



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**PSİKİYATRİ ROTASYONU ALAN VE ALMAYAN TAM ZAMANLI VE**  
**SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN HEKİMLERİNDE**  
**PSİKİYATRİK HASTAYA YAKLAşIMDA Z YETERLİLİĞİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Göknur ERTÜRK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL, 2023**





**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**PSİKİYATRİ ROTASYONU ALAN VE ALMAYAN TAM ZAMANLI VE  
SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN HEKİMLERİNDE  
PSİKİYATRİK HASTAYA YAKLAşIMDA Z YETERLİLİĞİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Göknur ERTÜRK**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Reşat Dabak**

**Yardımcı Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen Batmaz**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL, 2023**

## TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca gerek güçlü karakterini, gerek yol gösterici kişiliğini ve yüksek insanlığını kendime örnek aldđım, donanımlı hekimler olabilmemiz için çabalayan, her daim varlığını yanımda hissettiğim kıymetli, saygıdeğer hocam tez danışmanım klinik Őefimiz Prof. Dr. ReŐat Dabak'a

Tez yazma sürecimin en baŐından itibaren her baŐım sıkıŐtıđında beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, üzerimde desteğini her daim hissettiğim kıymetli uzmanlarım Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen Batmaz'a ve Uzm. Dr. Sündüs Görükmez'e

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, tez sürecinde desteklerini üzerimden esirgemeyen sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Mustafa Karapolat'a , Dr.Merve Yıldırım'a, Dr. Halit Özyay'a, Dr. Elif Yivli'ye

Hayattaki en büyük Őansım, maddi manevi desteklerini üzerimden eksik etmeyen, güçlü duruŐuyla beni ŐaŐırtan ve kendine hayran bırakan canım annem Aynur Ertürk'e, aldđım bütün kararları destekleyen beni her daim cesaretlendiren, çalıŐkanlıđına ve kendini sürekli geliŐtirmesine gıpta ettiğim kıymetli abim Arif Mete Ertürk'e,

Sonsuz teŐekkürlerimle...

İstanbul,2023  
Dr. Göknur Ertürk

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1 Tıp Tarihi.....	4
2.2 Aile Hekimliğinin Tanımı .....	5
2.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Temel Standartlar.....	7
2.3.1. Birinci Basamak Yönetimi .....	8
2.3.2 Kişi Merkezli Bakım.....	8
2.3.3. Özgün Problem Çözme Becerisi.....	8
2.3.4. Kapsamlı Yaklaşım.....	9
2.3.5 Toplum Yönelimli Olma.....	9
2.3.6 Bütüncül Yaklaşım .....	10
2.4. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi .....	12
2.5. Türkiyede Aile Hekimliğinin Tarihçesi .....	14
2.6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyonlar .....	16
2.7. Psikiyatri Rotasyonunda Hedeflenen Klinik ve Girişimsel Yetkinlikler .....	17
2.8. Birinci Basamakta Psikiyatri Rotasyonunun Önemi .....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1.Etik Kurul Onayı ve İzinler .....	21
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	21
3.3.Araştırmaya Dahil Olabilme Ölçütleri .....	21
3.4.Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	21
3.5.Araştırmanın Tipi .....	21
3.6.Veri Toplama Aracı ve Yöntemi .....	21

3.6.1.Sosyodemografik Bilgi Formu .....	22
3.6.2.Rotasyon Değerlendirme Formu.....	22
3.7.Verilerin Analizi .....	22
3.8.Araştırmanın Bütçesi .....	23
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIşMA .....</b>	<b>33</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>37</b>
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>39</b>



## KISALTMALAR

- A** Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilmek
- AAFP** Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (Amerikan Academy of Family Physicians)
- AB** Avrupa Birliği
- ABD** Ana Bilim Dalı
- ABFM** American Board of Family Medicine
- AHUD** Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
- B** Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumlarda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edecek bilgiye sahip olmak
- BK** Birleşik Krallık
- CFPS** Contracted Family Practise Specialist
- DSÖ** Dünya Sağlık Örgütü
- EAH** Eğitim Araştırma Hastanesi
- ETT** Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilmek
- EEC** Avrupa Ekonomi Birliği
- E-ASM** Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
- FPS** Family practise specialist
- GA** Güven aralığı
- K** Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyi
- RCPT** Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji
- SAHU** Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
- T** Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme

- TAHUD** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- TT** Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe ihtiyaç duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme
- TUCMOS** Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi
- TUK** Tıpta Uzmanlık Kurulu
- TUS** Tıpta Uzmanlık Sınavı
- UDHR** İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (Universal Declaration of Human Rights)
- UEMO** Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (European Union of General Practitioners)
- URSEP** Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
- YK** Yüksek ğretim Kurulu
- YY** Yüzyıl
- WONCA** Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birlikleri'nin Dünya rgt (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Psikiyatri Rotasyonunda Kazanılması Gereken Klinik Yetkinlikler <sup>23</sup> .....	18
<b>Tablo 2:</b> Psikiyatri Rotasyonunda Kazanılması Gereken Girişimsel/Girişimsel Olmayan Yetkinlikler <sup>23</sup> .....	18
<b>Tablo 3:</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	24
<b>Tablo 4:</b> Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi .....	24
<b>Tablo 5:</b> Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu ile ilgili düşünceleri .....	25
<b>Tablo 6:</b> Katılımcılara göre en uygun Psikiyatri rotasyon süreleri .....	25
<b>Tablo 7:</b> Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları-1* .....	26
<b>Tablo 8:</b> Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları-2* .....	27
<b>Tablo 9:</b> Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi-1 .....	28
<b>Tablo 10:</b> Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi-2 .....	29
<b>Tablo 11:</b> Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi.....	29
<b>Tablo 12:</b> Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 13:</b> Katılımcıların Psikiyatri rotasyon durumları, düşünceleri ile Psikiyatri klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 14:</b> Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri rotasyonunu yeterli bulma durumları .....	31
<b>Tablo 15:</b> Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri rotasyon süresini yeterli bulma durumları.....	32
<b>Tablo 16:</b> Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....	32

## ÇİZELGELER LİSTESİ

- Çizelge 1:** Aile Hekimliği Temel Yetenekler ve Aile Hekimliği Disiplinleri/WONCA Ağacı<sup>33</sup> ..... 7
- Çizelge 2:** TUCMOS' un Yeterlilik Üçgeni (Yedi Temel Yetkinlik Alanı ) ..... 10



## ÖZET

**Amaç:** DSÖ sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ‘‘ içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarının farkına varması’’ olarak ifade etmektedir. Aile hekimi esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu; bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunan, bunu yaparken de her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyan, aile hekimliği disiplinleri çerçevesinde eğitilmiş uzman hekimlerdir. Aile hekimliği kendine özgü eğitim içeriği 2001 yılında Avrupa Konseyi’nde alınan kararla 3 yıl olarak belirlendi. Bu 3 yıllık eğitimin 18 ayı rotasyonlarda geçmekte olup rotasyonlar Aile Hekimliği’nde üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde sahada karşılaşılan vakalar açısından hastayı tanıma, hastaya doğru teşhis koyma ve tedavi uygulamada önemli yer edinmektedir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul iline bağlı eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi sırasında alınan 2 aylık psikiyatri rotasyonu alan ve almayan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde öz yeterliliğin değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntemler:** İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversiteleri’ne bağlı eğitim araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi gören tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencileri için hazırlanmış olan anket soruları yöneltilmiştir. Anket sonucu elde edilen veriler istatistiksel olarak paylaşılmıştır. Bu çalışmada evren İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi’ne bağlı eğitim araştırma hastanelerinde görev alan 1648 aile hekimliği uzmanlık öğrencisidir. Çalışmanın örneklemini ise 312 aile hekimi uzmanlık öğrencisi oluşturmaktadır. Normal dağılım Kolmogonov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza 312 aile hekimi asistanı katılmıştır. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %61,54’ü kadın, %75,81’i AHU idi.%43,41’i AHU olanlar için son yıl, SAHU için son iki yıl içerisindeydi. Katılımcıların yaş ortalaması 30,13±4,52 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası Psikiyatri rotasyonunu hem eğitim yönünden hem de eğitim süresi açısından yeterli bulmaktadır. Çalışmaya katılan asistan hekimlere göre olması gereken Psikiyatri rotasyon süresi ortalama

3,39±1,08 ay olarak saptanmıştır. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları öz yeterlilik puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda en yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Anksiyete bozukluğu olan hastayı tanıyabilirim.”, “Depresyonu olan hastaya doğru tanı koyabilirim.” ve “Anksiyete bozukluğu olan hastayı gerektiğinde sevk edebilirim.” maddelerinden alındı. Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler puan ortalaması 3,48±0,80 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile Psikiyatri rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik puanları değerlendirilmiştir. Uzmanlık türü SAHU olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Asistanlık süreleri değerlendirildiğinde tüm gruplar arasında anlamlı fark saptanırken süre arttıkça puan ortalamaları artmaktadır ( $p<0,01$ ). Asistan hekimlerden Psikiyatri rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Asistan hekimlerden SAHU olanlar, AHU olanlara kıyasla daha yüksek oranda Psikiyatri rotasyonunu eğitim olarak yeterli bulmuştur ( $p<0,01$ ).

**Sonuç:** Çalışmaya katılan aile hekimi asistan hekimlerimizin yarısından fazlası Psikiyatri rotasyonunu eğitim ve süre açısından yeterli görmektedirler. Toplumda depresyon, anksiyete bozukluğu gibi sık görülen, hem kişinin hem toplumun yaşamını etkileyen bu bozuklukların tedavisinin doğru şekilde yapılması önemlidir. TUKMOS’ un Psikiyatri rotasyonu için belirledikleri çekirdek müfredat yeterli olup, eğitim kalitesinin daha da iyileştirilmesi açısından önerilere dikkat edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Aile hekimliği, Psikiyatri rotasyonu, Öz yeterlilik, AHU, SAHU

## ABSTRACT

**Purpose:** WHO defines health-related quality of life as ‘the awareness of individuals’ positions in life in terms of their goals, expectations, standards and concerns in the context of the culture and value system in which they live’. Family physicians are mainly responsible for providing comprehensive and continuous medical care for the individuals who are seeking medical care without discriminating gender age and disease; family physicians are specialists who are trained within the framework of the discipline of family practice and they provide service to individuals within their own family, society and cultural context and while doing so, they shall always respect the independent personality of the patient. The specific educational content of family practice was determined as 3 years with the decision taken in the Council of Europe in 2001. 18 months of this 3-year training are spent in rotations, and rotations take an important place in Family Practice in terms of getting to know the patient, making the correct diagnosis to the patient and applying treatment in terms of cases encountered in the field at universities and educational and research hospitals. Our aim in this study is to evaluate the self-efficacy of the 2-month psychiatry rotation we received during our specialty training in training and research hospitals in Istanbul province; family practice specialty students who received and did not receive the rotation.

