bu gidişatin birçok olumlu taraflarının olmasına rağmen, hastanın bir bütün olarak ele alınmadan incelenmesine yol açmıştır.(5) Hastaya verilen tedavilerin dağınıklığını giderip en uygun tedavi planını oluşturmak oldukça zorlaşmıştır. Hekimler tarafından farklı bölümler arası yeterince bilgilendirilemeyen hastalar bu işle kendisi yüzleşmek durumunda kalmıştır. Böylece hastaların birbiriyle uyumsuz veya çapraz reaksiyon verebilen bir sürü ilacı birikmiştir. Sonuç olarak tedavinin tam ve doğru olarak yapılamadığı veya hastanın bütüncül olarak değerlendirilemediği mükerrer randevuların olduğu, doktora duyulan güveni sarsılan bir hasta kitlesi meydana gelmiştir.(4)

İlk olarak 1923 yılında aile hekimliği ihtiyacı Francis Peabody tarafından “tıp alanında aşırı branşlaşma neticesinde hastaların bir bütün olarak tedavi edilmediği ve multidisipliner şekilde yaklaşım sağlayacak uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur.(4)Dr. Peabody daha sonraki çalışmalarında, kitaplarında ve konuşmalarında ise bu konuyu tekrar tekrar dile getirmiştir.(6) Her yazısında ise hastaların semptomların bir toplamından daha fazlası olduğunu 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 düzenlenmesinde ise ayaktan ve evden tedaviler ile hastaneden devam eden tedavilerinin bütüncül olarak ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır (sevk zinciri ve kademe).

Hastaların farklı yerlerde sürdürülen tedavilerinin bağımsız, habersiz ve kopuk olması gereksiz maliyetlere sebep olmaktadır. Bu gibi durumların en aza indirgenmesi için hastalıklara yakalanmadan önleyen veya hastalıkların erken dönemde tespit edilmesini sağlayan koruyucu hekimlik kavramı gündeme gelmiştir.(8) Böylelikle ihtiyaç duyulan hekim tipi kişiyi her şeyi ile bütüncül olarak ele alan, yaşadığı çevreye hâkim, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici süreci tüm bilgilerle koordine edebilendir. (9)

Geçmiş yıllarda bu gibi sistemsal sorunlarla tıp fakültesinden yeni mezun olan doktorlar ağır bir yükün altındaydı ve bununla görevlendirilmişlerdi. Bu hekim grubu genel pratisyen olarak adlandırıldı.

Branşlarında uzman hekimlerin ilerlettiği tanı ve tedavi metotlarını halka uyguluyorlardı. Hızla sorunları çözme çabaları sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdü.(10)

Case Western Reserve üniversitesinden John Millis öncülüğünde 1966 yılında bir heyet (The Citizens Commission on Graduate Medical Education) toplandı. “Millis Raporu” raporu yayınladı.(11)Mezuniyet sonrası eğitim sürecinin birinci basamakta verilen sağlık hizmeti için gerekliliği raporda belirtilmekteydi. Kentucky üniversitesinden aynı yıl Dr. William Willard öncülüğünde toplanan komite (Ad Hoc Committee in Education for Family Practice of Council on Medical Education of the American Medical Association) sunduğu raporda insanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için “family practice” olarak adlandırılması düşünülen yeni bir uzmanlık alanının oluşturulmasından bahsediyordu.

1947’den itibaren ismi “American Board of General Practice” olan kuruluşun yeni ismi “American Board of Family Practice” olarak bu raporların yayınlanmasından sonra tekrar revize edilmiştir. Sonuç olarak “Aile Hekimliği” uzmanlığının ilk doğuşu başlamış oldu. Bireyi ailesinden başlayıp değerlendirme sürecine kapsamlı baktığı için “family practice” (aile uygulaması) ismi verildi. (11)

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE DÜNYA ÇAPINDAKİ GELİŞİMİ

Aile Hekimliğinin adım adım gelişmesiyle birlikte, 1952 yılında İngiltere’de genel pratisyenliğin standartlarını geliştirmek amacıyla Genel Pratisyenler Koleji (College of General Practitioners) açıldı. Aile hekimliğinin ilk üniversite kürsüsü ise 1963 yılında İngiltere’de Edinburg’ da kuruldu, Kraliyet tarafından kabul görmesi 1967 ‘de oldu ve Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (The Royal College of General Practitioners) (RCGP) ismini alarak 1972 senesinde kurumsallaştı.(12)

Fransa, Almanya, Belçika, İtalya, Almanya ve Hollanda’nın destekleriyle Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramları 1967 senesinde Avrupa Genel Pratisyenler Birliği’nin (European Union of General Practitioners) (UEMO) kurulmasıyla önemli bir gelişme kaydetti. UEMO aile hekimlerinin mesleki haklarını desteklemek, sosyoekonomik çıkarlarını savunmak ve genel pratisyenlik standartlarını yükseltmek, eğitimine katkı sağlamak gibi görevlere sahipti.

Aile Hekimliği disiplininin gelişimindeki en önemli olaylardan ilki 1974 yılında Hollanda’ da yapılan, Leeuwenhorst ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısıdır. Bu toplantı aile hekimliğine duyulan ihtiyaç, eğitim süreci ve tanımını kapsamaktadır.(13)

1978 senesinde DSÖ Alma Ata Konferansı’ da birinci basamağın sağlık hizmetlerinde önemini kabul etmiştir. “2000 yılında herkese sağlık” sloganıyla bu disiplinin amaçları ve yöntemleri belirlenmiş. Sağlık hizmetlerinin basamakları arasındaki organizasyonda Aile hekimliğinin kilit rol üstlendiği belirtilmiştir.(14)Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasının gerektirdiği bilgi ve becerileri ancak alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmesi gerektiğinin de üstünde durulmuştur.

İlerleyen zamanlarda ise dünya genelinde sağlık politikaları bu fikir etrafında tekrar düzenlenmiştir. Aile hekimliği tarihçesinde mihenk taşı olaylardan birini bu konferans oluşturur.(14)

1986’da Avrupa Birliği tarafından Avrupa’da kabul edilen yönetmelikte aile hekimi/genel pratisyenlerin asgari eğitimleri için bir ölçüt oluşturulmasının gerektiği ve birinci basamak hekimlerine yönelik verilmesi planlanan eğitiminin mezuniyet sonrasında en az 2 sene olması gerektiği kabul edilmiştir. Böylelikle Aile Hekimliğinde eğitim süresinin belirlenmesi yönünde ilk adımlar atılmıştır.

Ontario, Kanada’ da 1994 yılında DSÖ , Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (WONCA) ve Avrupa’da Aile Hekimliğini bilimsel ve akademik olarak temsil etmeyi misyon edinen Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek tarafından düzenlenen konferansta aile hekimliğinin hedefleri, işleyiş disiplini görev tanımı, kurumsallaşması ve Aile Hekimliği politikalarına yönelik önemli kararlar edinilmiştir.

Sonuç olarak; ihtiyaçlara yanıt verebilmesi, maliyet etkinliğinin sağlanabilmesi, sağlık bakımından daha eşit yaralanabilmesi için gerekli olduğu belirtilmiştir. İlk başvuru hekiminin her koşulda aile hekimi olması gerektiği savunulmuştur. Aile Hekimlerine yönelik her ülkede bağımsız örgütler kurulması gerektiği söylenmiştir. Bu konferans ayrıca Aile Hekimliği tarihçesinde politikaların belirlenmesi açısından çok önemli bir konumdadır.(15)

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

Aile hekimliği tanımları tüm dünyada seneler içerisinde farklılaşmaya başladı. Aile Hekimliği uzmanlığının tüm dünyada geçerli olacak bir tanımının yapılması zorunluluğu 1970’lerde doğdu. İlk olarak RCGP tarafından 1972 senesinde ve sonra 1974 senesinde Hollanda’da gerçekleştirilen İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında, Leeuwenhorst ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimliğinin diğer tıbbi uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık alanı olduğu vurgulanmıştır. Her iki rapor da 1977’ de revize edilip yeniden yayınlanmıştır.(12,13)

Avrupa’da (1974) aile hekimliğinin araştırılıp öğrenildiği bu dönemde Leeuwenhorst tanımlamasına göre aile hekimi: “Bir sağlık merkezine kayıtlı vatandaşlara, bireylere ve ailelere rahatsızlık ve yaş, cinsiyet ayrımı yapmaksızın devamlı ve kişisel temel sağlık hizmeti veren tıp fakültesi mezunu genel pratisyendir.(13,16) Bu işlevlerin birlikte yürütölüşü onu kendine has kılar. Hastalarına kendi muayenehanesinde, bir klinikte, bazen de hasta evlerinde hizmet sunar. Hedefi erken tanıya ulaşmaktır.

Hastaların takip ve tedavi sürecinde fiziksel, ruhsal ve çevresel dış faktörleri birlikte değerlendirir. Kendisine yöneltilen her soruya ilk yanıt ve kararları vererek süreci yönlendirir. Kronik, mükerrer ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların devamlı yönetimini sağlar.

Uzun süreli hasta takibi aile hekiminin, tüm hastalarıyla ilgili uygun bir hızda bilgi derlemek ve hastayla güven ilişkisini kurmak için tekrarlayan fırsatları oluşturması demektir. Hekim ve tıp harici meslektaşlarıyla uyum içinde iş birliği yapar. Birincil koruma, eğitim ve tedavi yoluyla ne zaman ve ne şekilde bireylerin ve toplumun sağlığını geliştireceğini bilir. İnsanlara karşı da hekim olarak sorumluluğu olduğunu kabul eder.

Aile hekimi 1991 yılında WONCA tanımına göre ise: “Aile hekimi veya genel pratisyen, asıl olarak tıbbi bakıma muhtaç herkese kapsamlı bakım sağlayan ve lüzum halinde diğer sağlık personellerini de harekete geçirme görevini üstlenen hekimdir.(16,17)

Aile hekimi veya genel pratisyen bakıma muhtaç her bireyi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak çalışır; buna harici diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet verirken tanı, yaş ve cinsiyete bağlı sınırlamalar ortaya koyar.(18)

Aile hekimi veya genel pratisyen kültür, din, ırk ve toplumsal statü gözetmeksizin, bireylere ve ailelere toplumsal kapsamda bakım sağlar. Psikolojik, sosyoekonomik ve kültürel durumlarını hesaba katarak bireylerin ihtiyacı olan bakımın çoğunluğunu sağlamada yetkindir. Ayrıca hastalarına devamlı ve kapsamlı bakım sağlamada mesleki sorumluluk üstlenir.

Aile hekimi veya genel pratisyen mesleki sorumluluğunu hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına ve bireyin sağlık ihtiyaçlarına göre, doğrudan ya da dolaylı olarak diğer sağlık personelinin sunduğu hizmetler aracılığıyla yerine getirir.

Aile hekimliği tanımına yönelik arayışlar devam ederken 2000 yılında Olesen ve grup çalışanlarına göre aile hekimliği ve genel pratisyenlik şöyle tanımlanmıştır: Genel pratisyen, hastalık sınıfına ya da bireylerin var olan diğer toplumsal ve kişisel özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin sahip olduğu kaynakları hastaların yararına en iyi şekilde kullanır. Genel pratisyen tıbbi psikoloji ve sosyoloji, biyolojik tıp bilimlerini harmanlayarak ve sentezleyerek birincil koruma koruma, tanı, tedavi, rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) ve sağaltım alanlarında toplumdaki bireylerle ilgilenir.” (16,17)

2001 senesinde Barcelona’da gerçekleşen (Core Content Conference) konferansta ise aile hekimliği tanımlanma şekli: “Aile hekimleri aile hekimliği prensipleriyle eğitilmiş uzman hekimlerdir.(13)

Temelde tıbbi bakıma muhtaç olan tüm bireylere hastalık, yaş ve cinsiyet ayırmaksızın bütüncül ve sürekli bir bakım sunmakla yükümlü bireysel hekimlerdir. Bireylere aileleri, yaşadıkları çevre ve kültürel bağlamında bakım sunarlar.

Topluma karşı da mesleki sorumlulukları olduğunu da bilirler. Hasta bireylerle birlikte tedavi veya bakım planı oluştururken yineleyen görüşmelerde derledikleri bilgi ve aralarında kurulan güveni hastası hakkındaki çevresel, psikolojik ve sosyal faktörleri sentez ederler.

Aile hekimleri mesleki sorumluluklarını ya direkt ya da hastanın sağlık ihtiyaçları ve hizmet verdikleri toplumdaki kaynakların olanaklarına bağlı olarak; hastanın diğer branşları kullanmasına yardımcı olup sağlığını iyileştirerek, tedavi, bakım ya da rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) sağlayarak yerine getirirler.” (19)

2001 senesinde Barcelona’da yapılan konferans, WONCA’ nın 2002 ve 2005’ te yayınladığı bildirilere ise öncülük etmiştir. Aile hekimliğinin hem ülke bazında hem de tüm Avrupa düzeyinde sağlık disiplini içindeki temel rolüne ilişkin tartışmaya katkı sunmak için WONCA Avrupa tarafından Genel pratisyenlik ve Aile Hekimliği kavramlarının tanımları 2002’ de yayınlanıp 2003’ te Türkçe’ ye çevrilmiştir. Bu bildiri 2005 senesinde yenilenerek 2011 yılında ise Türkçe’ ye uyarlanmıştır. (13)

2.4. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMININ TÜRKİYE’DEKİ TANIMI

6 Temmuz 2005 ‘de çıkan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmeliğe göre aile hekimliği bir uzmanlık alanı olarak değil ama bir görev unvanı olarak adlandırılmıştır. Buna göre aile hekimi “Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini cinsiyet, yaş ve hastalık ayırmaksızın, her kişiye sürekli ve kapsamlı olarak belli bir mekânda sunmakla yükümlü, lüzum halinde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekimlerdir.(20)

2.5. TÜRKİYE’ DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ

Hekimler tarafından ilgi duyulan alanlara yönelim ve branşlaşma tüm dünyada yaygınlaşınca, tıpta branşlaşmanın bir getirisi olarak bireyleri bütüncül bir şekilde değerlendirecek uzmanlık dalının ehemmiyetini 1923’te Peabody vurgulamıştı. Bunun sonucu olarak dünya genelinde Aile Hekimliği uzmanlığının doğuşu yönünde araştırmalar başladı ve desteklendi.(21) Fakat çok hızlı ve ani değişime ne tıp dünyası ne de bireyler hazır değildi.

Dünya savaşları sonrasında ve milli mücadelenin yaşandığı genç Türkiye Cumhuriyeti’nde tıbbi hedef savaşa bağlı yaralanma ve hastalıkları iyileştirmeye yönelik askeri tabip yetiştirmekti. Kurtuluş Savaşından çıkıldığı sonraki süreç ise Türkiye sosyal, ekonomik, politik alanlarda tekrar inşa ve ihya ediliyordu. Savaşlar sonrası ülke genelinde korkutan gündemlerden bir diğeri ise salgın hastalıklar (tifüs, tifo, cüzzam, verem, trahom ve kolera) ile mücadeleydi. O dönemlerde yaklaşık olarak ülkedeki 12 milyon nüfusa karşılık 554 tabip bulunmaktaydı.(22,23)

23 Nisan 1920 Türkiye Büyük Millet Meclisi’i tarafından ilk Sağlık Bakanı olarak Adnan Adıvar atandı. Bu dönemde henüz Türkiye’de sağlık altyapısının düzenlenmesine yönelik kanun, tüzük ve yönetmelikler henüz yoktu. 29 Ekim 1923’te Cumhuriyet’in ilanıyla Sağlık Bakanlığı görevine gelen ve 1937’ye kadar devam eden Dr. Refik Saydam öncülüğüyle Hıfzıssıhha Enstitüsü ve buna mensup Hıfzıssıhha Mektebi, Ankara ve İstanbul verem savaş dispanserlerini kurmuştur.