**Materials and methods:** The survey questions prepared for all family practice specialty students who are undergoing specialty training at educational and research hospitals affiliated with Istanbul Health Sciences Universities will be asked. The data obtained as a result of the survey will be shared statistically. It was calculated with 312 participants according to the sample sizes calculated from 1648 family practice specialists working in training and research hospitals affiliated to Istanbul University of Health Sciences. The Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate the normal distribution.

**Findings:** 312 family physician assistants participated in our study. Of the assistant physicians participating in the study, 61.54% were female and 75.81% were FPS.43.41% of them were in the last year for those with FPS, and in the last two

years for CFPS. The average age of the participants was calculated as  $30.13 \pm 4.52$ . More than half of the participants found the psychiatric rotation sufficient both in terms of training and in terms of training time. According to the assistant physicians participating in the study, the average psychiatric rotation period was found to be  $3.39 \pm 1.08$  months. After the evaluation of the average score of the participants for the articles related to clinical core competencies aimed to be acquired in the psychiatry rotation of the Family practice core education curriculum, the highest points were scored for the articles, in order, "I can differentiate the patients with anxiety disorder.", "I can make the correct diagnosis to the patient with depression." and "I can refer the patient with anxiety disorder if necessary.". The average score of the participants for the clinical core competencies aimed to be acquired in the Psychiatry rotation of the Family practice core education curriculum was calculated as  $3.48 \pm 0.80$ . The gender, specialty student type and duration of residency of the assistant physicians included in the study, and the clinical basic competence scores targeted in the psychiatry rotation were evaluated. The score of those who had a specialty type of CFPS was found to be statistically significantly higher ( $p < 0.05$ ). When the duration of the assistantship was evaluated, a significant difference was found between all groups, the average score increased as the duration increased ( $p < 0.01$ ). The clinical basic competencies score of the assistant physicians who completed the psychiatry rotation and found the education and training period sufficient was found to be statistically significantly higher ( $p < 0.05$ ). Among the assistant physicians, those who had CFPS found a higher rate of psychiatric rotation sufficient as education compared to those who had FPS ( $p < 0.01$ ).

**Result:** More than half of our family physician assistants participating in the study consider psychiatry rotation sufficient in terms of training and duration. It is important that the treatment of these disorders, which are common in society, such as depression and anxiety disorders, affecting the life of both the person and society, is carried out correctly. The core curriculum determined by TUKMOS for psychiatry rotation is sufficient, and the recommendations should be paid attention to in terms of further improving the quality of education.

**Keywords:** Family Practice (FP), Psychiatry rotation, Self-efficacy, Family Practice Specialist (FPS), Contracted Family Practice Specialist (CFPS)



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kavramı yüzyıllar içerisinde pek çok kez tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'na göre (1948) "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde olma hali" olarak tanımlanmıştır.<sup>1 2</sup> Bu tanım zaman içerisinde tartışmalara yol açmıştır. En son olarak DSÖ tarafından "Bir bireyin veya grubun özlemlerini gerçekleştirme, ihtiyaçları karşılama ve çevreyi değiştirme veya değiştirme becerisi" olarak yeniden tanımlanmıştır.<sup>3</sup> İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (UDHR) ve DSÖ sağlığı bütün bireylerin temel haklarından saymıştır.<sup>4</sup> Sağlık çerçevesinde şekillenen sağlıklı yaşam ise, bireylerin yaşadıkları toplumu ve kültürel özelliklerini benimseyip kaliteli bir yaşam oluşturma çabası olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı bir yaşamda kişiler anatomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan tam ve bütünlük halinde hissetmeli, toplumsal görevlerini yerine getirebilme becerisine sahip olmalıdır. Sağlıklı yaşama biyomedikosozyal olarak bakıldığında; bireylerin dünyaya gelmeden önceki süreci de kapsadığı, yaşam boyu onları koruduğu, sağlık alanında her konuda onları desteklediği, gerektiğinde onları yönlendirdiği görülür.<sup>5</sup>

Tıp tarihi milattan önce antik çağlarda ortaya çıkmıştır.<sup>6</sup> Tıp insanlarda ve hayvanlarda sağlığı inceleyerek onlarda hastalığa neden olan sebepleri ortaya çıkarmıştır, bu sebepleri anlayabilmek ve çözebilmek adına tıpta spesifikleşme başlamıştır, anatomi gelişmiştir ve mikroskop (1673) keşfedilmiştir.<sup>7</sup> Milattan sonra 20. Yüzyıl (yy) ortalarında ise antibiyotik bulunarak tıp, tarih boyunca gelişimini sürdürmeye devam etmiştir.<sup>8</sup> Bu değişim ve gelişim son zamanlarda sadece hastalığın teşhisi, tedavisi ve iyileştirilmesi olarak kalmayıp; sağlıklı bir toplum inşası için ekonomik, fiziksel, iklimsel şartlar değiştiğinde de bireyin bu durumlarla başa çıkma kabiliyetinin artırılmasını ve kişinin iç dengesini korumayı amaçlamıştır.<sup>9</sup>

Aile hekimliği; bireyin yaşamının her alanında onun sağlığını koruyan ve geliştiren uzmanlık alanıdır.<sup>10</sup> Birey anne karnındayken aile hekimi tarafından takipli hale gelir. Aile hekimi; annenin ve bebeğinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından gerekli takipleri yapan, lohusanın ve bebeğin sağlığını

koruyan onlara aynı zamanda gerekli desteği sağlayan bir uzmanlık dalıdır.<sup>11</sup> Bebek; çocuk olduğunda, ergen olduğunda ve bir birey haline geldiğinde takiplerini yapan, bu takipler devam ederken; dil, din, inanç, ırk, yaş, meslek ve sosyoekonomik seviye ayrımı gözetmeyen bir uzmanlık dalıdır.<sup>12</sup> Yani her birey oluştuğunda daha anne karnındayken aile hekimine sahip olur ve her bireyin sahip olduğu temel sağlık hakkına aile hekimi sayesinde sahip olur.<sup>13</sup> Böylece aile hekimi uzmanı; daha ilk doğduğu andan itibaren her birey için koruyucu, destekleyici, bilgilendirici, tedavi edici ve gerektiğinde ilgili branşlara yönlendirici rolüne bürünmüş olur.<sup>14</sup>

Aile hekimliği eğitimi; bu açıdan bakıldığında aile hekimi uzmanının donanımlı olmasının önemini göz önüne sermektedir. Bu donanımın kapsamlı ve yeterli olarak sağlanması ise aile hekiminin uzmanlık süresi boyunca aldığı eğitimin kalitesine ve süresine dikkat çekmektedir.<sup>15</sup> Bu eğitim süresinin yeterliliği, ilgili konu içerikleri ve eğitim süresi Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi(TUKMOS) tarafından oluşturulmaktadır.<sup>10</sup>

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; uzmanlık öğrencisine, klinik bilgi ve tecrübe katarak, güncel bilgilere erişim imkanı sağlamaktadır. Bunlara ek olarak; ekip ruhu oluşturmak, acil durum yönetebilmek, öğrenmek, gelişmek, bilgili olmak, aynı zamanda gidecekleri yerlerde birim amiri olabilmek gibi pek çok vasfı aynı anda kazandırmayı amaçlamıştır. Bunları sağlarken de aile hekimliği temel prensiplerini göz ardı etmemiştir.<sup>16</sup>

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girip tercih yapmakla ve Yüksek Öğretim Kurulu(YÖK) tarafından bir eğitim kurumuna yerleştirilmekle başlamaktadır.<sup>11</sup> Asistanlık eğitimi toplam süresi Tıpta Uzmanlık Kurulu( TUK) tarafından 36 ay olup bu sürenin 18 ayı<sup>10</sup> dış rotasyonlarda geçmektedir.<sup>17</sup> Ayrıca asistan hekimlerin tercihlerine göre farklı anabilim dallarında da kısa süreli (toplamda en çok 4 ay) rotasyonlar temin edilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi maksimum 12 ay uzatılmaktadır.<sup>18</sup>

Aile Hekimliği'nin rotasyon süresi 18 aydır. Bu süre; 4 ay İç Hastalıkları, 4 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1 ay Acil Tıp, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay Deri ve Zührevi

Hastalıkları, 1 ay Kardiyoloji, 1 ay seçmeli (Nöroloji, Fiziksel Tıp ve Rehalibitasyon, Genel Cerrahi ) rotasyonlarından oluşmaktadır.<sup>10</sup>

Psikiyatri; bireyin akıl ve ruh sağlığını anlayıp, korumayı amaçlayan bilim dalıdır.<sup>19</sup> Bu bilim dalı alanında uzmanlaşan hekimler tarafından sağlanmaktadır. Psikiyatrik hastaların belirlenmesi; bariz bir şekilde olabileceği gibi, daha hafif seyreden fakat işlevsel bozukluğu olan hastaları da fark edilip, diğer tıp dallarıyla işbirliği sağlanmasına bağlıdır.<sup>20</sup> Hastanın hastalığının düzeyine bağlı olarak ayaktan ve yatarak tedavi sağlanmaktadır. Psikiyatride ilaç tedavisi ve psikoterapi temel tedavi biçimleri olup, yeni tedavi şekilleri de denenmektedir.<sup>20</sup>

TUKMOS'un aile hekimleri uzmanlık öğrencileri için psikiyatri rotasyonuna ayırdıkları süre 2 aydır.<sup>10</sup> Bu rotasyonda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin öncelikle, sıfatlarına bakılmaksızın bireyin ve toplumun ruh sağlığını anlama, koruma, destek sağlama ve geliştirmesi amaçlanmıştır. Üç şekilde halkın ruh sağlığı korunmaktadır; birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül korumadır. Birincil korumada hastalık önlenmeye çalışılır, ikincil korumada erken tanı sağlanır, üçüncül korumada ise bireyin en az hasarla topluma karışması sağlanır.<sup>21</sup>

Hastayla göz göze gelindiği ilk andan itibaren hekim hasta hakkında bir fikir edinir. Hekim ilk bakışta psikolojik durumunu değerlendirme becerisine sahiptir.<sup>22</sup> Bu rotasyonla birlikte hekime klinik olarak hastanın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluğu, depresyon, psikoz, yeme bozukluğu, duygudurum değişikliği yönetimi; girişimsel/girişimsel olmayan yetkinliklerden psikiyatrik görüşme yapabilme ve mental durum değerlendirmesi yapabilme yeteneği kazandırılması amaçlanmıştır.<sup>23</sup>

Bu araştırma TUK'un belirlediği müfredata göre psikiyatri rotasyonu sonunda aile hekimlerinin yukarıdaki konulara hakim olabilme konusunda öz yeterliliğin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Tıp Tarihi

Tıp bilimi sağlık dallarının birleşimiyle oluşan kapsayıcı bir terimdir. Tıp bitkisel ve hayvansal kaynakların şifa veren unsurlar olarak kullanılmasına bağlı ortaya çıkmıştır. Mısır, Çin, Yunanistan, Hindistan, İnan gibi ülkeler bu tarihin temelini oluşturmaktadır. Bu ülkelerde tıbbın dayandığı ana unsurlar büyük oranda farklılık göstermektedir.<sup>24</sup>

Dünya üzerinde hastalar ve hastalıkların artması genel olarak tıp tarihini başlatmış olup, bu temeller ilk olarak Çin, Mısır, Babil ve Hindistan'da atılmıştır.<sup>6</sup> Hastalar ve hastalıklara yaklaşım toplumlarında farklı yöntemlerle yapılmaktaydı. Modern anlamda tıbbın temeli Hindistan'da atılmıştır. Böylece tanı, prognoz, tedavi gibi terimler ortaya çıkmıştır. Diğer uygarlıklarda büyü, kabile gibi yaklaşımlar sergilenirken, Hindistan'da ilk hastane temelleri atılmıştır. M.Ö. 5. Yüzyılda Antik Yunan'da tarihin ilk tıp okulu Knidos'ta açılmıştır.<sup>6</sup> Avrupa'da henüz ilkel tıp dönemi hüküm sürerken, Anadolu'da Selçuklular Dönemi'nde bilimsellik hüküm sürmekteydi.<sup>6</sup>

Dünyada tıba karşı ilginin artması tıp alanındaki gelişmelerin hızlanmasına sebep olmuştur. Bu sebepler birkaç nedenle açıklanmaktadır. Bunlardan ilkinin; dünya genelinde sırtını teorilere yaslamış olmaktan çıkıp pozitif bilimlere hızlıca bir geçiş sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İkincisinin; Sanayi Devrimi'yle birlikte felsefe, tarih, din gibi çeşitli bilimlerin farklı tarihsel metotlara dayanarak gelişmeye başladığı düşünülmektedir. Bu durum ülkelerin birbirlerine üstünlüklerine karşılaştırmak için kullanılan alanlar olarak boy göstermiştir. Bu sebeple; XIX. yy.de tıp tarihinde önemli olayların yaşandığı hızlı bir gelişim vuku bulmuştur.<sup>25</sup>

Dünyada tıp eğitiminin ilerlemesine farklı olaylar sebep olmuştur. Eğitimin farklılaşmasındaki en önemli olay ise Abraham Flexner'in hazırladığı rapordur (1910). Bu rapor tüm dünyada ses getirmiş olup, eğitimin içeriği değerlendirilirken dikkate alınan bir kalite standardı haline gelmiştir. O dönemde Hitler'in işgali altında

bulunan Almanya'dan kaçan bilim adamları da ABD'de tıbbın gelişmesini sağlamışlardır.<sup>26</sup>

Modern tıbbın temeli ilk kez 18. yy sonlarında oluşmaya başlamıştır. Oluşum ilk olarak Birleşik Krallık (BK) ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde başlamıştır. Modern tıp bilimi kullandığı metotlar sebebiyle çeşitli evrimlerden geçmiştir. Son zamanlarda yapılan tanımlamalarla temelini kanıta dayalı olarak sabitlemiştir. Kanıta dayalı tıbbın unsurlarını meta-analiz ve kontrollü randomize deneyler sağlamaktadır. Bu bağlamda çeşitli protokoller öne sürülmüş olup bu protokoller de kullandığı tekniklerin kısıtlılığı sebebiyle yapılan eleştirilerden nasibini almıştır.<sup>24</sup>

Tıp biliminin uygulayıcısına eskiden tabip, hekim, şifacı gibi kelimeler addedilmiştir. Şimdi ise tıp bilimi uygulayıcısına yeni tabirle doktor denilmektedir. Doktorlar kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı kalmasına vesile olan kişilerdir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğün korunması için ise odyoloji, psikolog, diyetisyen, hemşire, eczacı, fizyoterapi gibi çeşitli bilim dallarıyla iş birliği içindedir.<sup>24</sup>

Tıp bilimi; klinik ve temel bilimler olarak sınıflandırılmıştır.<sup>27</sup> Eğitim tıp fakültesinin ilk üç yılı temel bilimler ağırlıklı olmaktadır; son üç yıl klinik bilimler ağırlıklı devam etmektedir. Toplamda altı senelik eğitimle iyi tanı koyabilen, iyi tedavi edebilen, iletişim becerileri gelişmiş hekimler yetiştirilmesi hedeflenmektedir.<sup>28</sup>

## **2.2 Aile Hekimliğinin Tanımı**

Aile Hekimliği tanımı ilk kez (1977) Leeuwenhorst<sup>29</sup> tarafından yapılmıştır. O'na göre aile hekimi; yaş, cinsiyet, hastalık farkı gözetmeyen, ailelere ve belirli bir topluluğa şahsi, birinci basamak ve devamlı bakımı sürdüren diplomalı tıp hekimidir. Hekim bu hizmeti ister hastanede ister bir klinikte isterse hastanın evinde temin edebilir. Hekimin gayesi hastalığı erken teşhis etmek; kronik hastalığı olan, terminal dönemde olan ve yaşlı olan hastaların tıbbi bakım sorumluluklarını yerine getirmektir. Hekim bu amacı doğrultusunda; hastanın fiziksel, sosyal, ruhsal

durumlarını da göz önünde tutar.<sup>12</sup> Aile hekimi aynı zamanda hastasını hangi konuda, hangi durumlarda ve ne zaman eğiteceğini bilen topluma karşı bu mesleki sorumlulukları hisseden kişidir.<sup>30</sup>

WONCA (2011) Aile Hekimini; ” Tıbbi bakım ihtiyacı olan kişilere çok yönlü bakım desteği sağlayan ve bunu yaparken de gerektiğinde diğer personellerinin desteğini alan, onları organize eden kişi” olarak tanımlamıştır. Diğer sağlık personelleri kişilerde yaş, cinsiyet, tedavi edilecek bölge ayrımı yaparken, aile hekimliği bütün herkesi bu ayrımları yapmaksızın ilk karşılayan kişilerdir. Aile hekimi kişinin diline, dinine, ırkına, yaşına, cinsiyetine bakmaz, herkesin bakımını kapsar.<sup>31</sup>

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’na göre; Aile Hekimi bireye özel koruyucu sağlık hizmetleri veren, hastalıklarına yönelik teşhis, tedaviyi sağlayan ve bu hizmetleri belirlediği mekanda yapan gerektiğinde uygun gördüğü ölçüde ev ziyareti yapan tam gün yasasına göre çalışan uzman hekim ya da pratisyen hekimdir.<sup>15</sup>

TAHUD Aile Hekimliği tanımını diğer tanımlamalara benzer olarak ve daha kapsamlı yapmıştır. Bu tanımlamada Aile Hekimi; kişinin oluşumundan ölümüne kadar geçen sürede kişinin sağlığını koruyan, geliştiren; bireye tanı koyan, bireyi tedavi eden ve bütün bu süreci yönetme kabiliyetini; çağdaş, nitelikli ve tıp etiği kuralları çerçevesinde kanıta dayalı olarak yapan uzman kişi olarak açıklamıştır.<sup>15</sup>

TUKMOS’un tanımıyla aile hekimliği; kişi, aile toplum esenliğine fayda sağlamak amacıyla çocukluk, adölesanlık, yetişkinlik ve yaşlılık gibi yaşamın tüm evrelerinde; devamlılık içinde cinsiyet, semptom, hastalık farkı gözetmeksizin sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık problemlerinin birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna ilişkin tıp etiği ilkeleri ile ahenk içinde yenilikçi, kaliteli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceriyi gerektiren bir uzmanlık dalıdır.<sup>11</sup>

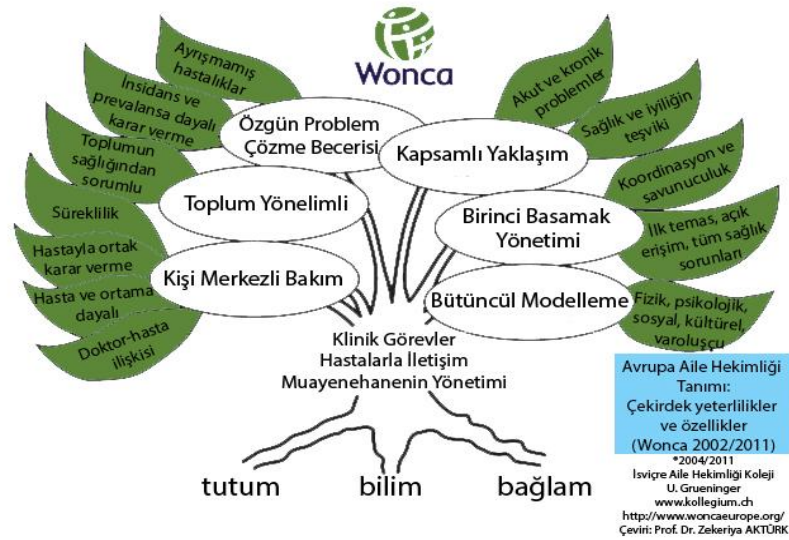
Aile hekimliğinin; farklı kişiler, kurum ve kuruluşlar tarafından tanımlaması yapılmıştır.<sup>13</sup> Yapılan tanımlamalarda benzer işler farklı cümlelerle ifade edilerek

aile hekimliğinin önemine vurgu yapılmıştır. Aile hekimliği yapılan tanımlamalara ek olarak; kişilere devamlı sağlık hizmeti sunan, bebeklerin ve çocukların belirli zamanlarda izlemlerini yapan, gebelerin ve lohusaların takiplerini sağlayan, aile planlaması konusunda kişileri bilgilendiren ve onlara uygun olanı seçmelerini sağlayan, aşı hakkında bilgilendiren<sup>32</sup>, kanser taramaları konusunda bilgilendiren ve erken tanı konulmasını hedefleyen<sup>33</sup>, kişilere evlilik, işe giriş, sürücü raporları veren, bu raporları verirken kişiler hakkında detaylı araştırmayı yapıp gerekli tetkik ve istemleri yapacak bilgiye sahip olan ve uygun gördüğü takdirde onları ilgili uzmanlık dalına sevk eden, diyabet, tansiyon, tiroit vb. hastalıkları tanıma, tedavi etme, tedavi sürecini yönetebilme ve gerektiğinde ilgili uzmanlık alanına sevk etme konusunda yetkin bilgisi olan uzmanlık dalıdır.<sup>34</sup>