Dr. Refik Saydam tifüs aşısı üretmesi ile tıp literatürüne geçmiştir. Kurulan bu enstitüde birçok serum ve/veya aşı üretilmiştir. Yine bu dönemde difteri, kolera, tifo, tifüs, BCG, boğmaca, tetanos ve kuduz aşılarının seri üretimine başlanmıştır. Fakat 1997’de aşı üretimi 1997’de durdurulmuş ve enstitü 2011 senesinde ise kapatılmıştır. Dr. Refik Saydam bugünkü sağlık sistemine öncülük eden düzenlemeler yapmıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında çıkarılmış sağlık politikalarını toparlayan bir anayasa hükmündedir.(24,25)

Dr. Refik Saydam’ın ardından Dr. Hulusi Alataş (1937-1945), Dr. Sadi Konuk (1945-1946) ve Dr. Behçet Uz (1946-1948) sırasıyla Sağlık Bakanlığı görevine gelmiştir. Hizmet birimi ve çalışan sayısının artırılması, halk sağlığı hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri temellerini atma sağlıktaki temel dönemsel hedeflerdi.(26)

Bu şartlarda birinci basamakta sağlık hizmetleri sunan tabipler üç sınıf şeklindeydi. İlki olan hükümet tabipleri il ve ilçelerde hizmet eden, adli hekimlik, sosyal yardım, eczacılık, nüfus işlemleri, hastalıklar oluşmadan önlem alan ve sonrasında tedavi etmek gibi görevlere sahipti.(27,28) İkinci sınıfı seyyar tabipler denilen çevre sağlığı ve eğitim, koruyucu hekimlik, aşılama, tedavi gibi vazifeleri bulunanlardan oluşmaktaydı.(29)

Üçüncü sınıftaki tabipler ise 1924 senesinde başlanan ve 1950 senesinde hizmetleri durdurulan muayene ve tedavi evi olan yataklı kurumlarda hizmet edenlerden oluşuyordu.(27,28) Bu dönemde lokal olarak etraf köylere de koruyucu sağlık hizmeti sunan, muayene ve tedavi evi özelliğinin haricinde bir yapılanma olan Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri açıldı. Bu dispanserin özellikleri arasında çocuk sağlığı, annelerin perinatal bakımları, köylere çevre sağlığı uygulaması, okullarda sağlık eğitimleri ve salgın rahatsızlıklarla mücadele gibi vazifeler vardı.(27,30) Ayrıca ilk sevk zincirinin uygulanmaya başlanması diğer ayrıcalıklı ve önemli özelliğidir. Zor doğum vakaları Ankara Doğumevine ve onbeş günü aşan yatış şartı olan vakalar Ankara Numune Hastanesine sevk edilmekteydi.(31) Verem Savaş Derneği ve Sıtma Savaş Derneği gibi kuruluşlar Dr. Behçet Uz'un görev yaptığı dönemde salgın rahatsızlıklarla mücadelede ehemmiyet taşıyan kuruluşlar olmuştur.(32)

1946 senesi kabul gören Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planında tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir araya toplanıp sentez edilerek yurt genelinde uygulanması hedefleniyordu. Türkiye'deki bu sağlık işleyişinde her bir coğrafi bölge başına bir tıp fakültesi kurulması, kırk köy başına 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulmasıyla koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin beraber yürütülmesi sağlanmıştı.(27,33,34) Bunun sonucunda 1947'de çıkarılan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde "Genel Sağlık Uzmanlığı" şeklinde yerini almıştır.(27,35) 10 Temmuz 1953 tarihinde 6134 sayılı kanunla il özel idarelerine bağlı olan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır.(36) Sonuç olarak Sağlık Bakanlığının denetim alanı artmıştır. Fakat koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birleştirmeye yönelik faaliyetler ilerleyen zamanlarda sadece tedavi veren yapılar haline gelmiştir ve ilçe başına bir sağlık merkezi veya hastane açılmıştır.(33)

1954 senesinde Milli Sağlık Programı Dr. Behçet Uz tarafından uygulamaya sokulmuştur. Bu politikanın yaklaşımıyla hastaneler tüm il ve ilçelere açarak sağlık merkezlerinin sayısı büyük oranda çoğaltılmıştır. Fakat sonunda branşlaşmalar çoğalmış, 1. Basamağa gereken önem verilmemiş, eskiye nazaran koruyucu hekimlik göz ardı edilmiştir. (27,33) Ülke 1960 olaylarından sonra 5'er yıllık kalkınma programları ile yönetilmeye başlanmış. 1960 yılında değişen yasalarda devletin temel vazifelerinden biri sağlık ve sosyal güvenlik olduğu belirtilmiştir. 1961 senesinde Dr. Nusret Fişek ve desteklerini aldığı Milli Birlik Komitesi üyeleri ile hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kabul görmüştür.(37-41) Buna göre sağlık ocakları sağlık merkezleri yerine açılacaktır. Hükümet tabipliği sağlık ocağı bulunan yerlerden kalkacaktır. Bu işleyiş nüfusa göre bir düzenlemedir.

Sonuç olarak; tüm köylerde 2000 ve 3000 arası nüfusa bir sağlık evi açılacaktır 5000 ve 10000 aralığındaki nüfusa bir sağlık ocağı açılacak. Sağlık ocaklarında çalışan olarak en az 1 tabip ve uygun sayıda yardımcı sağlık personeli tarafından verilecektir. Sağlık evlerinde birer ebe vazifelendirilmiş ve bağlı oldukları yer sağlık ocaklarıdır. Bu 2 kurum da muayene ve tedavi hizmeti yapmak, sağlık kayıtlarını tutmak, koruyucu hekimlik hizmetlerini sunmakla vazifeliler. (37-41) Muş'ta başlayan ve yavaş yavaş yayılan bu sağlık hizmetleri ilk olarak başarılı olsa da sonradan sarsılmaya başlamıştır.(37-42) Dr. Nusret Fişek bu durumu şöyle yorumlamış: İlk olarak sağlık bütçesinin ve imkanların kısıtlılığı kırsal kesimde sunulan hizmeti doğrudan etkilemiştir.(39,40) Hekim sayının yetersiz oluşu sağlık ocakları ile hastaneler arası bağın kurulamamasına neden olmuştur.(33)

Diğer bir mevzu ise hekimlerin ücretlerinin yetersiz olmasıydı bu konunun çözümü için önce tabiplere özel muayenehane açma izni sunulmuştur. Bu da sistemi çözülemeyen hale sokmuştur. Fakat 1978 senesinde hekimlere tam gün yasası çıkarıldı ve özel muayenehaneler yasaklanmıştır.

Dünya genelinde ise Aile Hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi adına değişimler olmaktaydı. İlk olarak 1983 senesinde “Aile Hekimliği” tababet uzmanlık tüzüğünde, hastaları bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirmeyi amaçlayan genel pratisyenlikten ayrı ve farklı bir uzmanlık dalı olarak yer almıştır. Aile Hekimliği Anabilim Dalları üniversitelerde açılmasıyla uzmanlık eğitimine başlanmıştır.(37)

DSÖ tüm ülkelerde aile hekimliği örgütleri kurulmasını tavsiye etmiştir. Ve böylece Aile Hekimliğinin Türkiye’deki temsilcisi olarak Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 22 Haziran 1990 senesinde ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 22 Mart 1998 tarihinde kurulmuş. TAHUD’ dun WONCA Avrupa Bölgesi’ne üyeliği 2003 yılında olmuştur. Aile Hekimliği sistemine 2004 senesinde çıkarılan 5238 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile başlanmıştır. Düzce pilot bölge olarak seçilmiş ve ilk defa 2004 senesinde uygulanmaya başlanmış daha sonra bütün ülkeye yayılmıştır. Toplum sağlığı merkezleri ve buralarda bulunan halk sağlığı uzmanları Aile hekimliği sisteminin destekçileri olmuşlardır. Bireyler kayıt yaptırmaları sonucu sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyorlardı. Her aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3500 kişiydi.(37,43)

2.6. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN TÜRKİYE VE DÜNYA’DAKİ GELİŞİMİ

Dünyada 1. basamak sağlık hizmetlerine öncelikle tıp fakültesinden yeni mezun olmuş tabiplerle başlanmıştır. İlerleyen zamanlarda Aile Hekimliğinin mezuniyet ardından ayrı bir eğitim süreci ihtiyacının anlaşılması ile Avrupa Birliği tarafından yayınlanan yönetmelikte birlikte 1986 yılında aile hekimi ve genel pratisyenlerin eğitimlerinde asgari bir standart oluşturuldu. Mezuniyet ardından aile hekimliği uzmanlığı için ihtiyaç duyulan eğitimin en az 2 yıl olması gerektiği belirtildi. (44)Avrupa Birliği’ne dahil olan devletlerde gerekli bilgi ve becerilerle donanmış ve diploma sahibi bir aile hekimi, başka üst bir eğitim almasına gerek duyulmadan AB’ye dahilinde olan tüm ülkelerde hekimlik mesleğini icra etme hakkını 1993 yılında kazandı.(45)

Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi için 2 yılın yetersiz geldiği ve 3 yıla uzaması gerekliliği UEMO konferansında1995 senesinde öne sürüldü. Rotasyonlar dışındaki eğitim süresinin ise birinci basamakta yapılması daha uygun görülmüştür. (46)Advisory Committee on Medical Training (ACMT) (Tıp Eğitimi Danışma Komitesi) bu fikri benimsedi ve aynı sene raporlarında da kabul etti.(46) Fakat halen Avrupa Birliği cephesinde onay görmemişti. Avrupa’da aile hekimliğinin oturmaya başlaması 1998’lerde oldu.(47)Uzmanlık eğitiminin 2001 senesinde en az üç sene olarak uzatılmasına gerekçe olarak bu alanda bir akademik gereksinim olduğu öne sürülmüştür.(48) Güncel olarak dünyada şu an aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi değişmekte olup üç ile altı sene arasındadır.(49)

Türkiye’de 1947 senesinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmış, farklı adlandırmalarla uzmanlık eğitim programlarında 1983 senesine kadar yer edinmiştir. Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük ile Genel Sağlık Uzmanlığı adıyla 24 Temmuz 1947 tarihinde eğitim süresi 2 yıl olarak belirlenmiştir. (50)

Bu dönemde eğitimdeki asistanlık süreleri teşvik olması adına mecburi hizmet süreleri yerine sayılmıştır.(27) Bu süreçte genel sağlık uzmanlığı eğitimi sunan hastaneler olarak İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İstanbul Çocuk Hastanesi, Ankara Numune Hastanesi, İzmir Memleket Hastanesi olarak belirlendi.(27)

Fakat sağlık merkezlerinde ihtiyaç olan uzman doktor açığından ötürü 1955 senesinde öğrencilere o sıralar bulundukları alanlarda uzmanlık imkanı tanındı ve bu uzmanlık alanı geçersiz kabul edildi.(51,52) Tababet İhtisas Nizamnamesine göre 1956 senesinde genel sağlık uzmanlığı 2 sınıfa ayrılmıştır: cerrahi (şirürji) ve iç hastalıkları olarak.(53) 1961 'de değişen Tababet İhtisas Tüzüğünde uzmanlık eğitim programları yeniden düzenlenmiştir.(37) Sonuç olarak asistan hekimler "grup ihtisası safhası" adı altında genel sağlık ,şirürji veya iç hastalıkları grubunda olacak şekilde iki senelik eğitim görecektlerdi. Hastanelere atanmaları ise mezuniyet sonrasında da özel ihtisas yapıldığı takdirde gerçekleşecekti. Sonrasında isterlerse eğitimini görmüş olduğu gruptan bir dalda uzmanlık eğitimi alabileceklerdi. (özel ihtisas safhası).

İlerlemek isteyenler sonrasında ileri ihtisas safhasını alacaklardı.(37,52) Genel sağlık uzmanlık eğitimi görenler tercih ettikleri herhangi bir dalda ayrıca dahiliye ve cerrahi branşta ihtisas yapanlar sadece gördükleri alanlarda özel ihtisas alabileceklerdi. Genel sağlık uzmanlık eğitiminde 8 ay genel cerrahi, 8 ay iç hastalıkları, 4 ay kadın hastalıkları ve doğum, 4 ay çocuk hastalıkları rotasyonları yapılyordu.(27)

Tababet Uzmanlık Tüzüğüyle 1967'de üç safhalı uzmanlık eğitimi kaldırılmış ve tek aşamalı eğitime devam edilmiştir.(54) 1964 senesinde ilk tüzükte yeniden değişiklik olmuş ve toplum sağlığı uzmanlığı eğitimi sunulmaya başlanmış.(37) Süre olarak toplum sağlığı uzmanlık eğitimi 24 ay hastane kısmı 12 ay sahada olmak üzere toplamda 36 aydan oluşmaktaydı.

Tababet uzmanlığı tüzüğü değişimi ile 1983 senesinde Aile Hekimliği Uzmanlığı ayrıca bir uzmanlık olarak kabul edilmiş ve Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimine resmen geçilmiştir.(37)u dönemde Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamını 36 aylık rotasyon süreci oluşturmaktaydı. 1983 senesindeki tüzük sonrası ilk defa Aile Hekimliği anabilim dalı 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde açıldı. İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde 1985 senesinde uzmanlık eğitime başlandı. 12547 sayılı kararı ile Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 16 Temmuz 1993 senesinde tıp fakülteleri dahilinde Aile Hekimliği anabilim dallarının açılmasını kabul gördü.(55) İlk defa kendi alanında bir aile hekimi 1994 senesinde akademik vazifesine atandı.(55) 1996'da Aile Hekimliği alanında ilk defa doçentlik unvanına erişenler Dr. Zeynep Tuzcular Vural ve Dr. Süleyman Görpelioğlu, Dr. İlhami Ünlüoğlu ise 1998'dedir.

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) ilk 2004 senesinde açılmıştır. O zamana kadar sadece rotasyonlardan oluşan Aile Hekimliği eğitimi TAHYK ve TAHUD tarafından programa saha eğitiminin de eklenmesiyle zenginleştirilmiştir.(56)

2000 senesinden itibaren Adnan Menderes, Dokuz Eylül, Çukurova ve Marmara Üniversiteleri ve daha birçok üniversitede Aile Hekimliği eğitimi başlamıştır. Üniversitelerin kendi müfredatlarını yayınlamaları yerine, temel müfredatın merkezi bir kurum tarafından belirlenmesi bu eğitim sürecinin standart, kaliteli ve sistematik olmasını sağlayacaktı. Fakat bunun standart bir hale getirilmesi için merkezi bir kurum tarafından temel müfredat oluşturulmalıydı.

TAHYK kuruluşuyla ülke genelinde müfredat belirleme çalışmaları yapıp ulusal bir uzmanlık eğitim müfredatı oluşturulmuştur. 2007 'de yayınlanıp, 2012 senesinde müfredat güncellenmiştir. Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 2009' da Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu çalışmalarıyla Aile Hekimliği komisyonunu kurmuştur.

TUKMOS 2010'da yapılan ilk toplantısıyla aile hekimlerinin uzmanlık eğitimleri sırasında almaları gerekli zorunlu rotasyonları ve sürelerini belirlemiştir. TUK' a sunulmasının ardından çekirdek müfredat oluşturulmaya başlanmıştır. 1985 yılından bu yana üç yılın tamamını rotasyonların oluşturduğu Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde 21- 23.06.2010 yılında TUK' un 82 sayılı kararına göre rotasyonların süresi 12 (on iki) aylık bir zamana kısaltılmış.(2)

İlerleyen süreçlerde müfredat dahilinde bu süre 18 (on sekiz) aya çıkarılmıştır. Uzmanlık eğitiminin içeriği bu yenilenmeyle tekrar gözden geçirilmesi ihtiyacı oluşmuştur. Aile Hekimliği Eğitimi Çekirdek Müfredatı TUKMOS Aile Hekimliği Komisyonu tarafından v.1.0 versiyonuyla oluşturulmuştur 23 Ağustos 2011 senesinden başlayarak geçerli olmuştur. TAHYK' nın Uzmanlık Eğitimi esaslarına göre çekirdek Eğitim müfredatı alt yapısında, TUK tarafından belirlenen rotasyonlar ve süreleri önemsenerek hazırlanmıştır. 2013 senesinde Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Müfredatı v.2.0 versiyonu, 2017 senesinde v.2.3 versiyonu ve 2019'da ise v.2.4 versiyonu oluşturup son hali verilmiştir.(1,57)

2.7. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI VE EĞİTİM DİSİPLİNİ

Aile Hekimliği uygulama eğitimi, eğitim etkinlikleri ve rotasyonlar uzmanlık eğitiminin ana başlıklarını oluşturmaktadır. Uzmanlığını alan hekimler sonrasında ilçe sağlık müdürlüklerinde, aile sağlığı merkezlerinde, ilçe hastanelerinde, kamu kurumlarında ve özel sektörde çalışabilmektedir. Bunun haricinde eğitim ve araştırma hastanelerinde akademik kariyer yönünde ilerleme imkanına sahiptir.(13,15–17,58)

Aile hekimlerinin gereksinim duyduğu çekirdek yeterlikler WONCA Avrupa tarafından yayınlanan ve 2011'de tekrar revize edilen bildirgede ağaç şeklinde (WONCA tree) şematize edilerek tanımlamıştır. (13,15–17,58)(59) (Çizim-1) Buna göre aile hekiminin sahip olması gereken on iki temel kabiliyet altı çekirdek yeterlikte toplanmıştır. Hastalarla iletişim ve muayenehanenin yönetimi, bağlamsal (bağlantısal ilişkileri koordine etme), tutumsal (mesleki etik değerlere bağlı kalma) ve bilimsel özelliklere dayalı olarak klinik yönetim gibi 3 ana konuda bir aile hekiminin beceri kazanması gereklidir. (13,15–17,58)(59) Üç ana konuda gelişebilmek için de özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, kişi merkezli bakım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım, birinci basamak yönetimi olmak üzere 6 çekirdek yeterlilik edinilmesi şarttır.

Özgün problem çözme Becerilerinin henüz tanı konamamış hastalıkları erken dönemde yönetebilme ve uygun girişimleri lüzum halinde yapabilme, hastalıkları toplumdaki sıklığına göre yönetme gibi 2 ana özelliği mevcuttur.