### 2.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Temel Standartlar

WONCA'nın tanımıyla Aile Hekimliği; kendine has eğitim muhtevası, araştırması ve kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak eğilimli bir uzmanlık dalıdır. WONCA, aile hekimliğine kılavuz olarak 6 temel çekirdek özellik, 12 disiplin ve ek 3 ana unsur belirlemiştir. Temel özellikler bütün aile hekimlerinin sahip olması gereken özellikler olup; bu temel özellikleri 12 disiplinle yetkinleştirir ve 3 ek ana unsurla onları donanımlı, çevreyle uyumlu hale getirir.<sup>33</sup>

Çizelge 1: Aile Hekimliği Temel Yetenekler ve Aile Hekimliği Disiplinleri/WONCA Ağacı<sup>33</sup>



### **2.3.1. Birinci Basamak Yönetimi**

Birinci basamak yönetiminde aile hekimi;

-Hastanın ilk başvurduğu, erişiminin en kolay olduğu, hastalıktan çok hastayı önemseyen, hastanın her türlü sağlık sorununda başvurduğu,<sup>35</sup>

-Hastanın ilk başvurduğu yer olması niteliğiyle hasta sağlık sorunuyla alakalı nereye yönlendirilmesi gerektiğini bilir, böylece hem zaman kaybından hem mali açıdan, hem ruhsal sağlık açısından yıpratıcı bir süreç yaşamaz,<sup>35</sup>

-Kolay erişim olması, hastanın ait olduğu bir aile hekiminin olduğunu bilmesi hastayı ruhsal açıdan başta olmak üzere, maddi açıdan da rahatlatır.<sup>35</sup>

-Hastanın sevki gerekiyorsa bunu hastaneyle, doktorla ve diğer sağlık personelleriyle işbirliği içerisinde gerçekleştiren, sevkinden sonra da hastayla alakalı bilgi alış-verişinin devam ettiği koordinasyon gerektiren bir birimdir.<sup>35</sup>

### **2.3.2 Kişi Merkezli Bakım**

Aile hekimi;

-Kişinin yaşadığı çevre, kültür göz önünde bulundurularak,<sup>35</sup>

-Hastanın bireysel özelliklerini göz önünde bulundurularak sağlıklı bir hasta-hekim ilişki oluşturularak<sup>35</sup>

-Hastalarla onların her türlü sağlık sorunu hakkında,<sup>35</sup>

-Hasta merkezli onun istekleri doğrultusunda birlikte karar verebilme disipliniyle hareket eder.<sup>35</sup>

### **2.3.3. Özgün Problem Çözme Becerisi**

Özgün problem çözme becerisi;

-Hastaya doğru tanı koymak hasta odaya girdiği andan itibaren inspeksiyonla başlar,<sup>35</sup>

-Hastalığın insidans ve prevalans oranlarını göz önünde bulundurarak doğru anamnez almak %70 tanı koydurur,<sup>35</sup>

-Hastaya doğru sorular sormak gereksiz laboratuvar tetkikinin de önüne geçer,<sup>35</sup>

-Eğer laboratuvar tetkiki istenecekse hastanın hastalıklarını da göz önünde bulundurarak basamaklı bir şekilde tetkik isteme yeteneğine dayanır.<sup>35</sup>

#### **2.3.4. Kapsamlı Yaklaşım**

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi kapsamlı yaklaşımı; ‘‘ Devamlı, kapsamlı bakım destek uygulaması, bir hastanın çok sayıda bedensel, psikolojik sağlık problemlerini, aile, yaşam olayları, toplum ve çevre ilişkisi içinde kesitsel bir zaman diliminde eş zamanlı olarak önleme ve idare etmektir.’’ olarak tanımlamıştır.<sup>36</sup>

Kapsamlı yaklaşım;

-Hastalar belirli şikayetlerle hekime başvururlar ve teşhis alırlar, doktor hastayı dinleyip, muayene ettikten ve belirli laboratuvar tetkiklerini yaptıktan sonra akut veya kronik hastalık teşhisi koyar,<sup>35</sup>

-Hekim kronik hastalığı olanların hastalıklarını göz önünde bulundurarak akut ve kronik durumlarını yönetir,<sup>35</sup>

-Hastaların sağlığını korur, yeni sağlık sorunlarının oluşmasını engeller, mevcut sağlık problemini iyileştirir, rehabilitasyon gerektiren durumları yönetir ve koordine eder.<sup>35</sup>

#### **2.3.5 Toplum Yönelimli Olma**

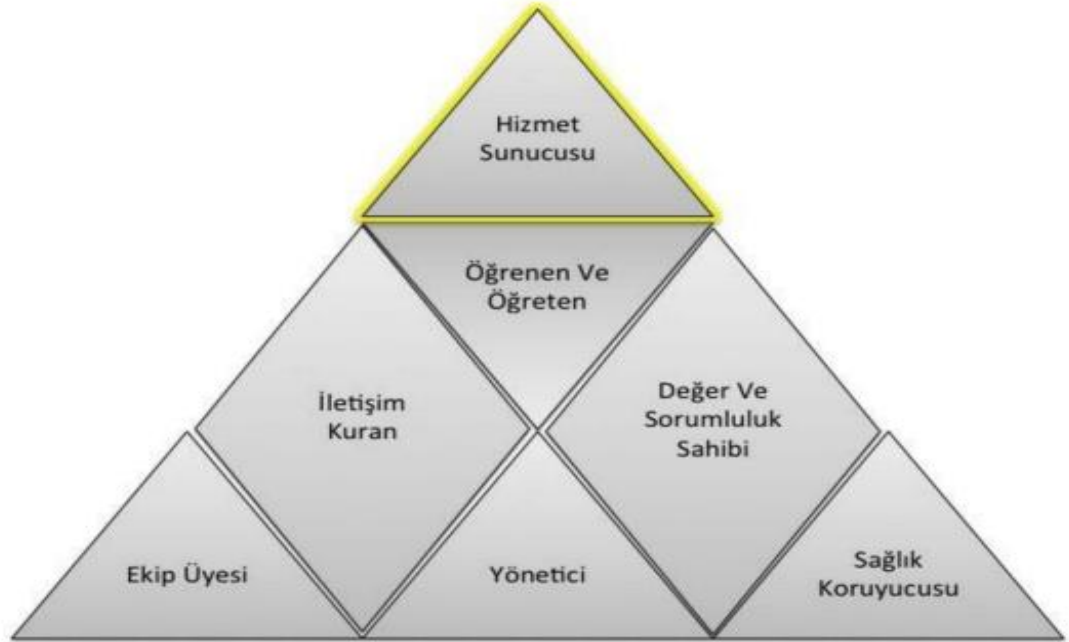
-Hekim birincil ve ikincil korumada elindeki kaynakları doğru zamanda, doğru şekilde kullanarak toplumun sağlığını korumayı hedefler.<sup>35</sup>

### 2.3.6 Bütüncül Yaklaşım

-Hekim; bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşçu özellikleri dikkate alarak kişiyi bir bütün içerisinde değerlendirir.<sup>35</sup>

Sonuç olarak hekim bu temel çekirdek ve disiplinleri kendine katarak bunların doğrultusunda kendi bağlamları, içinde bulunduğu ortamı anlama, kendini etik kurallar ışığında çağdaş güncel ve kanıta dayalı bilgilerle çevresini ve kendisini bir denge içerisinde tutar.<sup>37</sup>

Çizelge 2: TUCMOS' un Yeterlilik Üçgeni (Yedi Temel Yetkinlik Alanı )



TUCMOS' a göre ise aile hekiminin kazanması gereken temel yetkinlikler 7 tanedir.<sup>38</sup>

Yetkinlik bir işte olgun olmak şeklinde tanımlanabilir.<sup>39</sup> Bu yetkinlikler zamanla öğrenilerek, gözlem yapılarak, bilgi paylaşımlarında bulunarak kazanılabilir. 7 Temel yetkinlik klinik ve girişimsel yetkinliklerden bahseder.<sup>10</sup>

**Klinik yetkinlikler için kullanılan kısaltmalar ve terimler eğitim karnesinde de yer aldığı şekilde:<sup>38</sup>**

**B:** hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma düzeyini ifade eder.

**T:** Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme düzeyini ifade eder.

**TT:** Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir gereksinime ihtiyaç duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme düzeyini ifade eder.

**ETT:** Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilmeyi ifade eder.

**A:** Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme düzeyini ifade eder.

**K:** Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyini ifade eder.

**Girişimsel yetkinlikler 4 seviyede tanımlanır:<sup>38</sup>**

**1:** Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme düzeyini ifade eder.

**2:** Acil bir durumda kılavuz veya yönerge eşliğinde, gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme düzeyini ifade eder.

**3:** Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

**4:** Karmaşık olsun veya olmasın her türlü olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

## 2.4. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile hekimliği, kendine has eğitimi olan, kanıta dayalı, araştırmacı, kliniği olan birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.<sup>40</sup> Aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasıdır. Aile hekimliğine başvuran herkesin açık, sınırsız bir erişim hakkı vardır. Aile hekimliği bu açıdan elindeki verileri tasarrufla kullanarak kaliteli, hızlı ve koordineli bir sistem oluşmasını da kolaylaştırır.<sup>40</sup>

Aile hekimi, bireyi sadece sistemlerden oluşan bir organizma olarak görmez, onu çevresiyle bir bütün halinde görüp, değerlendirir.<sup>41</sup>

Aile hekimliği Avrupa'dan Amerika'ya dönen hekimlerin cerrah olmak istemediklerini fark etmesiyle 18.yy.de doğmuş olduğu kabul edilmektedir. O dönemde İngiltere'de de benzer etkileşimler yaşanmıştır. Cerrah olmak istemeyen hekimlerin sayısı giderek artmıştır. Böylece ilk kez 19.yy.de Lancet tarafından "genel pratisyenlik" kavramı telaffuz edilmiştir.<sup>11</sup>

20.yy başlarına kadar "Hasta yoktur, hastalık vardır" görüşü hakimdi. İç hastalıkları uzmanı olan Francis Peabody tıpta aşırı spesifikleşme olduğu konusunda 1923 yılında tüm dünyayı uyarmıştı. Peabody aşırı uzmanlaşma durumunda hastaların ortada kaldığını, sağlık sisteminin aşırı parçalandığını belirtti. Peabody bunun yerine hastaları bir bütün olarak değerlendirecek, kapsamlı bir şekilde inceleyecek bir tıp dalı olması gerektiğini savundu.<sup>34</sup> O dönemde Peabody'nin bu görüşü pek ciddiye alınmadı. 1950'lere kadar tıpta uzmanlaşma devam etti.<sup>11</sup>