Kapsamlı yaklaşım Hasta kişinin akut ve kronik sorunlarını bir arada koordineli yönetebilme, hastalıkların oluşmadan önüne geçilmesi ve sağlığın iyileştirilmesi (sağlık ve iyiliğin teşviki) gibi 2 ana özelliği mevcuttur.

Birinci basamak yönetimi Aile hekimi uzmanı her zaman ulaşılabilen kişi olmalı (açık erişim, ilk temas) acil durum dışında ilk başvuru yapılan kişi olmalı, bireyin bütün sağlık sorunları beraber değerlendirmeli ve işi birlikte yürüttüğü diğer uzmanları ve sağlık personelini koordine edebilme ve hastanın savunucusu olma gibi 2 ana özelliği mevcuttur.

Toplum yönelimli olmanın temel özelliği hastaların ve içinde yaşadıkları toplumun sahip olduğu kaynakların etkili kullanımıyla bireylerin sağlık alanındaki ihtiyaçlarını (toplum sağlığından sorumlu) yönetebilmedir.

Kişi merkezli bakım Birey ve bireyin yaşadığı çevreyle ilgili sorunlarla ilgilenir (Ortam ve hastaya dayalı), bireyin gereksinimlerine göre uygun sağlık hizmeti verme (ortak karar verme), bireyin özgünlüğüne zarar vermeden etkili bir doktor -hasta ilişkisi oluşturabilme (hekim -hasta ilişkisi) ve bakımını sağlarken sürekliliği esas alarak hizmet sunma (süreklilik) gibi 4 ana özelliğe sahiptir.

Bütüncül modelleme yeterliliğinin ana niteliği sağlık sorunlarını kültürel, toplumsal, fiziksel, ruhsal ve varoluş boyutlarıyla ele alabilmesidir (kültürel, sosyal, fizik, psikolojik, varoluşçu).(60)



Çizelge-1: Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler. WONCA Ağacı

2019'da TUKMOS tarafından yayınlanan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında Aile Hekiminde bulunması gerekli 7 ana yetkinlik alanı bulunmaktadır. (Çizim-2) Bu 7 ana yetkinliğin uzmanlık eğitimi sürecinde edinilmesi hedeflenmektedir. Yeterlilikten bahsedebilmek için bu 7 temel alanın bir arada ve uyumlu kullanılabilir olması gereklidir. Hekimin bu yetkinlikleri klinik ve girişimsel yetkinlik olarak 2 gruptur. Klinik yetkinlik olarak ifade edilen metodolojik ve sosyal becerileri bilgiyle harmanlayıp karar verebilme kabiliyetini, Girişimsel yetkinlik ise bu kabiliyetleri tıbbi girişimlerde kullanabilmeyi ifade eder.(1) Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi

sürecinde klinik rotasyonlar ve saha eğitimleri sayesinde bu klinik ve girişimsel yetkinlikler edinilir.
(61)



Çizelge-2: TUKMOS'un Yeterlilik Üçgeni.

TUKMOS kılavuzuna göre harf kodlaması ile belirlenmiş bir seviyeleme sistemi mevcuttur. Edinilmesi gerekli klinik yetkinlikler, hangi işlemin nasıl ve ne düzeyde yapılabilir olması gerektiğini belirler. Girişimsel yetkinlikler ise 4 düzeye ayrılarak tanımlanmıştır.(1)

Klinik yetkinlik düzeyleri:

B: Hastalığa ön tanı koyma ve lüzum halinde hastaya zarar vermeden ve doğru anda, doğru yere sevk edebilecek bilgi düzeyine sahip olma

T: Hastaya tanı koyma ve ardından tedavi için yönlendirebilme

TT: Ekip çalışması lüzumlu durumlar haricinde herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisini birlikte yönetebilme

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisini birlikte yönetebilme. Klinik yetkinliklerde lüzum halinde bunlara ek olarak :

A: Acil durumda hastanın tanısını koyma ve gerekli acil tedavi girişimini uygulayabilme

K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gerektiren durumları tanımlamayı ve gereken koruyucu önlemleri alabilme (62)

Girişimsel yetkinlik düzeyleri:

1: Girişimin nasıl yapılması gerektiği konusuna hâkim olma ve gerekli hallerde açıklayabilme

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

3: Karışık olmayan, sıklıkla görülen tipik vakalarda girişimi yapabilme

4: Karışık olsun veya olmasın, her tür olguda girişimi yapabilme

2.8. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE ROTASYONLAR

1983 senesinde çıkan tüzüğe göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tümü rotasyonlardan olmak üzere (iç hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları toplam 18 ay, kadın doğum 8 ay, ruh sağlığı ve hastalıkları 4 ay, acil servis 6 ay) toplamda 36 aylık bir eğitim süreç belirlenmişti. Fakat aile hekimliği saha-alan eğitimleri bu süreye dâhil değildi.(37)

İlerleyen zamanlarda çıkarılan yönetmeliklerde toplam 36 ay olan aile hekimliği uzmanlığı eğitim süresi korunmuştur. Fakat aile hekimliği alan-saha eğitime de yer verilmesi için rotasyon süreleri kısaltılıp ayarlanmıştır.

2010 yılında yayınlanan çekirdek müfredatta Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimindeki sahada geçirilmesi gereken süre 12 ay olarak belirlenmiş ve rotasyonlar 24 aya düşürülmüştür. Buna göre rotasyon süreleri çocuk sağlığı ve hastalıkları 6 ay, iç hastalıkları 6 ay (1 ay kardiyoloji polikliniğinde geçirilmek üzere), genel cerrahi 2 ay, kadın hastalıkları ve doğum 5 ay ve psikiyatri 3 ay olarak kısaltılmıştır.

Ayrıca herhangi birinde yapılması gereken 2 ay süreli seçmeli rotasyonlar; kulak burun boğaz, dermatoloji, ortopedi bölümlerinden biridir.(63)2013 yılında yayınlanan çekirdek müfredatta rotasyonlar 18 aya düşürülmüş ve aile hekimliği saha uygulaması 18 ay olacak şekilde 36 aylık eğitim düzenlenmiştir. Bu müfredatta göre kadın hastalıkları ve doğum 4 ay, psikiyatri 2 ay, çocuk sağlığı ve hastalıkları 5 ay, iç hastalıkları 4 ay, kardiyoloji 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay ve genel cerrahi 1 ay olarak belirlenmiştir.(57)

2017 senesinde çıkarılan müfredatta ise kliniklerde geçirilmesi gereken süre dağılımı değiştirilmiş fakat rotasyonların toplam süresi 18 ay olarak kalmıştır. Buna göre kadın hastalıkları ve doğum 3 ay, ruh sağlığı ve hastalıkları 2 ay, iç hastalıkları 4 ay, çocuk sağlığı ve hastalıkları 4 ay, kardiyoloji 1 ay, acil tıp 1 ay, deri ve zührevi hastalıkları 1 ay, göğüs hastalıkları 1 ay, seçmeli rotasyon 1 ay (genel cerrahi ,nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon) olarak belirtilmiştir.(2,64) Bu müfredatta yapılan değişiklikler, bir önceki müfredatta göre 3 ay olan Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu 2 aya, kadın hastalıkları ve doğum 3 aya, çocuk sağlığı ve hastalıkları 4 aya düşürülmüştür. Yeni rotasyon olarak 1 ay acil tıp rotasyonu eklenirken genel cerrahi seçmeli rotasyon olmuştur.(2)

2019 senesinde çıkarılan müfredatta ise klinikte geçirilmesi gereken süre ve toplam rotasyon süreleri değişmeyip 2017 ile aynı kalmıştır.(1)

2.9.RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ROTASYONUNDAN HEDEFLENEN KLİNİK VE GİRİŞİMSEL YETKİNLİKLER

Yaşadığımız çağda ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası konumundadır. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülüyor olması yeti kaybına yol açması ve ekonomik kayıplara sebebiyet vermesiyle genel sağlık içerisinde çok büyük bir önem arz etmektedir. Birinci basamak bu önemli halk sağlığı sorununda önemli bir konumda olmasının sebebi tedavi ve koruma açısından ilk başvuru yeri olmasıdır.(3)

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin hatırı sayılır kısmında ruhsal bir hastalık olması, ayrıca çoğu bireyin ruh sağlığı uzman hekimlerine yeterince ulaşamıyor olması birinci basamakta sunulan ruh sağlığı hizmetinin önemini arttırmaktadır .Bu rahatsızlıklarının birinci basamakta erken tanınması ve tedavi edilmesi, ruhsal rahatsızlıkların yol açacağı sosyal, bireysel ve ekonomik kayıpların önüne geçebileceği ve azaltacağı gibi, bireylerin genel sağlıklarını olumlu etkileyerek hastalıkların kronikleşmesini önler.

Toplunun, bireyin ve yaşadığı ailenin sağlığını korumak üzere; tüm yaş gruplarında görülebilecek ruh sağlığı ile ilgili rahatsızlıkların tanı, takip, tedavi ve rehabilitasyonunda görev almak, ruh sağlığını korumak, geliştirmek için gerekli donanıma sahip olmalıdır.(65)

Geçmiş dönemlerden günümüze kadar beden sağlığı somut özelliklerinden dolayı devamlı gelişim ve değişime açık olmuş iken, ruh sağlığı hastalıkları üzerinde yeterince durulmamış ve istemeyerek de olsa geri plana atılmıştır. Bu durumun belki bir sonucu veya daha da derinleşmesine sebep olan faktör ise toplumun sergilediği tutum (dışlanma, utanç) olup, birleştiklerinde sorunlar daha da gizlenmiş, tanı ve tedavisi geciken hasta bireyler kronikleşmiş ve daha ağır evrelere ilerlemişlerdir. Bunun sonucu işgücü kaybı ve ihtiyaç fazlası hizmet kullanımı olup ülkeye büyük yük mal etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarına göre, hastalık yükünün küresel bağlamda %12,3 'ünü ruh sağlığı hastalıkları oluşturmaktadır.(66)Çeşitli araştırma sonuçlarına göre ise, birinci basamağa başvuran hastaların %15-40'ını bu sorunlar oluşturmaktadır.(67) Bu bağlamda, topluma birinci basamak hizmeti veren hekimlerin bu konulardaki eğitimi büyük ehemmiyet taşımaktadır. Ruhsal sorunların beraberinde bedensel rahatsızlıklar da görülebilmektedir. Hastaların ilk başvurdukları kişinin genellikle aile hekimi olması nedeniyle hastalığa doğru ön tanıyı koyma, tedavi ve izlem yönünden ayrıcalıklı bir yere sahiptir.

Ruh sağlığı genel sağlıktan ayrılamaz ve bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Toplumsal bağlamda ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar yeti kaybı yapabilmeleri, sık görülüyor olmaları ve ekonomik kayıplara yol açmaları sebebiyle önemli bir konumdadır. Bu mühim halk sağlığı sorununda birinci basamağın korunma ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri olması onu ayrıca önemli kılmaktadır. (67)

Birinci basamakta ruhsal rahatsızlıkların tanısı ve etkin tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önüne geçmektedir. Kronikleşen rahatsızlıkların doğru adımlarla izlenmeleri kişilerin sağlıklarını olumlu yönde etkilediği gibi, kronikleşmeleri sonucu oluşan hem bireysel hem de sosyal ve ekonomik yıkımların önüne geçilmiş olacaktır. (68)

2001 senesinde DSÖ'nün raporunda, birinci basamağa başvuran ruhsal sorunları olan kişi sayısının azımsanmayacak boyutta olması ve çoğu hastanın sadece aile hekimine müracaat etmesinden ötürü, birinci basamakta hizmet sunanların genel sağlıktan ayrılmaz bir parça olan ruh sağlığı hakkında eğitilmesi zorunluluğu üzerinde durulmuştur.

Aile hekimliği uzmanlığı eğitim programı içeriğindeki Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu servis ve poliklinik programlarından oluşmaktadır. Bu rotasyondan edinilmesi gereken kazanımların temel amaçları birinci basamakta ruh sağlığı sorunları ile başvuran hastaların sorunların çözümü ve gerekli hallerde yönetimi üst basamağa yönlendirilebilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi edinmiş olmasıdır.

Program süresince sık görülen belirti, bulgular, yakınma, morbidite ve/veya mortalitesi fazla olan rahatsızlıklar, acil durumlar, gibi başlıklar temeli oluşturacaktır. Ana konularda bilinmesi gereken bilgilerle ilgili ayrıntı ayrıca yapılacaktır.(65) Rotasyon süresi 1983 senesinde toplam 4 ay iken bu süre 2010’da 2 aya düşürülmüş olup 2017 ve 2019’da 2ay olarak devam etmektedir.(1,2) Aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin bu rotasyon boyunca sorumlu olduğu minimum standartlar belirlenmiştir. (Tablo-1, Tablo-2) Bunlar sahada sıkça görülen semptom ve bulgulardan oluşmaktadır.

Tablo-1: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonunda Edinilmesi Gereken Klinik Yetkinlik Hedefleri.

Yetkinlik adı	Düzy
ANKSİYETE BOZUKLUĞU	K, ETT, A
DEPRESYON	K, ETT, A
PSİKOZ	T, A
SOMATOFORM BOZUKLUK	K, ETT, A
YEME BOZUKLUKLUĞU	K, T

Bakınız: TUKMOS AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK MÜFREDATI, Sayfa 27

Tablo-2: 2019 TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına Göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonunda Edinilmesi Gereken Girişimsel Yetkinlik Hedefleri.

Yetkinlik adı	Yetkinlik Düzeyi
ACİL DURUMLARDA AYIRICI TANI VE İLK MÜDAHALE	2
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TANI VE TEDAVİSİ	2
HASTA DEĞERLENDİRME (PSİKİYATRİK ÖYKÜ ALMA, RUHSAL DURUM MUAYENESİ, OLGU FORMÜLASYONU, RİSK DEĞERLENDİRMESİ)	3
İLAÇ TEDAVİLERİ (GENEL İLAÇ TEDAVİLERİ, ÖZEL DURUMLARDA İLAÇ TEDAVİLERİ, ACİL DURUMLARDA İLAÇ TEDAVİLERİ)	2
KİŞİLİK TESTLERİ (OBJEKTİF TESTLER (MMPI VB TESTLER), PROJEKTİFTESTLER (RORSCHACH, TAT, VB))	1
NÖROPSİKİYATRİK MUAYENE	2
PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNİN KULLANIMI (GÖRÜŞMECİNİN DEĞERLENDİRDİĞİ ÖLÇEKLER (HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ, MİNİ MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ, PANSS, MADRS, KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ, VB))	3
PSİKİYATRİK HASTA VE AİLESİNE YAKLAŞIM, TIBBİ VE PSİKOLOJİK DESTEĞİN PLANLANMASI	3
PSİKOZ TANISI VE TEDAVİSİ	2
RAPOR DÜZENLEME (ADLİ RAPORLAR, TIBBİ RAPORLAR)	2
YEME BOZUKLUKLUĞU TANISI VE TEDAVİSİ	1
ZEKA TESTLERİ	1

3.GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya yönelik gereç ve yöntem kısmı bulunacaktır.

3.1. ÇALIŞMA DİZAYNI

Araştırma tanımlayıcı retrospektif tipte anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2022-21-12, 2022-355 numaralı 07.11.2022 tarihli etik kurul onayı alındıktan sonra 30.11.2022 ile 30.02.2023 tarihleri arasında Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, iyi klinik uygulamalar / iyi laboratuvar uygulamaları ve yürürlükteki mevzuata uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmaya İstanbul SBÜ eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören tam zamanlı veya sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri dâhil edilmiştir. Ankete katılmayan, işaretlenmesi zorunlu sorulara eksik yanıt veren, Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmayan, İstanbul ili dışındaki eğitim ve araştırma hastanelerinde asistanlık yapan ve üniversite hastanesi kadrosunda uzmanlık eğitimi alanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2. KULLANILAN FORMLAR VE ÖLÇEKLER

Çalışma için katılımcılardan bir anket formunu doldurması istenmiştir. Toplam 24 sorudan oluşan ve yaklaşık 8 – 10 dakika süren anket beş bölümden oluşmaktadır (Ek-2). İlk bölümde anket hakkında genel bilgilendirme ve katılım onayı bulunmaktadır. İkinci bölümde sosyodemografik bilgiler, üçüncü bölüm çalışmaya katılan aile hekimi asistanlarının çekirdek eğitim müfredatına göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterliliklerini değerlendirdikleri sorulardan oluşmaktadır.

Dördüncü bölüm çalışmaya katılan aile hekimi asistanlarının çekirdek eğitim müfredatına göre Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler ile ilgili öz yeterliliklerini değerlendirdikleri sorulardan oluşmaktadır. Beşinci bölümde yer alan sorular çalışmaya katılan aile hekimi asistanlarının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonu ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği sorular bulunmaktadır. Öz yeterlilik değerlendirme soruları 1 – 5 arası 5 puanlık likert ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma veri toplama formu Google formlar üzerinden oluşturulacak olup elektronik ortamda Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanları ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve Whatsapp gruplarında paylaşılarak katılımcılara iletildi.

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar veri toplama formunu doldurdular. Anket dört ay süre ile iki haftalık aralarla hatırlatma yapılarak doldurulmaya açık tutuldu. Bu süre dahilinde verilen cevaplar veri olarak alınıp değerlendirildi.

3.4. VERİLERİN KATEGORİZASYONU

Anket formunda cinsiyet kategorik verisi kadın ve erkek olarak sorgulanmıştır. Anket formunda asistan olarak uzmanlık öğrencisi türü kategorik verisi Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde tam zamanlı aile hekimi asistanı, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı öğrencisi olarak sorgulanmıştır. Anket formunda Asistanlıktaki kıdem yılı kategorik verisi 1.yıl asistanı, 2.yıl asistanı, 3.yıl asistanı olarak sorgulanmıştır. Anket formunda rotasyon sırasında ağırlıklı olarak çalışılan yer kategorik verisi ağırlıklı olarak poliklinikte çalışanlar ve ağırlıklı olarak serviste çalışanlar olarak sorgulanmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS versiyon 17.0 programından yararlanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. 2x2 gözlerde Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler gruplar arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, 2’den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. P-değerinin 0.05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 164 kişi (%63,08) kadın, 96 kişi (%36,92) erkek olmak üzere toplamda 260 Aile hekimliği asistanı katılmıştır. Yaş ortalamaları ($29,26 \pm 3,71$)'dir. Uzmanlık öğrencisi türlerine bakıldığında zaman, 224 kişi (%86,15) AHU, 36 kişi (%13,85) SAHU'dur. Asistanlık yılları incelendiğinde ise, 1. Yıl olanlar 72 kişi (%27,69), 2. Yıl olanlar 72 kişi (%27,69) ve 3.Yıl olanlar 116 kişi (%44,62)'dir

Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo – 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3

		N	%
Cinsiyet	Kadın	164	(63,08)
	Erkek	96	(36,92)
Yaşınız*		29,26 $\pm$ 3,71	29 (24-49)
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	224	(86,15)
	SAHU	36	(13,85)
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	1	72	(27,69)
	2	72	(27,69)
	3	116	(44,62)

Tablo – 3: Sosyodemografik veriler.

*n yerine ortalama $\pm$ s.s % yerine Medyan(Min-Max) verilmiştir

Tablo-4: Çalışmaya katılan asistanların, öz yeterlilik sorularına vermiş oldukları likert tipi cevapların dağılımları.

	1		2		3		4		5	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3	(1,15)	12	(4,62)	71	(27,31)	116	(44,62)	58	(22,31)
Konversiyon- Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	12	(4,62)	26	(10,00)	84	(32,31)	101	(38,85)	37	(14,23)
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	4	(1,54)	24	(9,23)	59	(22,69)	107	(41,15)	66	(25,38)
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon, homicid -suicid fikirleri, çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	7	(2,69)	27	(10,38)	78	(30,00)	99	(38,08)	49	(18,85)
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi, sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	36	(13,85)	52	(20,00)	92	(35,38)	61	(23,46)	19	(7,31)
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	13	(5,00)	25	(9,62)	76	(29,23)	80	(30,77)	66	(25,38)
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı, karaciğer fonksiyon testi, böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	10	(3,85)	32	(12,31)	76	(29,23)	91	(35,00)	51	(19,62)
Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya, bulimia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	2	(,77)	19	(7,31)	71	(27,31)	103	(39,62)	65	(25,00)
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	3	(1,15)	9	(3,46)	30	(11,54)	102	(39,23)	116	(44,62)
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	10	(3,85)	21	(8,08)	87	(33,46)	90	(34,62)	52	(20,00)
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallerde (akli meleke raporu, ehliyet belgesi, av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu, unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	24	(9,23)	35	(13,46)	51	(19,62)	78	(30,00)	72	(27,69)
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama, bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	4	(1,54)	12	(4,62)	69	(26,54)	109	(41,92)	66	(25,38)
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon, kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	22	(8,46)	51	(19,62)	81	(31,15)	68	(26,15)	38	(14,62)

(1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcıların, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?, Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce ruh sağlığı hastalıkları eğitim süresi ne kadar olmalıdır?, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ? ve Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında serviste veya poliklinikte çalışmanın hangisinin daha verimli olduğunu düşünüyorsunuz ? sorularının dağılımları verilmiştir. Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli bulan 117 kişi (%55,71), yeterli bulmayan ise 93 kişi (%44,29)'dir. Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli bulan 173 kişi (%80,84) iken, yeterli bulmayan 41 kişi (%19,16)'dir. Rotasyon süresinde ağırlıklı olarak poliklinikte çalışan 74 kişi (%42,53), serviste çalışan 100 kişi (%57,47). Rotasyon sırasında hangi birimde çalışmak daha verimlidir sorusuna ise, 178 kişi (%88,12) poliklinik derken, 24 kişi (%11,88) servis demiştir.

Tablo-5: Uzmanlık öğrencilerinin Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi.

		n	%
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?	Evet	117	(55,71)
	Hayır	93	(44,29)
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?	Evet	173	(80,84)
	Hayır	41	(19,16)
Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce ruh sağlığı hastalıkları eğitim süresi ne kadar olmalıdır?	Henüz eğitim almadım	1	(2,22)
	1 ay	5	(11,11)
	2 ay	3	(6,67)
	3 ay	20	(44,44)
	4 ay	14	(31,11)
	6 ay	1	(2,22)
	1 yıl	1	(2,22)
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ?	Poliklinik	74	(42,53)
	Servis	100	(57,47)
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında serviste veya poliklinikte çalışmanın hangisinin daha verimli olduğunu düşünüyorsunuz ?	Poliklinik	178	(88,12)
	Servis	24	(11,88)

Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz? sorusuna verilen cevaplar ile Cinsiyet, Asistanlıkta kaçınıcı yılınız, Uzmanlık öğrencisi türü ve Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi? soruları ile karşılaştırılmıştır. Buna göre herhangi bir anlamlılık yoktur.

Tablo-6: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun eğitim olarak yeterliliğinin sorgulanması

		Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	69	(53,91)	59	(46,09)	0,510
	Erkek	48	(58,54)	34	(41,46)	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	1	23	(56,10)	18	(43,90)	0,345
	2	35	(63,64)	20	(36,36)	
	3	59	(51,75)	55	(48,25)	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	101	(54,89)	83	(45,11)	0,523
	SAHU	16	(61,54)	10	(38,46)	
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ?	Poliklinik	41	(56,16)	32	(43,84)	0,879
	Servis	55	(55,00)	45	(45,00)	

Ki-Kare Testi

Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz? sorusuna verilen cevaplar ile Cinsiyet, Asistanlıkta kaçınıcı yılınız, Uzmanlık öğrencisi türü ve Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi? soruları ile karşılaştırılmıştır. Buna göre herhangi bir anlamlılık yoktur.

Tablo-7: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun süre olarak yeterliliğinin sorgulanması

		Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	108	(82,44)	23	(17,56)	0,454
	Erkek	65	(78,31)	18	(21,69)	
Asistanlıkta kaçınıcı yılınız	1	32	(72,73)	12	(27,27)	0,268
	2	46	(80,70)	11	(19,30)	
	3	95	(84,07)	18	(15,93)	
Uzmanlık öğrencisi türü	AHU	153	(81,38)	35	(18,62)	0,588
	SAHU	20	(76,92)	6	(23,08)	
Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ?	Poliklinik	59	(80,82)	14	(19,18)	0,467
	Servis	85	(85,00)	15	(15,00)	

Ki-Kare Testi

Çalışmaya katılan asistanların, Öz yeterlilik sorularına vermiş oldukları cevapların $\text{ort} \pm \text{ss}$, Alt sınır ve Üst sınır değerleri verilmiştir.

Tablo-8: Çalışmaya katılan asistanların, Öz yeterlilik sorularına vermiş oldukları cevapların ort±ss, Alt sınır ve Üst sınır değerleri

	Ort	s.s	Alt sınır	Üst sınır
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,82	,87	3,72	3,93
Konversiyon- Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,48	1,01	3,36	3,60
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	3,80	,97	3,68	3,92
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon, homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	3,60	,99	3,48	3,72
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi, sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	2,90	1,13	2,77	3,04
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	3,62	1,11	3,48	3,76
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı, karaciğer fonksiyon testi ,böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	3,54	1,06	3,41	3,67
Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya, bulumia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	3,81	,92	3,70	3,92
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	4,23	,87	4,12	4,33
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	3,59	1,02	3,46	3,71
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere (akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	3,53	1,28	3,38	3,69
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama ,bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	3,85	,91	3,74	3,96
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon, kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	3,19	1,16	3,05	3,33

Katılımcıların, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki incelenmiştir. Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:<0,001$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Konversiyon- Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,003$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,007$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon, homicid -suicid fikirleri, çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,002$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,017$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı, karaciğer fonksiyon testi, böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,044$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere (akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,021$).

Tablo-9: Katılımcıların, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki değerlendirilmesi

	Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?				p
	Evet		Hayır		
	Ort± s.s	Medyan (Min-Max)	Ort± s.s	Medyan (Min-Max)	
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	4,08±0,77	4 (2-5)	3,6±0,91	4 (1-5)	<0,001
Konversiyon- Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,74±0,92	4 (1-5)	3,32±1	3 (1-5)	0,003
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	4,04±0,81	4 (2-5)	3,65±1,05	4 (1-5)	0,007
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon, homicid -suicid fikirleri, çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	3,89±0,88	4 (1-5)	3,44±1,05	4 (1-5)	0,002
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi, sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	3,04±1,14	3 (1-5)	2,8±1,09	3 (1-5)	0,130
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	3,81±1,06	4 (1-5)	3,42±1,17	3 (1-5)	0,017
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı, karaciğer fonksiyon testi, böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	3,73±1,05	4 (1-5)	3,43±1,04	4 (1-5)	0,044
Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya, bulumia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	3,85±0,96	4 (1-5)	3,73±0,9	4 (1-5)	0,262
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	4,32±0,77	4 (2-5)	4,17±0,89	4 (1-5)	0,291
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	3,73±0,96	4 (1-5)	3,47±1,08	3 (1-5)	0,109
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere (akli meleke raporu, ehliyet belgesi, av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu, unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	3,79±1,2	4 (1-5)	3,4±1,29	4 (1-5)	0,021
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama, bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	3,99±0,89	4 (1-5)	3,78±0,9	4 (1-5)	0,078
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon, kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	3,36±1,21	3 (1-5)	3,11±1,15	3 (1-5)	0,101

Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki incelenmiştir. Herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo-10: Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar ile Öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki incelenmesi.

	Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?				p
	Evet		Hayır		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,9±0,83	4 (2-5)	3,71±1,05	4 (1-5)	0,409
Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,58±0,97	4 (1-5)	3,34±1,09	4 (1-5)	0,326
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	3,91±0,91	4 (2-5)	3,63±1,11	4 (1-5)	0,173
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon , homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	3,69±0,98	4 (1-5)	3,59±1,02	4 (1-5)	0,705
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	2,96±1,13	3 (1-5)	2,73±1,1	3 (1-5)	0,291
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	3,67±1,09	4 (1-5)	3,44±1,29	4 (1-5)	0,424
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı ,karaciğer fonksiyon testi ,böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	3,61±1,08	4 (1-5)	3,49±0,98	4 (1-5)	0,476
Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya , bulumia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	3,82±0,93	4 (1-5)	3,76±0,94	4 (1-5)	0,820
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	4,23±0,89	4 (1-5)	4,29±0,72	4 (3-5)	0,961
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	3,62±1,03	4 (1-5)	3,66±1,06	4 (1-5)	0,778
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere(akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	3,65±1,23	4 (1-5)	3,39±1,38	4 (1-5)	0,292
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama ,bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	3,93±0,9	4 (1-5)	3,73±0,9	4 (1-5)	0,176
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon ,kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	3,31±1,19	3 (1-5)	3,07±1,17	3 (1-5)	0,243

Mann Whitney-U Testi

Çalışmaya katılan asistanların ağırlıklı olarak çalıştıkları birimlere göre, öz yeterlilik sorularına verilen cevapların ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre herhangi bir anlamlılık yoktur.

Tablo-11: Çalışmaya katılan asistanların ağırlıklı olarak çalıştıkları birimlere göre, öz yeterlilik sorularına verdikleri cevapların ortalamalarının karşılaştırılması.

	Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ?				p
	Poliklinik		Servis		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,88±0,68	4 (3-5)	3,92±0,96	4 (1-5)	0,391
Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,54±0,92	4 (1-5)	3,61±1,01	4 (1-5)	0,452
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	3,85±0,96	4 (1-5)	3,94±0,93	4 (1-5)	0,585
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon , homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	3,68±0,97	4 (1-5)	3,77±0,98	4 (1-5)	0,521
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	3,05±1,06	3 (1-5)	2,96±1,15	3 (1-5)	0,534
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	3,72±1,03	4 (1-5)	3,67±1,16	4 (1-5)	0,995
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı ,karaciğer fonksiyon testi ,böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	3,59±0,98	4 (1-5)	3,7±1,07	4 (1-5)	0,389
Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya , bulumia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	3,82±0,83	4 (2-5)	3,76±1,04	4 (1-5)	0,959
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	4,35±0,78	5 (2-5)	4,18±0,87	4 (1-5)	0,182
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	3,57±1,1	4 (1-5)	3,68±0,94	4 (1-5)	0,573
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere(akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	3,73±1,2	4 (1-5)	3,59±1,26	4 (1-5)	0,493
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama ,bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	3,91±0,88	4 (2-5)	3,89±0,95	4 (1-5)	0,930
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon ,kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	3,2±1,12	3 (1-5)	3,25±1,21	3 (1-5)	0,716

Mann Whitney-U Testi

Katılımcıların asistanlık yılları ile öz yeterlilik soruları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,008). Asistanlıkta 1. Yılı olanların Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, diğer gruplara göre daha düşüktür (p:<0,001). Asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,040). Asistanlıkta 1. Yılı olanların Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon , homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim değeri, diğer gruplara göre daha düşüktür (p:0,001). Asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere(akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,026).

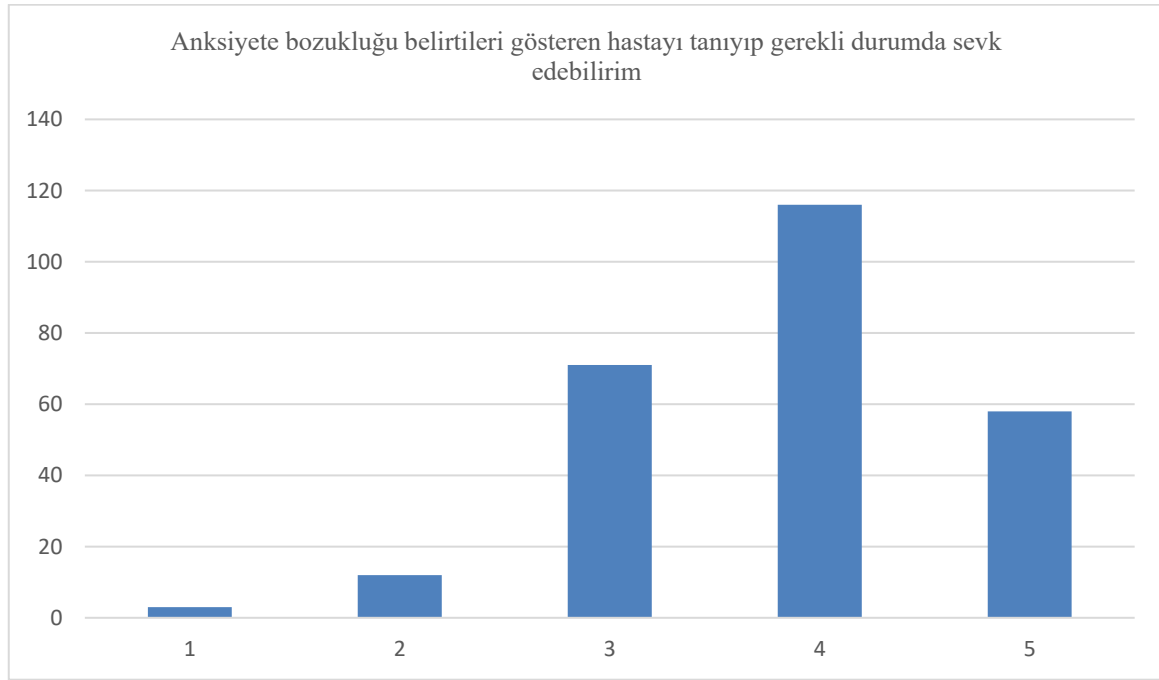
Tablo-12: Katılımcıların asistanlık yılları ile öz yeterlilik soruları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Asistanlık Yılı						p
	1.Yıl		2.Yıl		3.Yıl		
	Ort±s.s	Medyan (Min- Max)	Ort±s.s	Medyan (Min- Max)	Ort±s.s	Medyan (Min- Max)	
Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,6±0,82	4 (2-5)	3,83±0,89	4 (1-5)	3,96±0,87	4 (1-5)	0,008
Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim	3,07±1,08	3 (1-5)	3,49±1,01	4 (1-5)	3,73±0,88	4 (1-5)	<0,001
Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım	3,57±1,05	4 (1-5)	3,78±1	4 (2-5)	3,95±0,89	4 (1-5)	0,040
Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon , homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim	3,22±1,06	3 (1-5)	3,65±0,95	4 (1-5)	3,8±0,92	4 (1-5)	0,001
Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim	2,65±1,19	3 (1-5)	3,07±1,07	3 (1-5)	2,96±1,11	3 (1-5)	0,079
Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim	3,44±1,07	3 (1-5)	3,69±1,08	4 (1-5)	3,68±1,15	4 (1-5)	0,214
Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı ,karaciğer fonksiyon testi ,böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim	3,29±1,16	3,5 (1-5)	3,53±1,01	4 (1-5)	3,71±1	4 (1-5)	0,082

Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya , bulumia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim	3,79±0,87	4 (2-5)	3,76±0,96	4 (1-5)	3,84±0,94	4 (1-5)	0,822
Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam	4,25±0,88	4 (1-5)	4,19±0,9	4 (2-5)	4,23±0,85	4 (1-5)	0,938
Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceğini için çok gerekmedikçe kullanmam	3,46±1,07	3,5 (1-5)	3,49±1,07	3 (1-5)	3,73±0,94	4 (1-5)	0,171
Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere(akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim	3,25±1,32	4 (1-5)	3,43±1,36	4 (1-5)	3,78±1,16	4 (1-5)	0,026
Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama ,bilinç düzeyi değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim	3,69±0,99	4 (1-5)	3,88±0,87	4 (2-5)	3,93±0,87	4 (2-5)	0,376
Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon ,kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım	3±1,16	3 (1-5)	3,33±1,11	3 (1-5)	3,22±1,19	3 (1-5)	0,223

Kruskal-Wallis Testi

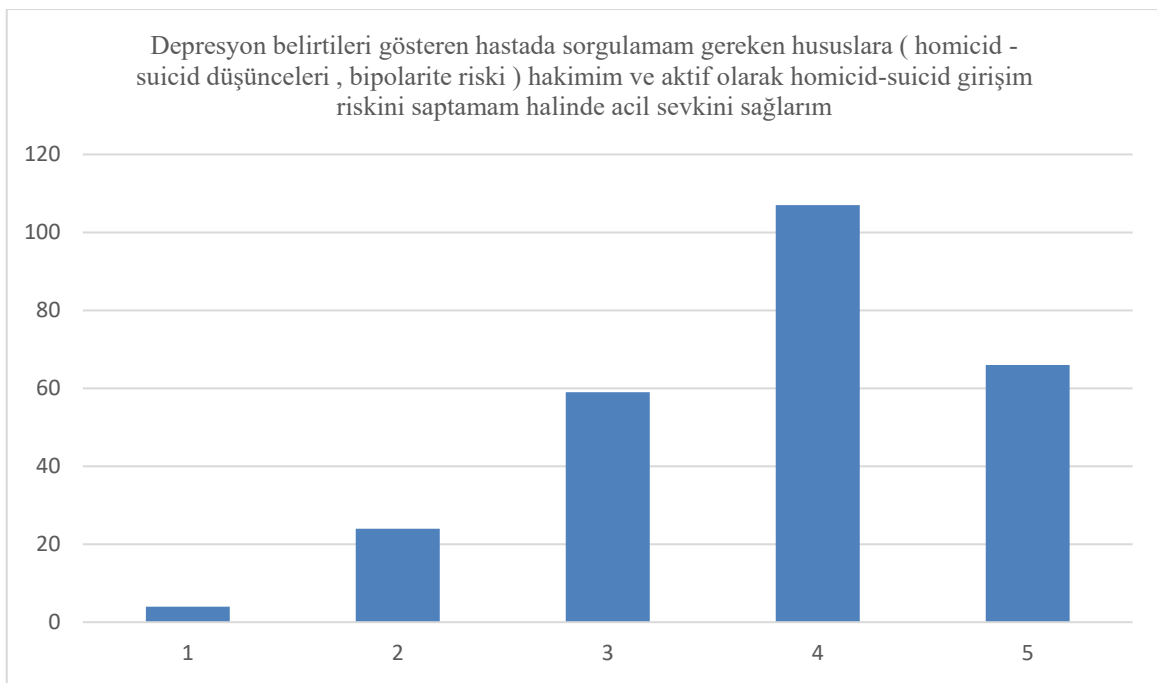
Öz yeterlilik değerlendirme soruları frekans dağılım grafileri