İngiltere'de 1947 yılında aile hekimliği/genel pratisyenlik uygulamaları başladı.<sup>11</sup> İngiltere'de 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur.<sup>40</sup> Tıbbın seyrini etkileyenler 1960 yılında birinci basamağın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına karar vermiştir.<sup>11</sup> Buna yönelik adımlar 1966 yılında atılmıştır, birer ay arayla iki rapor yayımlanmıştır. İlki Millis Raporu, ikincisi ise Willard Komitesidir. Bu iki rapor da Amerikan Tıp Birliği'ne aittir. Bu raporlarla "Aile Hekimliği" uzmanlık olarak sayılmıştır.<sup>11</sup> Akabinde Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice-ABFM) 1969'da kurulmuştur.<sup>35</sup>

Hollanda’da gerçekleştirilen ‘‘Avrupa Aile Hekimliği Eğitimi’’ toplantısında 1974 yılında Leeuwenhorst Aile Hekimliği tanımını yapmıştır. Aile Hekimliği’ni diğer uzmanlık dallarından ayırarak görev tanımından da bahsetmiştir. Bu tanım sonrasında yapılacak olan Aile Hekimliği tanımlarının da temelini oluşturmuştur.<sup>40</sup> 1974’e kadar Kanada, Almanya gibi ülkelerde Aile Hekimliği birimleri oluşmaya başlamıştır. 1974’ten sonra ise Aile Hekimliği tüm dünyada kabul görmüştür.<sup>11</sup> 1976 yılında ilk kez Hannover Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı açılmıştır.<sup>34</sup> 1978 yılında ‘‘Alma Ata Konferansı’nda’’ modern tıbbın gelişimiyle ‘‘2000 yılında Herkese Sağlık’’ sloganıyla yeni bir döneme geçilmesi amaçlanmıştır.<sup>11</sup> Bütün ülkeler sağlık politikalarını bu çerçevede gözden geçirip yeniden yapılandırmaya gitmişlerdir.<sup>11</sup>

WONCA ve WHO 1994 yılında Kanada’da ortak bir konferans düzenlemiştir. Konferansta aile hekimliğinin tanımı ve birinci basamağın geliştirilmesi gerekliliği konuları ele alınmıştır. WHO ve WONCA konferansta alınan kararlara imza atmışlardır. Bu konferansta herkese eşit sağlık hakkı, uygun maliyet, her hastanın yaşadığı sağlık sorununda ilk ulaşım merkezinin aile hekimi olması, aile hekimlerinin hastaya bütüncül yaklaşması gibi konular hakkında görüşler bildirilmiştir<sup>11</sup>.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979’da İspanya’da, 1985’de İtalya ve Norveç’te, 1986’da Yunanistan’da, 1987’de Portekiz’de, 1990’da Fransa’da başlamıştır, 1994’te Almanya’da zorunlu hale getirilmiştir.<sup>34</sup>

Aile hekimlerinin eğitim süresi 3 yıl olarak belirlendikten sonra bu sürenin 18 ayı en son 2019’da yapılan düzenlemeyle rotasyonlara ayrılmıştır.<sup>10</sup> Aile hekimliğinde rotasyonların içeriği, süresi, eğitim şekli asistan hekimlerin WONCA’nın 6 temel çekirdek özelliğini ( 1: Birinci basamak yönetimi, 2: Kişi merkezli bakım, 3: Toplum yönelimli olma, 4: Kapsamlı yaklaşım, 5: Özgül sorun çözme becerileri, 6: Bütüncül yaklaşım) kazanmaları açısından etkilidir.<sup>11</sup> Bu araştırmada ilk temas noktası olan aile hekimliğinin hastaları tanıma, tedavi etme, yönlendirme aşamalarının sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için eğitimlerinin ne kadar önemli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca psikiyatri rotasyonuna yönelik öz

yeterlilik değerlendirmesi, SAHU ve AHU'lara uygulanan anket çalışmasıyla belirtilmiştir.

## 2.5. Türkiyede Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Cumhuriyet Dönemi'nde ülkemizin ileri görüşlü lideri Atatürk'ün tüm dünyada yaşanan gelişmeleri takip etmesi ve yaşanılan yenilikleri ülkemize getirmesiyle ülkemizi her alanda birkaç adım ne taşımiştır.<sup>25</sup> Yenilikçi ve ağdaş olan Atatürk tıp alanındaki gelişmeleri yakından takip etmek üzere seçtiği bilim adamlarını yurtdişına gözlem amaçlı göndermiştir. 4 Mart 1925' te Refik Saydam'ın göreve başlamasıyla tıp alanında ağdaş gelişmelerin olduğu bir dönem yaşanmiştır. Bu dönemde ilk tıp fakültesi açılmıştır ve akabinde yenileri açılmaya devam etmiştir.

26

Kurtuluş Savaşı Dönemi'nde salgın hastalıklar artmaya başlamış. İlk olarak enfeksiyon hastalıklarına are aranmıştır. Tedavi gerektiren hastalıklara şifa arama çabası asıl olarak bu hastalıkları nleme fikrini doğurmuştur. Birincil koruma; hasta olmayan kişilerde sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıklara sebep olabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak demek olup, bunu geliştirmenin yollarını aramışlardır.<sup>36</sup> Bu bağlamda 224 sayılı yasa (1961) ile birinci basamak geliştirilmeye çalışılmıştır. Yeterli sayı ve kalitede uzman hekim olmamasından ötürü bu yasa birinci basamak geliştirilmesinde yetersiz kalmıştır.<sup>42</sup>

Tarihte tüm dünyada aile hekimliği ve onunla paralel ilerleyen birincil basamak sağlık hizmetinin gelişimini etkileyen 4 önemli olay vardır. Hepsi aile hekimliği gelişimi açısından büyük atılımlar olarak değerlendirilip tüm gidişata yön veren gelişmelerdir. Kronolojik olarak bakıldığında; Leuwenhorst 1974'te aile hekimliği tanımı ve aile hekimliğinin gerekliliğinden bahsetmiştir, Alma Ata Konferansı 1978'de Aile Hekimliğinin kendine özgü eğitim içeriğinden ve halka hizmet sunumu olarak tanımlamasından bahsetmiştir, Avrupa Konseyi 1986-1993-2001'de Aile Hekimliği eğitim içeriğinden bahsetmiştir, WHO ve WONCA ise 1994'te Aile Hekimliği politikasını geliştirmeye yönelik içerikten bahsederek Aile Hekimliği ve birinci basamağın gelişiminin önemini vurgulamış ve aile hekimliğinin ilerlemesine büyük katkı sağlamışlardır.<sup>42</sup>

Ülkemizde 224<sup>43</sup> sayılı sağlık politikasının sağlık tekelinin sosyalleştirilmesinden bahseder. Alma Ata Konferansı'ndan önce çıkartılan yasa gerekli alt zemini hazırlamaması sebebiyle pratikte yetersiz kalmış, başarısızlığa uğramıştır. Sağlık kaynaklarının eksik oluşu, ekipman desteğinin sağlanamaması, eğitim ve araştırma hastanelerinde ilgili bölümün olmayışı, eğitim verecek hocaların az olması, eğitim içeriğinin belirlenememesi bu sonuca sebebiyet vermiştir. <sup>44</sup>

Aile hekimi uzmanlığı ülkemizde ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde<sup>45</sup> resmi olarak yer almıştır. İlk kez 1984 yılında Gazi Üniversitesi'nde<sup>42</sup> Aile Hekimliği Kliniği açılmıştır. Akabinde İstanbul ve İzmir illerinde de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde Aile Hekimliği Klinikleri açılarak sayıları giderek artmıştır. Para kazanma amacı olmadan belirli bir gaye için bir topluluk oluşturmaları ise 1990 yılında gerçekleşmiş olup, bu derneğe Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD)<sup>41</sup> adını vermişlerdir. AHUD tabiri 1998 yılında bakanlık kararıyla Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD)<sup>41</sup> olarak güncellenmiştir. Üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulması YÖK tarafından 12547 sayılı kararla<sup>43</sup> gerçekleştirilmiştir. Karar 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde faaliyete geçirilmiştir. Üniversitede anabilim dalının açılırken aynı dönem içinde sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde de 10 tane daha anabilim dalı kliniği açılmıştır. Aile hekimleri mesleksi olarak örgütlenmeye başlamıştır. İlk toplantı 25-27 Kasım 1993 tarihinde "I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" adıyla İstanbul'da AHUD tarafından gerçekleştirildi.<sup>41</sup> Bu toplantıda ilk kez asistan hekimler ve hocalar bir araya gelmiştir. Sırasıyla peş peşe çok sayıda aile hekimlerine ait dernekler kurulmuştur. <sup>43 44</sup>

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) öncü derneklerden biri olup çekirdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatını oluşturmuştur. <sup>43</sup>

TAHUD Aile Hekimleri'nin ilk örgütlenmesi olup, WONCA'da Türkiye'yi temsil etme hakkı elde etmiştir. 2001 yılında Türkiye'den bir aile hekimi uzmanı WONCA Yönetim Kurulu'nda yönetim kadrosunda olma şansını yakalamıştır. 2003 yılında TAHUD'la birlikte Türkiye'nin, WONCA'ya tam üyeliği tamamlanmıştır. <sup>11</sup>

Aile hekimliği pilot uygulamasına dair kanun 6 Temmuz 2005 tarihinde 25665<sup>34</sup> sayılı kararla ‘‘Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’’ çıkarılmıştır. İlk pilot il Düzce seçilmiştir. 15 Eylül 2005 tarihinde yönetmenlik hayata geçirilmiştir. Bu süre içerisinde eğitim faaliyetlerine hız verilmiş olup, asistan sayısının artırılması hızlandırılmıştır. Aile hekimliği 2010 yılında tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır.<sup>46</sup>

## **2.6. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyonlar**

Aile Hekimliği Kliniği 1985’te kurulduğunda eğitim süresi 36 ay olarak belirlendi. Bu 36 ayın hepsi rotasyonlarda geçirilmekteydi. 1985’te Aile Hekimliği esas hocası olmaması nedeniyle, eğitim sorumluları rotasyon hocalarıydı. 2000’li yıllarda üniversiteler Aile Hekimliği Klinikleri’nde kendine özgü eğitim muhtevasını oluşturdular. 2004 yılında kurulan Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) daha önceki çalışmaları bir göz ardı etmeden 2007’de ulusal eğitim içeriğini oluşturdular.<sup>15</sup>

Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) 2007’de oluşmaya başlamıştır.<sup>47</sup> TUK diğer uzmanlık dalları için oluşturduğu gibi Aile Hekimleri’ne de ‘‘Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu’’ çalışmalarıyla eğitim içeriğini oluşturmuştur. TUKMOS her yıl ocak ayında Antalya’da toplanıp eğitim ile ilgili kararlar oluşturmaktan sorumludur. İlk toplantıları 2010 yılında yapılmıştır. Bu toplantıda zorunlu rotasyonlar ve süreleri kararlaştırılmış olup, TUK’a sunulmuştur.<sup>15</sup>

TUK’un değerlendirdiği eğitimin amacı Aile Hekimleri’ni donanımlı hale getirmek, Aile Hekimleri’nin güncel bilgiye erişimini sağlamak, sahada karşılaşacakları acil durumları yönetebilmek, acil durumlara müdahale edebilmek, akut ve kronik hastalıkları tanıyabilmek ve yönetebilmek, idari amir dahil yönetici pozisyonuna hekimleri hazırlıklı hale getirmektir.<sup>38</sup> Asistan hekim bu bilgilere gittiği rotasyonlardan, klinik deneyimlerden, kendi hocasından, eğitim hayatı süresince devam eden derslerden ve kendi çalışma arkadaşlarından erişmektedir. Bu bakımdan aile hekimi rotasyonları önem arz etmektedir.<sup>42</sup>

Eğitim süresinin tamamı<sup>45</sup> 2010 yılına kadar rotasyonlardan oluşmaktayken yine aynı sene içerisinde alınan kararla bu rotasyon süresi 18 ay olarak belirlenmiştir.<sup>15</sup> 18 ay rotasyon programı ise 02.11.2017 tarihinde TUKMOS tarafından řu şekilde belirlenmiştir:

-4 ay İç Hastalıkları

-4 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

-3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum

-2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

-1 ay Acil Tıp

-1 ay Göğüs Hastalıkları

-1 ay Kardiyoloji

1 ay seçmeli (Nöroloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Genel Cerrahi)<sup>10</sup>

## **2.7. Psikiyatri Rotasyonunda Hedeflenen Klinik ve Girişimsel Yetkinlikler**

Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre aile hekimliğinde psikiyatri rotasyonuna ayrılan süre 2 aydır. 2 aylık sürenin 1 ayı poliklinikte 1 ayı serviste geçmektedir.<sup>10</sup>

Bu rotasyonun amacı birey, aile ve toplum sağlığını geliştirebilecek, toplumda sık karşılaşılan psikiyatrik yakınmalara tanı koyabilecek, morbiditesi yüksek olan hastalıkları yönetip gerekirse sevk edebilecek, acil durumlara müdahale edebilecek yetkinliğe sahip olacak şekilde asistan hekimin eğitimini TUKMOS'un belirlediği müfredat doğrultusunda şekillendirmek ve geliştirmektir.<sup>37</sup>

**Tablo 1:** Psikiyatri Rotasyonunda Kazanılması Gereken Klinik Yetkinlikler <sup>23</sup>

YETKİNLİK	DÜZEY
Anksiyete Bozukluğu Olan Hasta Yönetimi	TT, A, K
Somatoform Bozukluğu Olan Hasta Yönetimi	TT, A, K
Depresyonu Olan Hasta Yönetimi	TT, A, K
Psikozu Olan Hasta Yönetimi	T, A
Yeme Bozukluğu Olan Hasta Yönetimi	TT, K
Duygudurum Değişikliği Yönetimi	TT, K

**Tablo 2:** Psikiyatri Rotasyonunda Kazanılması Gereken Girişimsel/Girişimsel Olmayan Yetkinlikler <sup>23</sup>

YETKİNLİK	DÜZEY
Psikiyatrik Görüşme Yapabilme	4
Mental Durum Değerlendirmesi Yapabilme	4

## 2.8. Birinci Basamakta Psikiyatri Rotasyonunun Önemi

Avrupa’da çalışan nüfusta ruh sağlığı hastalıkları görülme oranı %30-60 aralığında bulunmaktadır, Türkiye’de ise bu oran 18 yaş üzerinde bu oranı %17.2dir.<sup>48</sup>

WHO Ruh Sağlığı Politikasını toplumsal ruh halini iyileştiren, ruhsal bozuklukların toplumsal yükünü azaltan değerler ve amaçlar bütünü olarak tanımlamıştır. <sup>49</sup> Çağdaş tıp görüşünde; birey fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bir denge halinde olmalıdır. Kişinin vücut sistemlerinin dengeli çalışması fiziksel, yaşadığı sorunlara karşı verdiği tepkiler ruhsal, çevreyle olan ilişkisi ise sosyal dengesini yansıtmaktadır. Bu açıdan birey bütün bu hallerde dengedeysse topluma ve kendisine katkı sağlayabilir. Bu dengelerden birinin bozulması ruh sağlığının bozulmasına sebep olmakta ve bu dengesizlikten toplum da etkilenmektedir. Bütün bunlar ruh sağlığının kişisel ve toplumsal önemine dikkat çekmektedir.<sup>50</sup>

Toplumda en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak belirlenmiştir. Depresyon en sık görülen psikiyatrik rahatsızlık

olup sayısının toplumda 300 milyonu aştığı tahmin edilmektedir. Depresyondan sonra anksiyete bozuklukları da sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. 264 milyondan fazla insan anksiyete bozukluğu yaşamaktadır. Birçok insanın komorbid hastalığının olması yaygın görülen psikiyatrik bozukluğa yakalanmasına sebep olmaktadır. Bu bozukluklar stres, korku, üzüntü sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bunlar toplumda kolaylıkla fark edilip, tanısı konulan hastalıklardır.<sup>51</sup>

Toplumda kronik hastalıkların varlığı depresyona sebebiyet vermektedir. Toplumsal, genetik ve çevresel faktörler de ruhsal hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır. Kişilerin sosyoekonomik düzeyi, barınma ihtiyacı, beslenme ihtiyacı, düşük gelir, ekonomik istikrarsızlık kişinin ruhsal hastalıklara yatkınlığını artıran diğer sebeplerdir.<sup>19</sup>

Dünya genelinde psikiyatri alanında tedavi değişikliği şekline gidilmiştir. Yatarak tedavi gören hasta sayısı azaltılması amaçlanmıştır; bu hastaların toplum içerisinde izlenmesi ve ayaktan tedavi görmeleri benimsenmiştir. Bu amaçla yatarak tedavi veren çoğu kurum sayısı azaltılmıştır. Yatarak tedavide Türkiye’de hasta oranı %0,013 olarak kayıt edilmiştir. Türkiye’de 100.000 kişiye 1 psikiyatrist düşmektedir. Bu oran hastalıkların tedavisinde yetersiz kalmaktadır.<sup>52</sup>

Fiziksel, sosyal değişiklikler ölçülebilir nitelikteyken ruhsal sorunların somut olarak gösterilememesi ruh sağlığına verilen önemin geri planda kalmasına sebep olmuştur.<sup>53</sup> Ruhsal hastalıklar bireysel, ailesel ve toplumsal; sosyal, ekonomik, fiziksel kayıplara sebep olduğundan bu konuda ulusal olarak düzenlemeye gidilmiştir.<sup>49</sup>

URSEP ‘‘Ulusal Ruh Sağlığı Metni’’ esas alınarak hazırlanmış bir programdır. Bu program bireyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirip, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde diğer ruh sağlığı koruma bölümleriyle birlikte gelişimini amaçlamıştır. Böylelikle toplum temelli ruh sağlığı planı hayata geçirilip, birey toplum içerisinde takip edilerek bireyin sağlığı geliştirilmesi amaçlanmaktadır.<sup>49</sup>

Türkiye 2006 yılında ‘‘Ulusal Ruh Sağlığı Metni’’ni 2011 yılında ise ‘‘Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’’nı yayınlamıştır.<sup>20</sup> Bu metne göre hastane kaynaklı modelden toplum kaynaklı modele geçilmesi amaçlanmıştır. Bireyin yaşadığı sorunların üstesinden gelmesi ve yitirdikleri toplumsal rollerini yeniden kazanabilmeleri için URSEP oluşturulmuş olup, URSEP politikalarının uygulanması desteklenmektedir.<sup>49</sup>

Aile hekimlerine başvuruda en sık gözlemlenen hastalık depresyondur.<sup>54</sup> Depresyonun prevalansı %10 dur.<sup>54</sup> Depresyonun en sık gözlemlenen hastalıklar arasında olacağı tahmin edilmektedir. Çeşitli önleme çalışmaları, kamu spotları yapılmasına rağmen depresyon tedavisinde hala istenilen başarı sağlanamamıştır. Dünyada sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olan depresyon, anksiyete bozukluğu gibi hastalıkların kronikleşmesi, maliyeti artırması, erken teşhis ve tedavi edilmediği takdirde dirençli hale gelebilmesi riski açısından bu hastalıkların birinci olarak başvurdukları aile hekimliğinde tanı koyulup, tedavi verilmesi ve yönetilmesi açısından önemlidir.<sup>55</sup>

Aile hekimlerine sık başvuru sebebi olan depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalıklarının tedavisi için tıp fakültelerinin eğitimi yetersiz kalmaktadır. Buna sekonder olarak uzmanlık eğitimi sırasında alınan psikiyatri rotasyonunun önemi ise artmaktadır.<sup>56</sup>

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Etik Kurul Onayı ve İzinler**

Çalışmaya başlanmadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 14.09.2022 tarihinde 172-2022 karar numarası ile alınan belgem ektedir. (Ek-2).

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu çalışma İstanbul'da bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı EAH'lerinde görev yapan Aile Hekimliği ABD'de çalışan Psikiyatri Rotasyonu alan ve almayan tam zamanlı ve sözleşmeli asistan hekimlere sosyal medya ortamından ulaşılarak, gönüllülük esasına dayalı anket yapılarak 01/10/2022-30/10/2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır. (Ek-1)

#### **3.3.Araştırmaya Dahil Olabilme Ölçütleri**

İstanbul'da aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, verileri tam dolduran katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.4.Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri**

İstanbul'da aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmayan ve ya gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ayrıca verileri 18 yaş altı katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.5.Araştırmanın Tipi**

Tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel

#### **3.6.Veriler Toplama Aracı ve Yöntemi**

Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmaya katılan asistan hekimlere dair sosyodemografik özellikler, ikinci ve üçüncü bölümde TUKMOS'un belirlediği çekirdek eğitim müfredatı konuları yer almaktadır. Çalışmaya başlamadan

önce anket Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi doktorlarına gönderilmiş olup, anketin doğruluğu kontrol edilmiştir. Bu kontrol çalışmadan elde edilen veriler ankete dahil edilmemiştir.