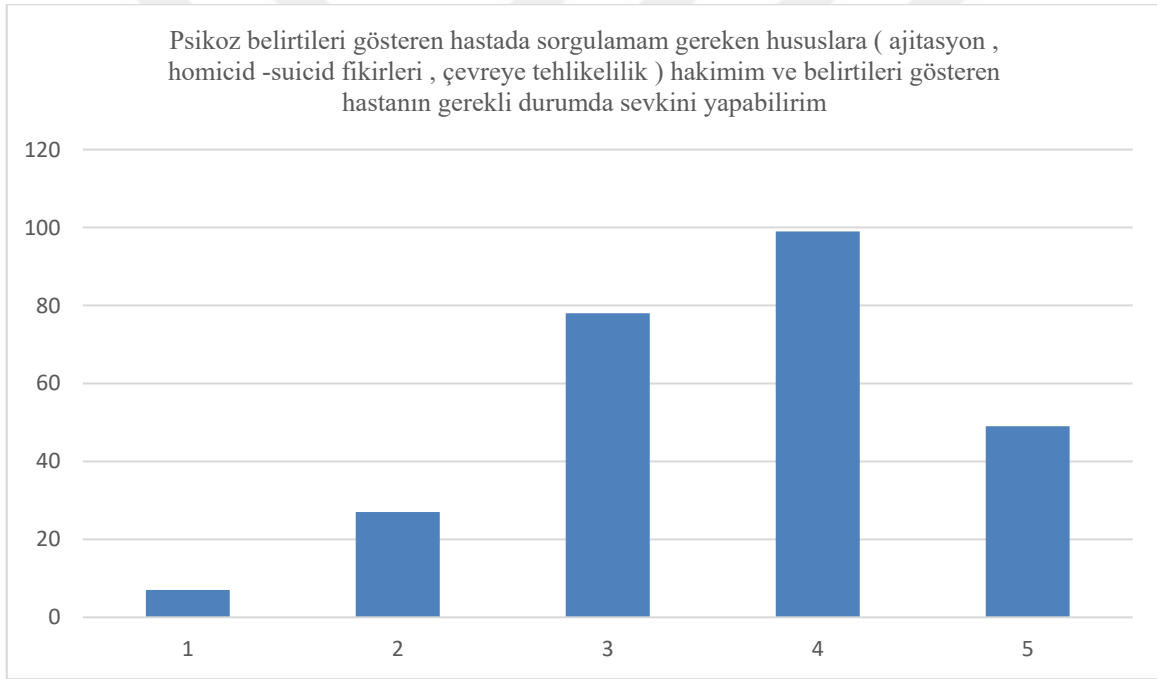
Grafik 1



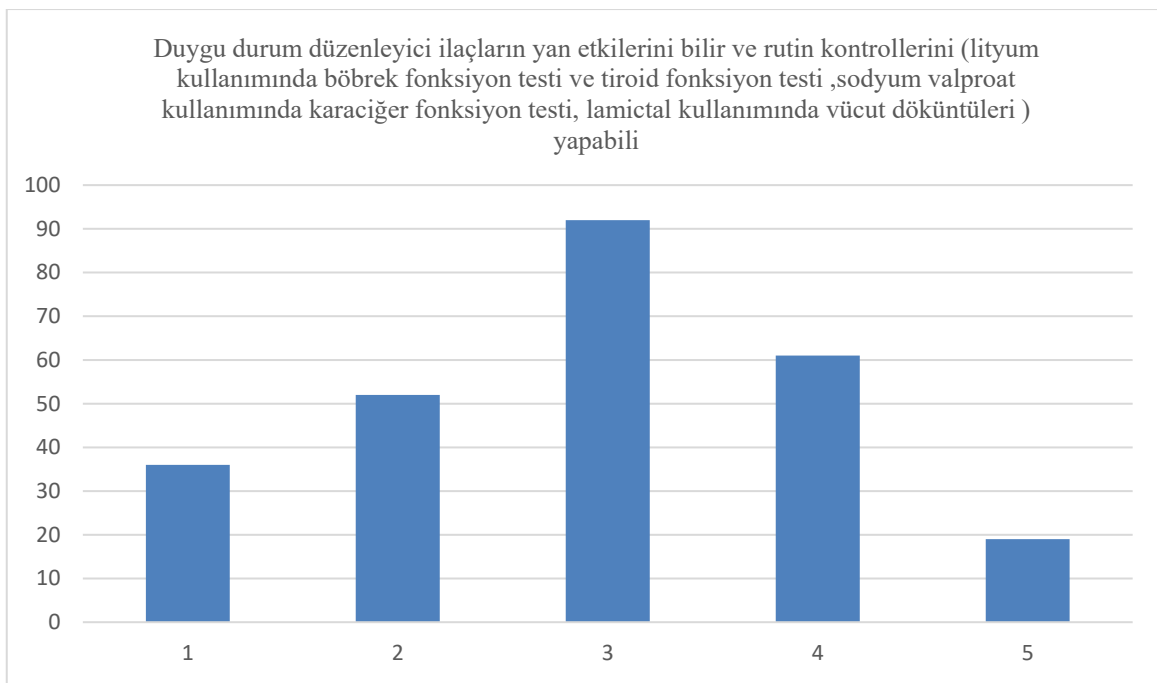
Grafik 2



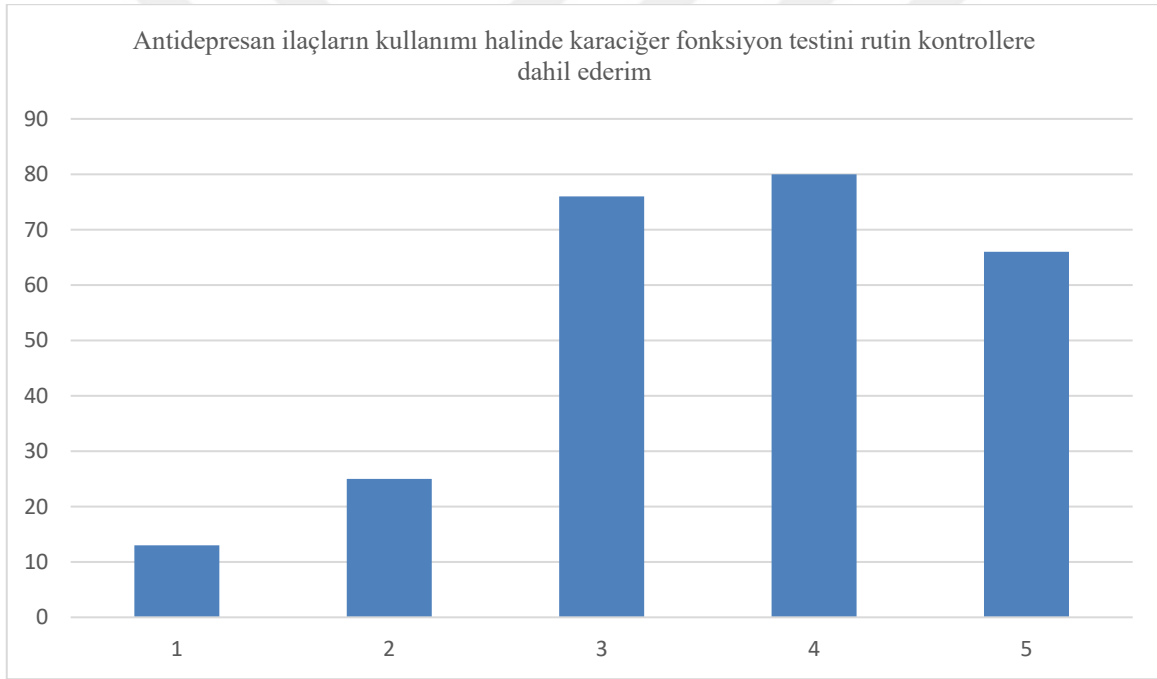
Grafik 3



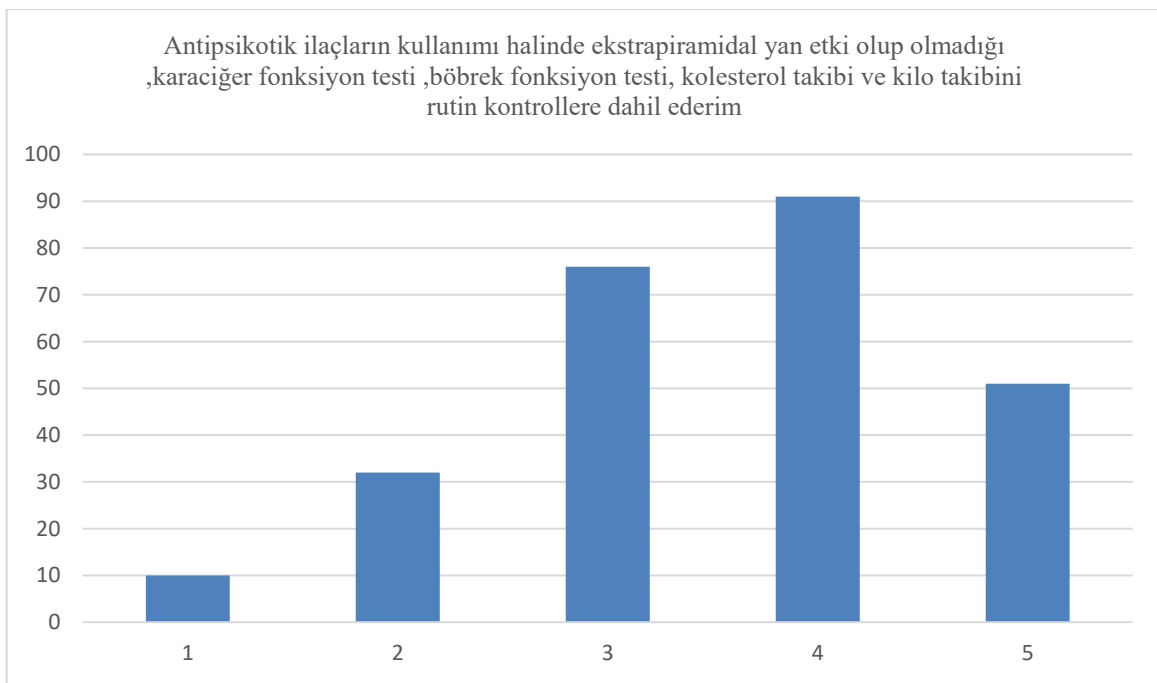
Grafik 4



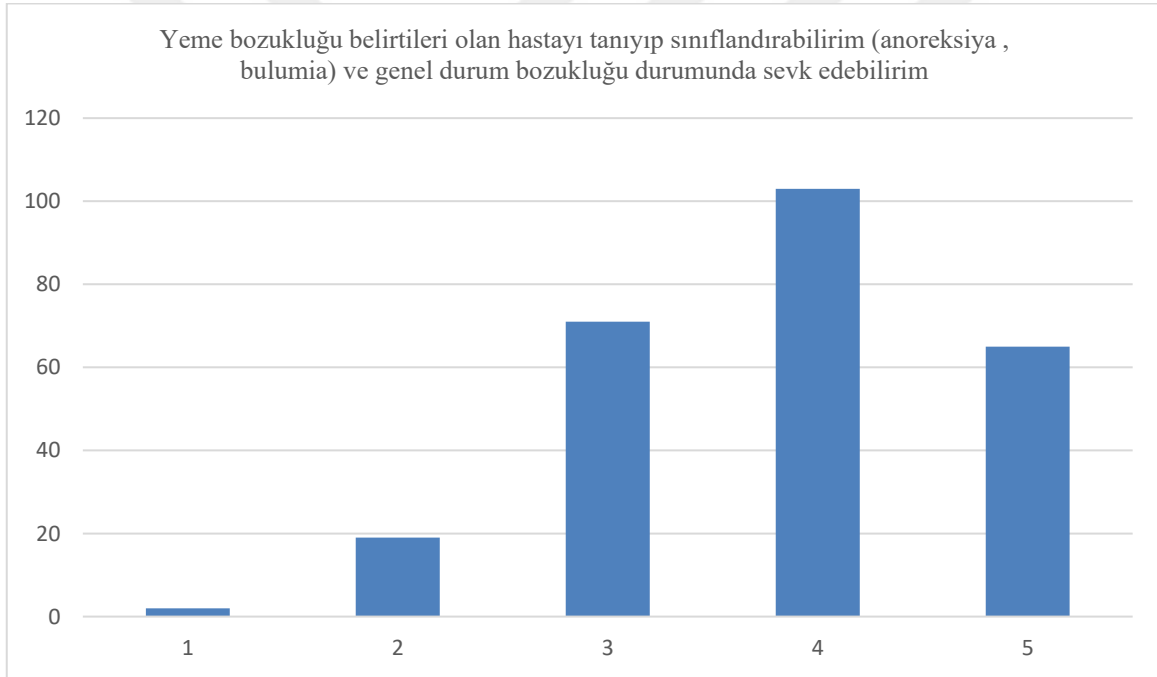
Grafik 5



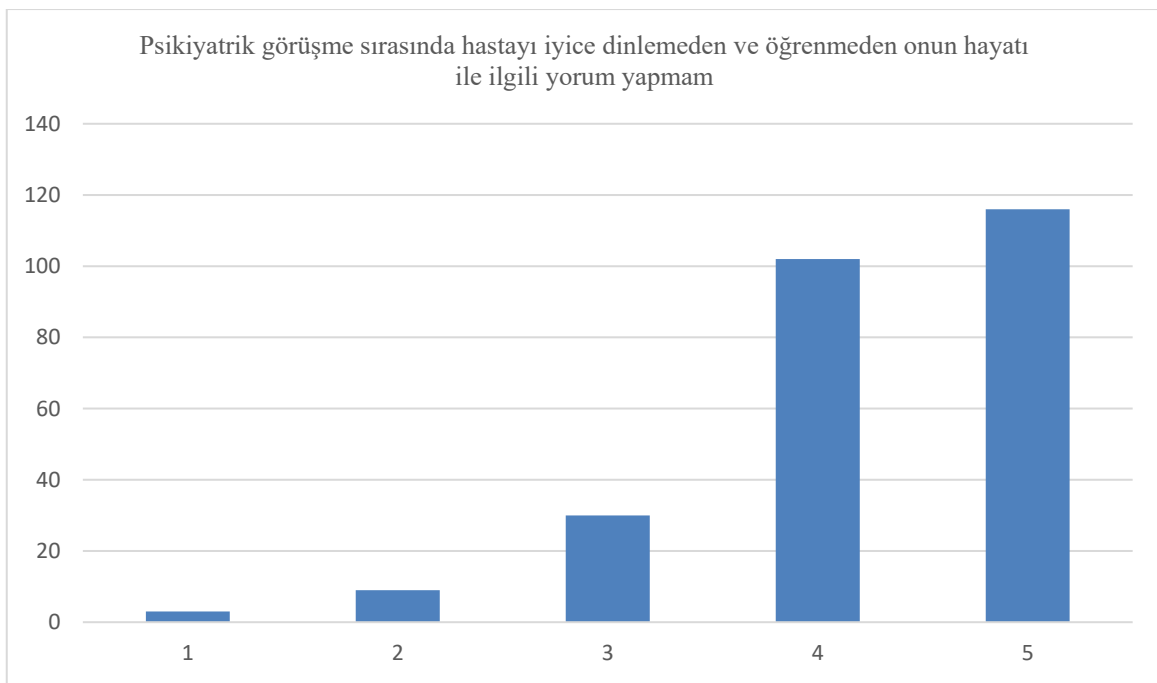
Grafik 6



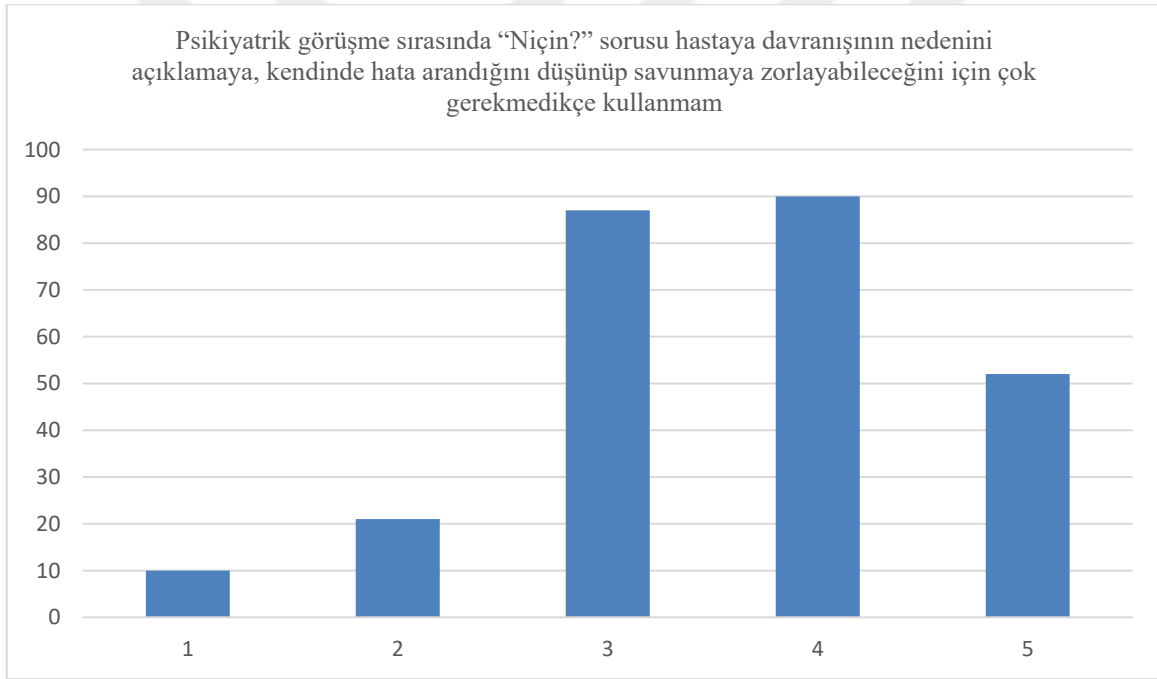
Grafik 7



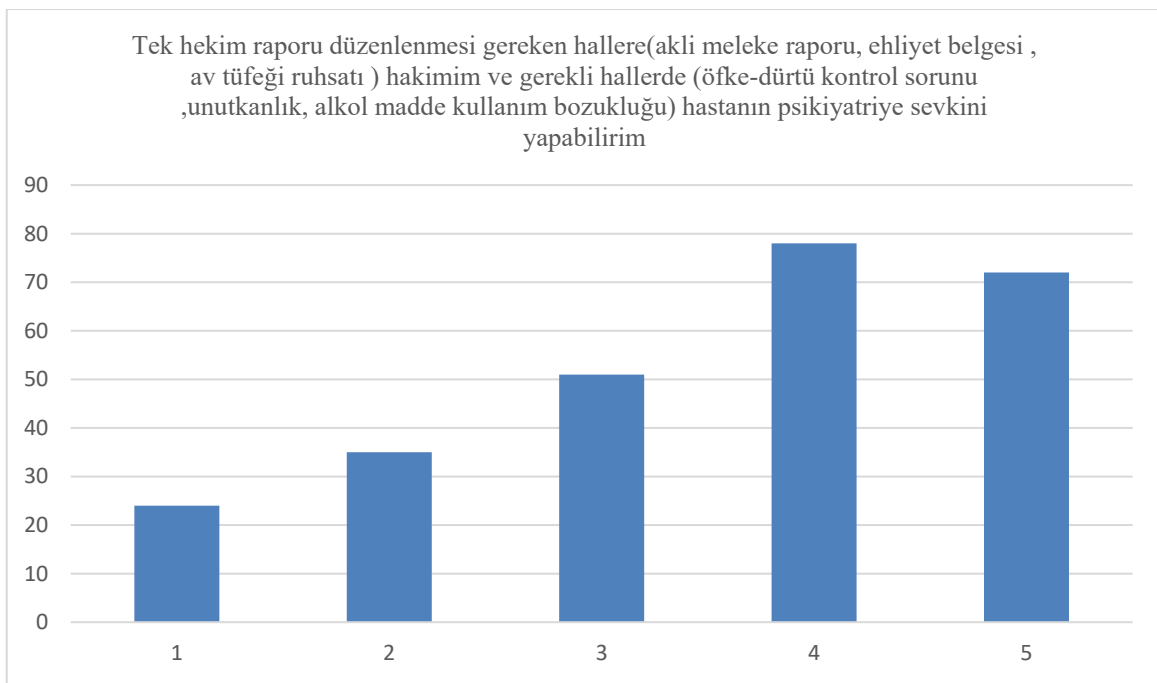
Grafik 8



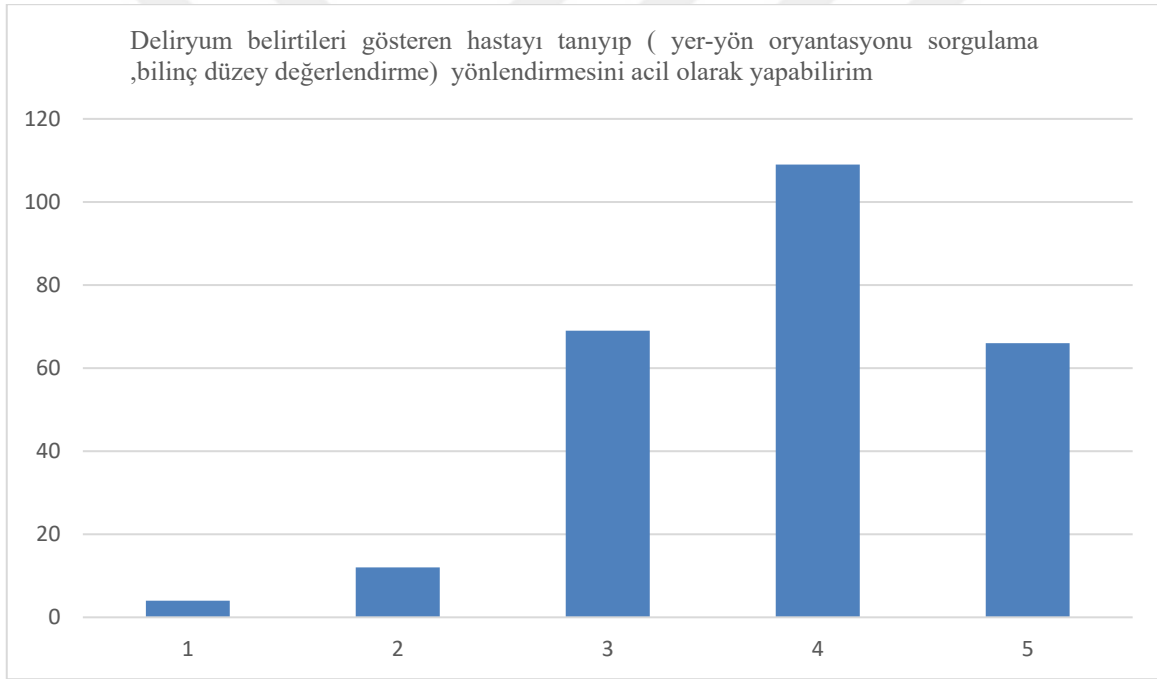
Grafik 9



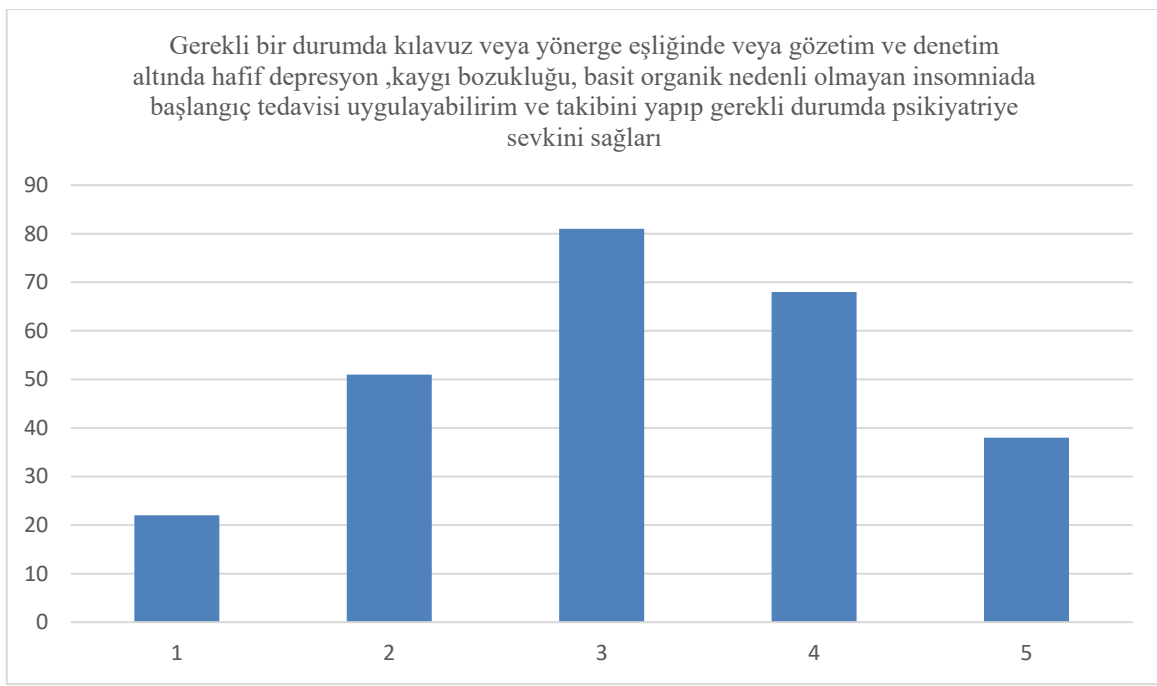
Grafik 10



Grafik 11



Grafik 12



Grafik 13

5. TARTIŞMA

Aile hekimleri, almış olduğu eğitim disipliniyle yetişen uzman tabiplerdir. Aynı zamanda sağlık sorunları nedeniyle ilk başvuru alan kişilerdir. Tıbbi düsturları gerektiği ölçüde bilen ve lüzum halinde bireye sağlık hizmeti veren yine gerekli hallerde girişimsel işlemde bulunabilen ve bireyi ihtiyacına göre uygun olan üst basamağa yönlendirebilen hekimlerdir. Yani aile hekimi esasında sağlık hizmetini sunarken aynı zamanda koordinatörlük yapabilen konumdadır.(69) Daha önce belirtilen aile hekimliği tanımı ve özellikleri beyanında, altı temel yeterliliğe sahiptir. Kapsamlı yaklaşım, özgül sorun çözme becerileri, toplum yönelimli olma, kişi merkezli bakım, birinci basamak yönetimi ve bütüncül yaklaşımdan oluşur. Bu hedefler doğrultusunda hazırlanan müfredat ile uzmanlık eğitimi alınması altı temel özelliğin edinilmesinde mihenk taşı konumundadır.(70)

Türkiye’de verilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi süre olarak 18 ay aile hekimliği uygulama eğitimleri ve 18 ay hastanede klinik rotasyonlardan oluşan toplam 36 aylık bir süreçtir. Rotasyonlar, farklı branşlarda görülebilecek ve sık karşılaşılan vakalar adına tecrübe edinip daha kısa sürede ve etkili eğitimi hedefler. Ve bir diğer önemli nokta görülen rotasyonlarla uzmanlıkta kendine kayıtlı nüfustaki kişilerin ihtiyaçlarına göre diğer branşlardan alabileceği hizmetleri de öğrenmesini sağlar. Bir eğitmenle birlikte rotasyonlardan elde edilen birikimler sahada aile hekimliğine özgü bakış açısıyla birleştirilir.(64) Rotasyon yapılan kurumun farklı olması, klinik ana bilim dalı başkanının rotasyon almaya gelen asistan hekimlere bakış açısı, o kliniğin disiplin ve işleyişi, hasta sayısı, gelen vaka çeşitliliği gibi birçok faktör müfredat ve çekirdek eğitim programlarının değişmemesine rağmen rotasyon yapan hekimlerin o rotasyondan aldıkları verimi etkilemektedir.(71) Bu gibi değişkenler ise yapılan rotasyonlarda, mevcut olan asistan karnelerinde belirtilen klinik veya girişimsel yetkinlikleri edinmeleri ve yaptıklarını belgelemeleri ile aydınlatılabilir. Fakat rotasyon yapılması istenen branş o hastanede yoksa veya sunacağı eğitim ve yetkinlikler için yetersiz kalacaksa, sorumlu anabilim dalı tarafından uygun görülürse asistan hekim almak istediği rotasyonu farklı bir hastanede alabilir. Bu nedenle uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmını oluşturan rotasyonların içeriklerinin rotasyon yapan hekimlerin edinmesi gereken bilgi ve becerilere göre düzenlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Biyopsikososyal yaklaşım, bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal çerçeveden bir bütün halinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu düşünce anlayışı ile sahada bulunan aile hekimi uzmanlarının, diğer uzman tabiplere göre daha kritik bir konumda olduğu söylenebilir. (72) Geçmiş dönemlerden günümüze kadar beden sağlığı somut özelliklerinden dolayı devamlı gelişim ve değişime açık olmuş iken, ruh sağlığı hastalıkları üzerinde yeterince durulmamış ve istemeyerek de olsa geri plana atılmıştır. Bu durumun belki bir sonucu veya daha da derinleşmesine sebep olan faktör ise toplumun sergilediği tutum (dışlanma, utanç) olup, birleştiklerinde sorunlar daha da gizlenmiş, tanı ve tedavisi geciken hasta bireyler kronikleşmiş ve daha ağır evrelere ilerlemişlerdir.

Bunun sonucu işgücü kaybı ve ihtiyaç fazlası hizmet kullanımı olup ülkeye büyük yük mal etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarına göre, hastalık yükünün küresel bağlamda %12,3 'ünü ruh sağlığı hastalıkları oluşturmaktadır.(66) Çeşitli araştırma sonuçlarına göre ise, birinci basamağa başvuran hastaların % 15-40'ını bu sorunlar oluşturmaktadır.(73)

Türkiye'de yapılan saha çalışmalarında da ruh sağlığı hastalıkları sıklığının %20 civarında olduğu kanısına varılmıştır. (74) Bu bağlamda, topluma birinci basamak hizmeti veren hekimlerin bu konulardaki eğitimi büyük önem taşımaktadır. Ruhsal sorunların beraberinde bedensel rahatsızlıklar da görülebilmektedir. Hastaların ilk başvurdıkları kişinin genellikle aile hekimi olması nedeniyle hastalığa doğru ön tanıyı koyma, tedavi ve izlem yönünden ayrıcalıklı bir yere sahiptir.

Ruh sağlığı genel sağlıktan ayrılmaz ve bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Toplumsal bağlamda ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar yeti kaybı yapabilmeleri, sık görülüyor olmaları ve ekonomik kayıplara yol açmaları sebebiyle önemli bir konudur. Bu mühim halk sağlığı sorununda birinci basamağın korunma ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri olması onu ayrıca önemli kılmaktadır. (67) Birinci basamakta ruhsal rahatsızlıkların tanısı ve etkin tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önüne geçmektedir. Kronikleşen rahatsızlıkların doğru adımlarla izlenmeleri kişilerin sağlıklarını olumlu yönde etkilediği gibi, kronikleşmeleri sonucu oluşan hem bireysel hem de sosyal ve ekonomik yıkımların önüne geçilmiş olacaktır. (68)

2001 senesinde DSÖ'nün raporunda, birinci basamağa başvuran ruhsal sorunları olan kişi sayısının azımsanmayacak boyutta olması ve çoğu hastanın sadece aile hekimine müracaat etmesinden ötürü, birinci basamakta hizmet sunanların genel sağlıktan ayrılmaz bir parça olan ruh sağlığı hakkında eğitilmesi zorunluluğu üzerinde durulmuştur. (75)

2004 yılında doğan ihtiyaca binaen birinci basamakta çalışan hekimlerin, sık görülen ruhsal hastalıklar hakkında kendilerini geliştirilerek, ruhsal hastalığa sahip kişilerin tanısı ve etkin tedavisi, ilgili sorunların ikinci basamağa başvurularının azaltılması amacıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunanlar için Ruh Sağlığı Eğitim Programı oluşturulmuştur. Amacı birinci basamakta hizmet eden tüm tabiplerin psikiyatrik acil hastaya yaklaşım, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, somatizasyon gibi yaygın ruhsal ve davranışsal sorunlar hakkında eğitim almasını sağlamaktır. (76)

Ormel tarafından yapılan bir araştırmada aile hekimliğine devamlı olarak başvuran hastaların üçte birinden fazlasında, önemli seviyede ruhsal sorunların olduğu ve bu vakaların yalnız %15-25'ine depresyon ya da anksiyete tanısı konduğu gösterilmiştir. (77) En sık görülen ruhsal bozukluklar; anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, madde ve alkol bağımlılığıdır. Bu hastalıkların sonucunda doğan ek sorunlar ise alkol ve psikoaktif ilaç kullanımıdır. (74)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ise psikolojik sorunları sebebiyle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru oranını %21 olarak bulmuş olup, bu araştırmanın yapıldığı dönemde beş hastadan birinin ruhsal sorunlar için ilk başvuruda birinci basamağı tercih ettiği sonucu çıkmaktadır. (78) İlk başvurunun psikiyatristlerden ziyade birinci basamağa yapılması aile hekimlerinin bu vakaları görme şansını arttırmaktadır. (67) Hastayı ailesi ve sosyal çevresiyle birlikte bütüncül ele alması, aile hekimlerini sosyal ve koruyucu psikiyatride çok önemli bir konuma koyar. (79)

Mezuniyet öncesi süreçte ruh sağlığı alanında yetersiz eğitim alınması aile hekimlerinin bu alandaki bilgi birikimi ve yeteneklerini olumsuz yönde etkilemektedir. (67) Halbuki İngiltere'de yapılan bir çalışmada, yeterli bir eğitim görüldüğü takdirde aile hekimlerinin, ruh sağlığı sorunlarını tanı ve tedavi hizmetini vermede uzman psikiyatristler gibi başarılı olabilecekleri fark edilmiştir. (80)

Kısacası bu hastaları etkin bir şekilde değerlendirebilmek adına mezuniyet öncesi ruh sağlığı uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrasında da devamlı ve nitelikli eğitime ihtiyaç vardır. (67)

Anket çalışmamıza katılanların yaşı 24-49 arasında değişmekte olup ortalama $29,26 \pm 3,71$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç Kodaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ile benzerlik gösterip (ort $29,43 \pm 3,80$) asistan hekimlerin beklenen yaş ortalaması ile uyumluluk içerisinde.

Çalışmamıza katılanların %63,08'ini kadınlar oluşturmaktaydı. Yapılan bir araştırmada İstanbul'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler arasında kadınların oranı %75 olarak saptanmıştır.¹⁰ İzmir'de bir üniversite hastanesi asistanlarına yönelik yapılan çalışmada dahili bilimlerde görev yapan asistan hekimlerin %53,20'sinin kadınlar oluştururken cerrahi bilimlerde görev yapan asistan hekimlerin %57,90'ının erkek olduğu saptanmıştır.¹¹ Yine yapılan bir araştırmaya göre İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesindeki asistan hekimlerden cerrahi branşta görev yapanların %76,20'si erkek, dahili branşlarda görev yapanların %57,60'ı kadından oluştuğu görülmüştür.¹² Uzmanlık eğitiminde dahili bilimleri tercih edenlerin daha çok kadınlar olduğu ve bununla beraber aile hekimliğini tercih edenlerin de daha yüksek oranlarda kadınlar olduğu görülmüştür.

Yıldırım ve ark. yaptıkları çalışmada Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine aldıkları uzmanlık eğitimi hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Sonuç olarak yaklaşık yarısı (%49,50) asistanlığında iyi eğitim aldığını düşünmektedir. 2013'te Sancaktar ve arkadaşlarının Aydın'da yaptığı çalışmada benzer sonuçlar çıkmış olup asistanların %51,50'si aldıkları uzmanlık eğitiminin yeterli olduğunu düşünmekteydiler.²¹ Bizim çalışmamızda ise rotasyon bazında sorduğumuz soruda, Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli bulan 117 kişi (%55,71), yeterli bulmayan ise 93 kişi (%44,29) olup çıkan sonuçlar, uzmanlık eğitiminin geneline yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada zorunlu rotasyon sürelerinin katılımcıların %68,50'si (n=137) tarafından yeterli bulunduğu gösterilmiştir. Sancaktar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcıların %52,20'sinin rotasyon sürelerini yeterli bulduğu saptanmıştır.²¹ Bizim çalışmamızda ise Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli bulan 173 kişi (%80,84) iken, yeterli bulmayan 41 kişi (%19,16)'dır.

Keten ve ark. araştırmasında katılımcılara 'Hangi branşların uygulamalı (pratik) eğitimde yer almasını istersiniz sorusuna %63,5'i Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu uygulamalı, %87,6'sı ise teorik eğitimde yer almasını istediklerini de belirtmişlerdir.⁹⁸ Bu da Aile hekimliği saha uygulamalarında Ruh sağlığı ve hastalıkları dalının önemini ve hekimlerin bu konuda hem teorik hem pratik olarak kendilerini geliştirmek istediklerini göstermektedir. Yıkılkan ve arkadaşlarının Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarına yaptığı çalışmada eğitim ihtiyaçlarını değerlendirmişler ve katılımcıların %81,8'i saha eğitiminin gerekli olduğunu beyan etmiştir. Bu sonuçlar gösteriyor ki uzmanlık eğitimi sürecinde uygulamalı (pratik) eğitim de büyük önem taşımakta ve yeterli sürede yapılması şarttır. Bizim çalışmamızda "Rotasyon sırasında hangi birimde çalışmak sizce eğitim açısından daha verimlidir" sorusuna ise, 178 kişi (%88,12) poliklinik derken, 24 kişi (%11,88) servis yanıtını vermiştir. Buradan görüldüğü üzere rotasyon sırasında yapılan poliklinik çalışması, uygulamalı eğitim açısından büyük önem arz etmektedir.

Kılıç ve ark. tarafından yapılan araştırmada ruh sağlığı hizmeti almak için başvuran bireylere bakıldığında %39'u psikiyatri uzmanına giderken, %33'ü diğer uzman hekimlere ve %21'i birinci basamak hekimlerine giderek sağlık hizmeti almaktadır. Ruhsal rahatsızlıkları olan hastaların %51'i, ilaçlarını psikiyatri uzmanı haricinde diğer uzman doktorlardan almaktadır. Birinci basamak hekimine başvurup tedavi alabilenlerin oranı sadece %18'dir. Görüldüğü gibi birinci basamak hekimleri, ruh sağlığı konusunda sunulan sağlık hizmetinde istenilen konumda değildir.(81) Aile hekimlerinin aldıkları rotasyon eğitimindeki yetersizlik hasta ve hastalıklara yaklaşım, uyguladıkları tanı ve tedavi aşamalarını olumsuz etkilemektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışma gösteriyor ki, bu alanda yeterli bir eğitim gören aile hekimlerinin, ruh sağlığı sorunları olan bireylere hizmet sunmada psikiyatri uzmanları gibi başarılı olabilmekteler.(80) Bizim yaptığımız çalışmada ise Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli bulanların, Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,003$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,007$).

Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon , homicid -suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,002$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,017$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı, karaciğer fonksiyon testi, böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,044$). Rotasyonu eğitim olarak yeterli bulanların, Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere (akli meleke raporu, ehliyet belgesi, av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim değeri, rotasyonu eğitim olarak yeterli bulmayanlara göre daha yüksektir ($p:0,021$). Çalışmamızda ulaştığımız bu sonuçlar, yapılan benzer çalışmaları destekler nitelikte olup bize gösteriyor ki eğer uzmanlık eğitimindeki rotasyonlarda alınan eğitim yeterli ise uzmanlık öğrencilerinin hastaya yaklaşım, tanı, tedavi, takip ve gerekli halde üst basamağa sevkinde aynı ölçüde başarılı olunmaktadırlar.

Akalın 'ın yaptığı araştırmada birinci basamak hekimleri tarafından majör depresyonun tanınmasının % 50'ler civarında olduğu saptanmıştır.(82) Clarke ve ark. yaptığı araştırmalara göre, mezuniyet sonrası uzmanlık eğitiminde alınan eğitim programlarının, hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koymada, bu hastalıklara tedavi vermede, doğru dozu önermede ve bu alanda sağlık hizmeti sunmada kendilerine duydukları güvende büyük oranda artış sağladığı, tedaviyi bilmeme ve psikiyatriye sevk oranlarının ise anlamlı ölçüde azaldığı gösterilmiştir. (83)

Uzmanlık eğitimi sadece bilgi öğrenmek üzerine bir eğitim olmadığı ve aynı zamanda klinik problem çözme becerisi eğitimi olduğu görüşüyle, asistan hekimlere pratik yaparak uygulamalı öğrenme imkânı ve deneyim kazanma olanağı sunmaktadır. Bu uygulamalar asistan hekimlerin kıdemlerine göre değişmektedir. (84)Düşünür ve Çerçi tarafından yapılan bir çalışmada, kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerileri değerlendirilmiş ve mesleki deneyim (kıdem yılı) değişkenine bakılarak problem çözme becerileri kıyaslanmış, yıllar ilerledikçe belirgin olarak problem çözmede yeterliliğin arttığı görülmüş. (85) Bizim çalışmamızda katılımcıların asistanlıktaki kıdem yılları ile öz yeterlilik sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,008). Asistanlıkta 1. Yılı olanların Konversiyon- Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim değeri, diğer gruplara göre daha düşüktür (p:<0,001). Asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid -suicid düşünceleri, bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,040).

Asistanlıkta 1. Yılı olanların Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon, homicid -suicid fikirleri, çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim değeri, diğer gruplara göre daha düşüktür (p:0,001). Asistanlıkta 3. Yılı olanlarda Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere (akli meleke raporu, ehliyet belgesi, av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu, unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim değeri, asistanlıkta 1. Yılı olanlara göre daha yüksektir (p:0,026). Buradan da görüldüğü üzere kıdem yılı arttıkça yapılan uygulamalı eğitimin artması, daha fazla sayıda hasta görme, öğrenilen teorik bilginin artması ve sahada görülen vakaların bu bilgilerle sentez edilmesi gibi birçok faktöre bağlı asistan hekimler, hasta ve hastalıkların yönetiminde daha başarılı bir yaklaşım sergilemekteledir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Hekimliği, kendine has klinik işleyişi, birçok alanı kapsayan müfredat içeriği, akademik araştırmaları, bilimsel kanıtlı çalışmaları olan bütüncül bir disiplindir.

Aile hekimlerinin her yaş grubundan bireyi ve onların sağlık ihtiyaçlarını içeren oldukça geniş klinik alana hizmet sunması, bütüncül bir yaklaşım sergilemesini zorunlu kılar. Bunu başarıyla uygulayabilmelerinin yolu sahaya yönelik uygulamalı (pratik) eğitimde daha fazla kazanımla ve uzmanlaşma ile gerçekleşebilir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin birinci basamaktaki işleyişinin sistematik ve ihtiyaçlara cevap verebilmesi için, sayıca yeterli ve etkin bir eğitim almış aile hekimliği uzmanlarına ihtiyaç vardır.

Ülke genelindeki bu uzmanlık eğitiminin standardize edilmesi gerekmektedir. Etkin ve yeterli olması adına alınacak bu eğitimin müfredatı sahadaki uzman hekimin ihtiyaçlarını karşılayacak doğrultuda yapılması ile mümkündür.

Bunun oluşumu ise aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimde başlıca ihtiyaç duyacakları kısımların, WONCA’ nın tanımlamış olduğu aile hekimliği/genel pratisyenlik çekirdek yeterliklerine bağlı kalarak belirlenmesi ile mümkündür. Aile hekimlerinin farklı alanlarda hasta görmeleri ve bilgi birikimlerini arttırmaları için müfredat dahilinde olan 18 aylık rotasyon süreci mevcuttur. Fakat birçok farklı alanda yapılan bu rotasyonların, uzmanlık eğitiminde ulaşılması istenen hedeflerinin ve sınırlarının netleşmesi şarttır.

Aile hekimliği disiplini içerisinde Ruh sağlığı ve hastalıkları’ nın önemi azımsanmayacak boyuttadır. Psikiyatriye sevkı yapılan ruhsal hastalıkları olan bireylerin sevkının en sık yapıldığı yerin aile hekimliği poliklinikleri olduğu görülmektedir. Bu da göstermektedir ki Aile hekimi ruhsal hastalıkları olan bireylerle ilk temas kuran hekim olabilir ve bunu etkin bir şekilde yönetebilmelidir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin geribildirimlerinde sahada karşılaştıkları bu alana yönelik vakaların yönetiminde eksik olan eğitimin giderilmesi için düzenlenmiş bir takım Birinci Basamak Ruh Sağlığı Entegrasyon programları olmuştur. Doğan bu ihtiyaçlar gösteriyor ki aile hekimleri bu alanın yönetiminde yetersiz kalmıştır. Bu kanılardan yola çıkarak çalışmamızda, İstanbul’daki eğitim ve araştırma hastanelerinde halen aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerini değerlendirmek, bu alanda edinmiş oldukları yeterliliklerini kendi değerlendirmelerinden yola çıkarak ortaya koymayı amaçladık. Buna göre;

- Aile hekimliği asistanları rotasyon sürecinde hem poliklinik hem servis çalışması yapmış olup, serviste daha uzun süreli çalışmışlardır.
- Aile hekimliği asistanları rotasyon sürecinde ağırlıklı olarak poliklinikte çalışmanın daha verimli olduğunu düşünmektedir. Fakat çalışmaya katılan asistanların ağırlıklı olarak çalıştıkları birimlere göre (servis- poliklinik), öz yeterlilik sorularına verdikleri cevapların ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre herhangi bir anlamlılık yoktur. Sonuç olarak çalıştıkları birimin rotasyon sonunda edindikleri yeterlilikleri anlamlı ölçüde etkilemediği görülmüştür.
- Aile hekimliği asistanları, anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu (anoreksiya, bulimia), deliryum belirtileri gösteren hastanın yönetiminde, öz yeterliliklerinin yeterli yönde olduğunu belirtti.
- Aile hekimliği asistanları, konversiyon-somatoform bozukluğu şüphesi olan hastanın yönetimi ve hafif depresyon, kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulama ve takibini yapıp gerekli durumda sevkini sağlamada öz yeterliliklerinin yetersiz yönde olduğunu belirtti.