Ankete başlamadan önce asistanlar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların kimlik bilgileri anonimdir. Çalışmamız için hazırlanan anket formları internet ortamından paylaşım sağlanarak dağıtılmıştır.

### **3.6.1.Sosyodemografik Bilgi Formu**

Ankete katılanlar bölüm birde; cinsiyet, yaş, uzmanlık türü, asistanlık yılı, psikiyatri rotasyonu alıp almadığını bilgilerine yer verilmiştir.

### **3.6.2.Rotasyon Değerlendirme Formu**

Bu bölümde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Karnesinde yer alan konuların Klinik Yeterlilik-Girişimsel/Girişimsel Olmayan Yetkinliklerin konu başlıklarının yer aldığı soruları Likert Ölçeği'ne göre birden beşe kadar cevapları; bölüm üçte ise; Psikiyatri rotasyonu hakkında görüş ve önerilerin sunulduğu alanı doldurarak ankete katılım sağlamışlardır. Anket formu ekte sunulmuştur. ( Ek-1)

### **3.7.Verilerin Analizi**

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Sayısal değişkenler iki grupta Student t Test ve ikiden fazla gruplarda One-Way ANOVA (Post Hoc: LSD) ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare Test kullanıldı. Çalışmada sayısal değişkenler arasındaki korelasyon Spearman korelasyon analizi ile test edildi.  $p<0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.

### **3.8.Araştırmanın Bütçesi**

Araştırma giderleri için herhangi bir kurum veya kuruluştan destek alınmamıştır. Araştırma giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

### **3.9.Araştırmanın Kısıtlılığı**

Çalışmada kullanılan anket formu sadece İstanbul'da bulunan Aile Hekimi Uzmanlık Öğrencileri'ne uygulanmıştır. Çalışma sonucu Türkiye genelini yansıtmamaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar objektif değildir. Herkesin anket çalışması uygularken karşılaştığı sorunlarla karşılaşmıştır. Asistan hekimlerin öz yeterliliği değerlendirildiğinden sorulan sorular herhangi bir konuda bilgi düzeyini yansıtmamaktadır.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %61,54 ü kadın, %75,81'i AHU idi. %43,41'i AHU olanlar için son yıl, SAHU için son iki yıl içerisindeydi.

**Tablo 3:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	192	61,54
	<b>Erkek</b>	120	38,46
<b>Uzmanlık öğrencisi türü</b>	<b>AHU</b>	235	75,81
	<b>SAHU</b>	75	24,19
	<b>AHU 0-1, SAHU 0-2 yıl</b>	78	25,08
<b>Asistanlık süresi</b>	<b>AHU 1-2, SAHU 2-4 yıl</b>	98	31,51
	<b>AHU 2-3, SAHU 4-6 yıl</b>	135	43,41

Katılımcıların yaş ortalaması  $30,13 \pm 4,52$  olarak hesaplandı. 219,243 ve 284. Kişiler uzmanlık öğrencisi türü sorusunu boş bırakmışlardır.

**Tablo 4:** Katılımcıların yaşlarının istatistiksel değerlendirilmesi

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	Std. Sapma
<b>Yaş</b>	24	53	29	30,13	4,52

Katılımcıların yarısından fazlası Psikiyatri rotasyonunu hem eğitim yönünden hem de eğitim süresi açısından yeterli bulmaktaydı.

**Tablo 5:** Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu ile ilgili düşünceleri

		N	%
<b>Psikiyatri rotasyonu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?</b>	<b>Evet</b>	197	62,94
	<b>Hayır</b>	116	37,06
<b>Psikiyatri rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?</b>	<b>Evet</b>	260	83,07
	<b>Hayır</b>	53	16,93

Çalışmaya katılan asistan hekimlere göre olması gereken Psikiyatri rotasyon süre ortalaması  $3,39 \pm 1,08$  ay olarak saptandı.

**Tablo 6:** Katılımcılara göre en uygun Psikiyatri rotasyon süreleri

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	Std. Sapma
<b>Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce psikiyatri eğitim süresi ne kadar olmalıdır?</b>	1	6	3	3,39	1,08

Katılımcılar Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili 20 madde ile öz yeterliliklerini değerlendirmiştir. Asistan hekimlerin öz yeterlilik puan dağılımları tablolarda gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları-1\*

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Anksiyete bozukluğu olan hastayı tanıyabilirim.</b>	1	0,32	16	5,11	59	18,85	150	47,92	87	27,80
<b>Anksiyete bozukluğunun şiddet derecesini anlayabilirim.</b>	7	2,24	33	10,54	132	42,17	97	30,99	44	14,06
<b>Anksiyete bozukluğu olan hastayı gerektiğinde sevk edebilirim.</b>	3	0,96	19	6,07	72	23,00	136	43,45	83	26,52
<b>Somatoform bozukluğu olan hastayı ayrıntılı bir anamnezle tanıyabilirim.</b>	16	5,11	47	15,02	95	30,35	108	34,50	47	15,02
<b>Somatoform bozukluğu olan hastaya hastalığıyla alakalı farkındalık kazandırabilirim.</b>	21	6,71	56	17,89	102	32,59	102	32,59	32	10,22
<b>Somatoform bozukluğu olan hastayı ilgili merkeze sevk edebilirim.</b>	15	4,79	48	15,34	90	28,75	100	31,95	60	19,17
<b>Depresyonu olan hastaya doğru tanı koyabilirim.</b>	6	1,92	11	3,51	67	21,41	129	41,21	100	31,95
<b>Depresyonu olan hastaya tanı koyduktan sonra gerekli tedaviyi başlayabilir ve tedavisini devam ettirebilirim.</b>	20	6,39	42	13,42	75	23,96	95	30,35	81	25,88
<b>Depresyon tedavisinde nasıl bir yol izlemem gerektiğini biliyorum.</b>	24	7,67	45	14,38	83	26,52	81	25,88	80	25,56
<b>Depresyonda olan hastayı hangi durumlarda sevk etmem gerektiğini biliyorum.</b>	10	3,19	24	7,67	74	23,64	104	33,23	101	32,27

\*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

**Tablo 8:** Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algıları-2\*

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Psikozda olan hastayı ayırt edebilirim</b>	11	3,51	39	12,46	87	27,80	106	33,87	70	22,36
<b>Psikozda olan hastayı doğru yönlendirebilirim.</b>	18	5,75	39	12,46	95	30,35	99	31,63	62	19,81
<b>Psikozu olan hastaya nasıl yaklaşmam gerektiğini biliyorum.</b>	28	8,95	57	18,21	107	34,19	74	23,64	47	15,02
<b>Yeme bozukluğu olan hastayı takip edebilirim.</b>	40	12,78	70	22,36	89	28,43	75	23,96	39	12,46
<b>Yeme bozukluğu olan hastayı gerektiğinde ilgili birime sevk edebilirim.</b>	20	6,39	34	10,86	80	25,56	109	34,82	70	22,36
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı organik sebepli olup olmadığını anlayabilirim.</b>	27	8,63	60	19,17	91	29,07	93	29,71	42	13,42
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı takip edebilirim.</b>	37	11,82	61	19,49	91	29,07	84	26,84	40	12,78
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı gerekli durumda yönlendirebilirim.</b>	23	7,35	33	10,54	83	26,52	118	37,70	56	17,89
<b>Psikiyatrik görüşme yapabilecek yetkinlikteyim.</b>	40	12,78	53	16,93	84	26,84	90	28,75	46	14,70
<b>Mental durum değerlendirmesi yapabilirim.</b>	10	3,19	37	11,82	78	24,92	119	38,02	69	22,04

\*Ölçeğe göre bir (1) puan hiç yeterli değilim, üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim ve beş (5) puan tamamen yeterliyim ifade etmektedir.

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili maddelerden aldıkları öz yeterlilik puan ortalamalarının değerlendirilmesi tabloda gösterilmiştir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla “Anksiyete bozukluğu olan hastayı tanıyabilirim.”, “Depresyonu olan hastaya doğru tanı koyabilirim.” ve “Anksiyete bozukluğu olan hastayı gerektiğinde sevk edebilirim.” maddelerinden alınmıştır.

**Tablo 9:** Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi-1

	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sapma</b>
<b>Anksiyete bozukluğu olan hastayı tanıyabilirim.</b>	1	5	4	3,98	,84
<b>Anksiyete bozukluğunun şiddet derecesini anlayabilirim.</b>	1	5	3	3,44	,94
<b>Anksiyete bozukluğu olan hastayı gerektiğinde sevk edebilirim.</b>	1	5	4	3,88	,90
<b>Somatoform bozukluğu olan hastayı ayrıntılı bir anamnezle tanıyabilirim.</b>	1	5	3	3,39	1,07
<b>Somatoform bozukluğu olan hastaya hastalığıyla alakalı farkındalık kazandırabilirim.</b>	1	5	3	3,22	1,07
<b>Somatoform bozukluğu olan hastayı ilgili merkeze sevk edebilirim.</b>	1	5	4	3,45	1,11
<b>Depresyonu olan hastaya doğru tanı koyabilirim.</b>	1	5	4	3,98	,92
<b>Depresyonu olan hastaya tanı koyduktan sonra gerekli tedaviyi başlayabilir ve tedavisini devam ettirebilirim.</b>	1	5	4	3,56	1,19
<b>Depresyon tedavisinde nasıl bir yol izlemem gerektiğini biliyorum.</b>	1	5	4	3,47	1,23
<b>Depresyonda olan hastayı hangi durumlarda sevk etmem gerektiğini biliyorum.</b>	1	5	4	3,84	1,06

**Tablo 10:** Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler ile ilgili öz yeterlilik algı puanlarının değerlendirilmesi-2

	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sapma</b>
<b>Psikozda olan hastayı ayırt edebilirim</b>	1	5	4	3,59	1,07
<b>Psikozda olan hastayı doğru yönlendirebilirim.</b>	1	5	4	3,47	1,12
<b>Psikozu olan hastaya nasıl yaklaşmam gerektiğini biliyorum.</b>	1	5	3	3,18	1,16
<b>Yeme bozukluğu olan hastayı takip edebilirim.</b>	1	5	3	3,01	1,22
<b>Yeme bozukluğu olan hastayı gerektiğinde ilgili birime sevk edebilirim.</b>	1	5	4	3,56	1,14
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı organik sebepli olup olmadığını anlayabilirim.</b>	1	5	3	3,20	1,16
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı takip edebilirim.</b>	1	5	3	3,09	1,20
<b>Duygudurum değişikliği olan hastayı gerekli durumda yönlendirebilirim.</b>	1	5	4	3,48	1,12
<b>Psikiyatrik görüşme yapabilecek yetkinlikteyim.</b>	1	5	3	3,16	1,24
<b>Mental durum değerlendirmesi yapabilirim.</b>	1	5	4	3,64	1,05

Katılımcıların Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler puan ortalaması  $3,48 \pm 0,80$  olarak hesaplandı.