- Aile hekimliği asistanlarının kendilerini en yeterli hissettikleri beceri psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmamak iken, en yetersiz hissettikleri beceri ise duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilerek rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilme olduğunu ifade etti.
- Aile hekimliği asistanları, uzmanlık eğitiminde aldıkları Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim ve süre yönünden yeterli bulmaktaydı. Asistan hekimlerin rotasyonun yeterliliği hakkındaki düşünceleri cinsiyet, asistanlıktaki kıdem yılı, uzmanlık öğrencisi türü ve rotasyon sırasında ağırlıklı olarak serviste veya poliklinikte çalışma gibi faktörlerden bağımsızdı.
- Aile hekimliği asistanlarından aldıkları ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyon eğitimini yeterli bulanların, öz yeterlilik sorularına verdikleri puanlar daha yüksek bulunmuş olup; özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, konversiyon- somatoform bozukluğu, psikoz belirtileri gösteren hastayı yönetmede, antidepresan ve antipsikotik ilaçların kullanımında rutin kontrollerin yapılmasında, tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallerde kendilerini daha yeterli hissetmektedirler.
- Aile hekimliği asistanlarından 3.yıl asistanlarının öz yeterlilik sorularına verdikleri puanlar 1. Yıl asistanlarına kıyasla daha yüksek bulunmuş olup, özellikle anksiyete bozukluğu, konversiyon-somatoform bozukluğu, depresyon, psikoz belirtileri olan hasta yönetiminde ve tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallerde kendilerini daha yeterli hissetmektedirler.

Sonucu toparlayacak olursak uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde amaçlanan, uzmanlık sahasına giren ilgili alanlarda bilgi ve kabiliyetlerini arttırmak, pratik ve teorik mesleki becerileri geliştirmek ve nihai olarak ise sahada yeterliliği sağlamaktır. Uzmanlık öğrencilerinin aile hekimliği için tanımlanan yeterlik ve kabiliyetleri edinmiş bir şekilde sahaya uzman hekim olarak gitmesi istenmektedir. Çalışmamız aile hekimliği asistanlarının almış oldukları uzmanlık eğitimi dahilindeki Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun genel hatlarıyla eksik kalmış veya yeterli gelen yönlerini saptamaktadır. İstanbul genelinde eğitim ve araştırma hastanelerinde halen daha aile hekimliği branşında uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler arasındaki yaygın görüş Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun yeterli olduğu yönündedir. Asistanların büyük çoğunluğu rotasyonda ağırlıklı olarak poliklinik çalışması yapmak ve farklı vakalar görmek istemektedir. Çıkan sonuçlar gösteriyor ki kendilerini bazı uygulamalarda yetersiz olarak hissetmektedirler.

Asistan karnesi ile rotasyonlarda öğrenilmesi hedeflenen yetkinliklerin değerlendirilmesi, eğitimde eksik kalan yönlerin belirlenip geribildirim ile bu eksikliklerin giderilmesi adına gereken adımların atılabileceği düşüncesindeyiz. Çalışmamızın uzmanlık öğrencilerinin ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonundan edinmeleri gerekli olan yeterlilikler açısından öğrenim ihtiyaçlarını belirleyerek çekirdek eğitim programının düzenlenmesine katkısı olacağını, ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonundan edinilmesi istenen bilgi ve becerilerin tekrar gözden geçirilip asistanların eğitimine yön verilmesine yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızın kuvvetli yönleri, Aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitimi sürecinde aldıkları Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşlerini ve bu alanda kendi yeterliliklerini değerlendiren ilk çalışma olmasıdır.

Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin bu rotasyondan kendi öz kazanımlarını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmiş olması ile de uygulamadaki yetersizlikler bariz şekilde görülebilmektedir. Çalışmamızın en büyük kısıtlılığı ise belirli bir şehirle sınırlı kalması ülke genelinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanları kapsamamasıdır. Bu nedenle sonuçlarımız ülke genelini yansıtmamaktadır.



7. KAYNAKÇA

1. TUKMOS TIPTA UZMANLIK KURULU MÜFREDAT OLUŞTURMA VE STANDART BELİRLEME SİSTEMİ AİLE HEKİMLİĞİ Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. 2019.
2. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Rotasyon Uygulamaları Hakkındaki 82 no' lu TUK Kararı. 21–23/06/2010 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Feb 20].
3. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. BİRİNCİ BASAMAKTA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ.
4. Hekimliği A, Klinikleri T, Med J. Dikici ve ark. 2007;
5. Bulut F, Murat Civaner M. Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!” Modern medicine is losing its humanistic essence: “Patients no more, but diseases” is the new motto now. 2016;3(2):66–73.
6. Peabody FW. Doctor and Patient: Papers on the Relationship of the Physician to Men and Institutions. eweb:430.
7. Peabody FW. THE CARE OF THE PATIENT. J Am Med Assoc [Internet]. 1927 Mar 19 [cited 2023 Mar 12];88(12):877–82.
8. Budapest MD, Berlin, Mane LRCPE. ILLNESS * MICHAEL BALINT. 1955.
9. Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. General practice Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. [cited 2023 Mar 13].
10. McWhinney IR. The importance of being different. 1996.
11. The Millis Commission report. . 1966;34(6):88–173.
12. The Future General Practitioner – Learning and Teaching [Internet]. 1972 [cited 2023 Mar 17].
13. The General Practitioner in Europe.
14. ALMA ATA BİLDİRİSİ (Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR [Internet]. 1978 [cited 2023 Mar 17].
15. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Catholic JH, Svab I. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
16. Aile T, Uzmanlık H, Yayınları D. AİLE HEKİMLİĞİ AVRUPA TANIMI WONCA AVRUPA 2005 Basım Türkçe Çevirisi. 2011;
17. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. BMJ. 2000 Feb 5;320(7231):354–7.
18. BALINT M. The doctor, his patient, and the illness. Lancet. 1955 Apr 2;268(6866):683–8.
19. McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. BMJ. 1998 Jun 13;316(7147):1807–9.
20. Dergisi İÜPAH, 2008 undefined. Türkiye’de aile hekimliği disiplininin gelişimi. researchgate.net [Internet]. [cited 2023 Apr 3]

21. Practice IMJ of G, 1996 undefined. The importance of being different: William Pickles Lecture 1996. repository.library.georgetown.edu [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
22. Primary İUTJ of FM and, 2008 undefined. Development of family medicine in Turkey. dergipark.org.tr [Internet]. 2008 [cited 2023 Apr 3];2.
23. Miletli. Dünyada Hekimliği Gelişimi ve Aile Hekimliği. 1997;
24. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. No: 1593. Resmî Gazete... - Google Akademik [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
25. Sayısı:1219 R.G. Tarihi:04.04.1928 R.G. Sayısı:863 Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
26. Ünlüoğlu İ, Bilge U. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. 2016;
27. Öner C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. 1947;
28. Hükümet tabibinin vazifeleri. sağlık dergisi. 1954;28(10):607–19.
29. Seyyar tabiplerin vazifeleri hakkında talimatname.
30. Etimesgut içtimai hıfzıssıhha numune dispanseri talimatnamesi.
31. AYDIN E. 19. YÜZYILDA OSMANLI SAĞLIK TEŞKİLATLANMASI. OTAM Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi [Internet]. 2004 Jul 1 [cited 2023 Apr 3];15(15):185–207.
32. Dirican, MR. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. 1970 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
33. Kasapoğlu A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Journal of Sociological Research. - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
34. Özşarı H. Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
35. Öztekin Z. Behçet Salih Uz’un sağlık planı. Sağlıkta Altın Yıllar. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. 2014 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
36. Sağlık Bakanlığı. ÖZEL HASTANELER YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK. Resmi gazete [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 3].
37. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. 1983. T.C. Resmî Gazete 18230, - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
38. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlık kurulları yönetmeliği. RG - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
39. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
40. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. 1985 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
41. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete 10705, 12.01.1961. - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
42. Çağlayaner H. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHİ KONUSUNDA BİR NOT. TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ. 1(1):59–61.

43. 2021 TAHUD- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Erişim adresi: - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
44. Progress Report: The National Commission on Community Health Services. Am J Public Health Nations Health. 1964 Jun;54(6):1007–1007.
45. Directive 1993/16 - 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 - EU monitor [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
46. 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 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
47. FRAMEWORK FOR PROFESSIONAL AND ADMINISTRATIVE DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDICINE IN EUROPE.
48. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
49. Gülden FB, Ungan M. Avrupa’da aile hekimliği. - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
50. Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkında Tüzük. 1947. T.C. Resmî Gazete 6680, - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
51. Çağlayaner H, Saatçi E. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarının adlandırılması. Türk Aile Hek Derg. 2007; - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
52. Ünlüoğlu İ, Bilge U. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. 2016;
53. Tababet İhtisas Nizamnamesi. 1956. T.C. Resmî Gazete 9212, - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
54. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. 1962. T.C. Resmî Gazete 11199 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
55. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. Aile Hekimliği Dergisi [Internet]. 1997 [cited 2023 Apr 3];1(1):343–54.
56. Başak O. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi nasıl olmalı? 6.6.2016 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
57. TAH-YK 2013. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çerçeve programı. - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
58. Özdemir K, Ungan M. Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri. Erişim adresi: - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
59. KARA İ. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi Nerede, Ne Kadar, Nasıl ve Ne Zaman? Konuralp Tıp Dergisi [Internet]. 2016 Mar 9 [cited 2023 Apr 3];8(1).
60. The nature of general medical practice. Med Educ. 1996 Sep;30(5):315–315.
61. Windak A. The European Journal of General Practice Who cares about continuity? 2014 [cited 2023 Apr 4].
62. The General Practitioner in Europe.

63. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı 2010. - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 3].
64. Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı 15.11.2017 - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
65. TAHUD. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı 2013,TAHUD [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 28].
66. who.int, Brundtland 2000). - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
67. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. BİRİNCİ BASAMAKTA RUH SAĞLIğI HİZMETLERİ.
68. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağliğı. Çev.Edi. Önce S, Bozkaya Ç. Ankara, T.C. Sağlık - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
69. Maç ÇE, Öztürk GZ. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağliğı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
70. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2007;
71. Algın K, şahin İ, Top M. Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
72. (AAFP policies on health issues: Mental health care... - Google Scholar [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
73. (geocities.com, Gruje 2002, Lecruiber 2001, Clarke ve ark. 2003, un.org.tr) - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
74. KÜEY L, KÜLTÜR S, GİRĞİN G. BİRİNCİ BASAMAKTA RUHSAL SAĞLIK VE BOZUKLUKLAR. Kriz Dergisi. 1994;205–8.
75. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
76. UĞURLU M, SOYDAL T. TÜRKİYE’DE RUH SAĞLIğI HİZMETLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE ENTEGRASYONU: BİRİNCİ BASAMAKTA RUH SAĞLIğI EĞTİM PROGRAMI. Kriz Dergisi [Internet]. 2004 Mar 1 [cited 2023 Mar 29];12(1):41–5.
77. TEZCAN H, şAşMAZ T, KURT AÖ, SAATÇİ E, BUĞDAYCI R, YILDIRIM F. Kent merkezinde bulunan bir sağlık ocağına 2000 yılı içinde yapılan poliklinik başvurularının incelenmesi. Sağlık ve Toplum [Internet]. 2002 [cited 2023 Mar 28];12(1):51–6.
78. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve diğ. Türkiye Ruh Sağliğı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 1998) - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
79. Birgül E. Aile hekimliğinin görevleri. Ed. Haluk Çağlayaner İstanbul, İletişim Yayıncılık - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
80. Ward E, King M, Lloyd M ve diğ. Randomised Controlled Trial Of Non-Directive Counselling, Cognitive-Behaviour Therapy, And Usual General Practitioner Care Forpatients With Depression - Google Search [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
81. Türkiye Ruh Sağliğı Profili Raporu (1998) | PDF [Internet]. [cited 2023 Apr 4].
82. Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi [Internet]. [cited 2023 Apr 4].

83. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003 Apr;37(2):236–9.
84. Özer C, Dağdeviren N, Melih Şahin E, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Bire bir Eğitim.
85. DÜŞÜNÜR A, ÇERÇİ S. Kamu hastanelerinde çalışan sorumlu hekimlerin problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Mar 31];8(1):21–8.



8.1. EK-2: ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ROTASYONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE ÖZ YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımcı, Bu anket "Aile Hekimliği asistanlarının Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu hakkındaki görüşleri ve öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi" adlı çalışma için oluşturulmuştur. Bu çalışmadaki amacımız İstanbul SBÜ eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda verilen eğitim hakkındaki görüşlerini ve öz yeterliliklerini değerlendirmektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kişisel bilgileriniz üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır. Anket 4 bölümden oluşmakta ve yaklaşık beş (5) dakika sürmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Asistan Dr. Sümeyra Poyrazoğlu
Prof.Dr.Sadık Sami Hatipoğlu

*** Gerekli**

1.Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?*** Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.**

Evet
Hayır

2.Cinsiyet*****

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Kadın
Erkek

3.Yaşınız*****

4.Uzmanlık öğrencisi türü*
Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

AHU
SAHU

5.Asistanlıkta kaçınıcı yılınız* Yalnızca bir
şıkkı işaretleyiniz.

AHU 0-1 YIL SAHU 0-2 YIL
AHU 1-2 YIL SAHU 2-4 YIL
AHU 2-3 YIL SAHU 4-6 YIL

KlinikYetkinlikler

Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler 1-5 arası 5 puanlık likert ölçeğinden oluşan anket ile sorgulanmaktadır.. Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

6.Anksiyete bozukluğu belirtileri gösteren hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7.Konversiyon - Somatoform bozukluğu şüphesi olan hastayı tanıyıp gerekli durumda sevk edebilirim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

8.Depresyon belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (homicid-suicid düşünceleri , bipolarite riski) hakimim ve aktif olarak homicid-suicid girişim riskini saptamam halinde acil sevkini sağlarım* *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

9.Psikoz belirtileri gösteren hastada sorgulamam gereken hususlara (ajitasyon ,homicid suicid fikirleri , çevreye tehlikelilik) hakimim ve belirtileri gösteren hastanın gerekli durumda sevkini yapabilirim* *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

10.Duygu durum düzenleyici ilaçların yan etkilerini bilir ve rutin kontrollerini (lityum kullanımında böbrek fonksiyon testi ve tiroid fonksiyon testi ,sodyum valproat kullanımında karaciğer fonksiyon testi, lamictal kullanımında vücut döküntüleri) yapabilirim* *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11.Antidepresan ilaçların kullanımı halinde karaciğer fonksiyon testini rutin kontrollere dahil ederim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. Antipsikotik ilaçların kullanımı halinde ekstrapiramidal yan etki olup olmadığı ,karaciğer fonksiyon testi ,böbrek fonksiyon testi, kolesterol takibi ve kilo takibini rutin kontrollere dahil ederim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. Yeme bozukluğu belirtileri olan hastayı tanıyıp sınıflandırabilirim (anoreksiya ,bulimia) ve genel durum bozukluğu durumunda sevk edebilirim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

GİRİŞİMSEL/GİRİŞİMSELOLMAYANYETKİNLİKLER

Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda edinilmesi hedeflenen girişimsel/girişimsel olmayan yetkinlikler 1-5 arası 5 puanlık likert ölçeğinden oluşan anket ile sorgulanmaktadır.. Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

14. Psikiyatrik görüşme sırasında hastayı iyice dinlemeden ve öğrenmeden onun hayatı ile ilgili yorum yapmam*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15.Psikiyatrik görüşme sırasında “Niçin?” sorusu hastaya davranışının nedenini açıklamaya, kendinde hata arandığını düşünüp savunmaya zorlayabileceği için çok gerekmedikçe kullanmam*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

16.Tek hekim raporu düzenlenmesi gereken hallere(akli meleke raporu, ehliyet belgesi , av tüfeği ruhsatı) hakimim ve gerekli hallerde (öfke-dürtü kontrol sorunu ,unutkanlık, alkol madde kullanım bozukluğu) hastanın psikiyatriye sevkini yapabilirim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

17.Deliryum belirtileri gösteren hastayı tanıyıp (yer-yön oryantasyonu sorgulama, bilinç düzey değerlendirme) yönlendirmesini acil olarak yapabilirim*

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

18.Gerekli bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında hafif depresyon ,kaygı bozukluğu, basit organik nedenli olmayan insomniada başlangıç tedavisi uygulayabilirim ve takibini yapıp gerekli durumda psikiyatriye sevkini sağlarım* *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ROTASYONU HAKKINDA GÖRÜŞ

19.Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonunu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

Evet
Hayır

20.Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

Evet
Hayır

21.Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce ruh sağlığı hastalıkları eğitim süresi ne kadar olmalıdır?

22.Ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonu sırasında ağırlıklı olarak serviste mi çalıştınız poliklinikte mi ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Servis
Poliklinik

23.Ruh saęlıęı ve hastalıkları rotasyonu sırasında serviste veya poliklinikte çalıřmanın hangisinin daha verimli olduęunu dűřűnűyorsunuz ?

Yalnızca bir şıkkı şşaretleyin.

Servis

Poliklinik

24.Ruh saęlıęı ve hastalıkları rotasyonu eęitiminin daha iyi olması için ek űnerileriniz veya gűrűřleriniz var mı?