**Tablo 11:** Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlikler ortalama puanlarının değerlendirilmesi

	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sapma</b>
<b>Klinik temel yeterlilik puan ortalaması</b>	1,00	5,00	3,50	3,48	,80

Çalışmaya dahil edilen asistan hekimlerin cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süreleri ile Psikiyatri rotasyonunda hedeflenen klinik temel yetkinlik puanları değerlendirildi. Uzmanlık türü SAHU olanların puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Asistanlık süreleri değerlendirildiğinde tüm gruplar arasında anlamlı fark saptanırken süre arttıkça puan ortalamaları artmaktaydı ( $p<0,01$ ).

**Tablo 12:** Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Klinik temel yeterlilik puan ortalaması					p
		Min.	Maks.	Medya n	Ort.	Std. Sapm a	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	1,50	5,00	3,40	3,42	,80	<sup>a</sup> 0,113
	<b>Erkek</b>	1,00	5,00	3,60	3,57	,80	
<b>Uzmanlık öğrencisi türü</b>	<b>AHU</b>	1,00	5,00	3,50	3,42	,83	<sup>a</sup> 0,019*
	<b>SAHU</b>	2,20	5,00	3,70	3,67	,69	
	<b>AHU 0-1, SAHU 0-2 yıl</b>	1,40	4,85	3,00	3,04	,78	
<b>Asistanlık süresi</b>	<b>AHU 1-2, SAHU 2-4 yıl</b>	1,00	5,00	3,50	3,49	,80	<sup>b</sup> 0,000**
	<b>AHU 2-3, SAHU 4-6 yıl</b>	1,50	5,00	3,80	3,72	,71	

<sup>a</sup>Student t Test

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,001$

<sup>b</sup>One-Way ANOVA Test (Post Hoc: LSD)

Asistan hekimlerden Psikiyatri rotasyonunu tamamlayanların, eğitim ve eğitim süresini yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 13:** Katılımcıların Psikiyatri rotasyon durumları, düşünceleri ile Psikiyatri klinik temel yetkinlik puanlarının karşılaştırılması

		Klinik temel yeterlilik puan ortalaması					
		Min.	Maks	Medyan	Ort.	Std. Sapma	p
<b>Psikiyatri rotasyonu aldınız mı?</b>	<b>Evet</b>	1,00	5,00	3,80	3,78	,70	<sup>a</sup> 0,000
	<b>Hayır</b>	1,40	4,85	3,00	3,04	,75	*
<b>Psikiyatri rotasyonu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?</b>	<b>Evet</b>	1,55	5,00	3,70	3,61	,79	<sup>a</sup> 0,000
	<b>Hayır</b>	1,00	5,00	3,28	3,26	,78	*
<b>Psikiyatri rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?</b>	<b>Evet</b>	1,50	5,00	3,55	3,51	,78	<sup>a</sup> 0,101
	<b>Hayır</b>	1,00	5,00	3,20	3,32	,88	

<sup>a</sup>Student t Test \*p<0,001

Asistan hekimlerden SAHU olanlar, AHU olanlara kıyasla daha yüksek oranda Psikiyatri rotasyonunu eğitim olarak yeterli bulmuştur (p<0,01).

AHU için 2-3, SAHU için 4-6 yılında olanlar AHU için 1-2, SAHU için 2-4 yılında olanlara kıyasla Psikiyatri rotasyonunu eğitim olarak daha az yeterli bulmuştur (p<0,01).

**Tablo 14:** Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri rotasyonunu yeterli bulma durumları

		Psikiyatri rotasyonu eğitim olarak yeterli buluyor musunuz?				
		Evet		Hayır		p
		N	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	119	61,98	73	38,02	<sup>a</sup> 0,591
	<b>Erkek</b>	78	65,00	42	35,00	
<b>Uzmanlık öğrencisi türü</b>	<b>AHU</b>	138	58,72	97	41,28	<sup>a</sup> 0,007*
	<b>SAHU</b>	57	76,00	18	24,00	
<b>Asistanlık süresi</b>	<b>AHU 0-1, SAHU 0-2 yıl</b>	50	64,10	28	35,90	
	<b>AHU 1-2, SAHU 2-4 yıl</b>	73	74,49	25	25,51	<sup>a</sup> 0,004*
	<b>AHU 2-3, SAHU 4-6 yıl</b>	72	53,33	63	46,67	

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test \*p<0,01

Cinsiyet, uzmanlık öğrenci türü ve asistanlık süresi ile Psikiyatri rotasyon süresini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15:** Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile Psikiyatri rotasyon süresini yeterli bulma durumları

		<b>Psikiyatri rotasyonu süresini yeterli buluyor musunuz?</b>				
		<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		<b>P</b>
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	159	82,81	33	17,19	<sup>a</sup> 0,905
	<b>Erkek</b>	100	83,33	20	16,67	
<b>Uzmanlık öğrencisi türü</b>	<b>AHU</b>	192	81,70	43	18,30	<sup>a</sup> 0,320
	<b>SAHU</b>	65	86,67	10	13,33	
	<b>AHU 0-1, SAHU 0-2 yıl</b>	64	82,05	14	17,95	
<b>Asistanlık süresi</b>	<b>AHU 1-2, SAHU 2-4 yıl</b>	85	86,73	13	13,27	<sup>a</sup> 0,472
	<b>AHU 2-3, SAHU 4-6 yıl</b>	109	80,74	26	19,26	

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

Asistan hekimlerin yaşları ile Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ( $r=0,196$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 16:** Katılımcıların Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlik puanı ile yaşları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	<b>Yaş</b>	
<b>Aile hekimliği çekirdek eğitim müfredatı Psikiyatri rotasyonunda edinilmesi hedeflenen klinik temel yetkinlikler</b>	<b>R</b>	0,196
	<b>P</b>	<sup>a</sup> 0,001*
	<b>N</b>	307

<sup>a</sup>Spearman Korelasyon Test \* $p<0,01$

## 5. TARTIŞMA

Aile hekimliği, kendine has eğitimi olan kanıta dayalı, araştırmacı bir kliniği olan birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.<sup>57</sup> Aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasıdır. Aile hekimliğine başvuran herkesin sağlık sistemine açık, sınırsız bir erişim hakkı vardır. Aile hekimliği bu açıdan elindeki verileri tasarrufla kullanarak kaliteli, hızlı, koordineli bir sistem oluşmasını da kolaylaştırır.<sup>40</sup> Aile hekimlerinin eğitim süresi 3 yıl olarak belirlendikten sonra bu sürenin 18 ayı en son 2019'da yapılan düzenlemeyle rotasyonlara ayrılmıştır.<sup>10</sup> Görüldüğü gibi aile hekimliğinin yarısı rotasyonlarda geçmektedir. Bu açıdan alınan eğitimin kaliteli olması birinci basamağın geliştirilmesi ve korunması adına önem arz etmektedir. Bu çalışmada psikiyatri rotasyonunun etkinliğini rotasyonu alan ve almayan aile hekimi asistanları arasında öz yeterliliklerinin, çekirdek müfredatta hazırlanan konulara göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Matorini<sup>58</sup> ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci basamak hekimlerinin rotasyon memnuniyetini geri bildirimlerle değerlendirmiş olup asistan hekimlerin rotasyonu eğitim içerik açısından tatmin edici bulunduğunu ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda katılımcıların Aile Hekimliği çekirdek eğitim müfredatı hedeflenen klinik temel yetkinlikler puan ortalaması 5 üzerinden  $3,48 \pm 0,80$  olarak hesaplanmıştır. Asistanlık süreleri değerlendirildiğinde tüm gruplar arasında anlamlı fark saptanırken süre arttıkça puan ortalamaları artmaktaydı ( $p < 0.01$ ). Asistanlık süresi arttıkça psikiyatri rotasyonunu tamamlayanların sayısı da arttığından aile hekimliği çekirdek müfredatının asistan hekimleri tatmin etme açısından yeterli olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Triana<sup>59</sup> ve arkadaşları yaptıkları çalışmada aile hekimi asistanlarının rotasyon öncesi ve sonrası öz yeterliliklerini değerlendirdiklerinde, öz yeterlilik oranının rotasyon sonrasında ciddi manada arttığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da öz yeterlilik oranına bakıldığında katılımcıların yarıdan fazlasının psikiyatri rotasyonunun öz yeterliliği arttırdığını düşünmektedir. Bu durum rotasyonunun içerik ve süre bakımından asistan hekimlerin öz yeterliliklerini arttırmada yeterli olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Leigh ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada<sup>60</sup> diğer branş ve aile hekimlerinin psikiyatri rotasyonu sonrası memnuniyetlerine dair bir çalışma yapmış olup, aile hekimlerinin psikiyatri rotasyonundan diğerlerine göre daha yüksek oranda memnun kaldığını bulmuşlardır yine aynı çalışmada eğiticilerin de eğitim içeriği hakkında geri bildirimleri değerlendirilmiş olup çoğu eğiticinin eğitim içeriğini yetersiz buldukları göstermiştir. Eğiticilerin eğitim programı içeriğinden memnun olmayıp aile hekimi asistanlarının memnun olması asistan hekimlerin öz yeterliliklerinin yüksek olduğunu ve aile hekimlerinde psikiyatri rotasyonundan beklenti eşliğinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Boztaş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada<sup>61</sup> aile hekimlerinin psikiyatrik hastalıklara tanı koymada yetersiz olduklarını düşünmektedir. Yine Boztaş'ın çalışmasına paralel biçimde Özden<sup>62</sup> ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 1982-1992 yıllarında Ankara'ya gelen psikiyatrik hastaların sayısının arttığını, 1985 yılından sonra ise birinci basamağa verilen önem artmasına rağmen beklenen başarının yakalanamadığını ve birinci basamağın tanı koymada yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada aile hekimleri psikiyatrik tanı koymada öz yeterlilik oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun sebebinin; eğitim müfredatının sahada karşılaşılan durumların çoğunu çözebilecek yeterlilikte olması, eğitim içeriğinin güncellenmesi, eğiticilerin rotasyonere karşı daha eğitici tavır sergilemesi, aile hekimlerinin farkındalığının artması ve hastaya tedavi başlama konusunda daha cesur olmaları, hekimlerin psikiyatrik hastayı yönetme konusunda kendilerine öz güvenin artmasının etkili olduğunu düşündürmektedir. Bizim çalışmamıza benzer bulgular içeren Arslan<sup>15</sup>'in yaptığı çalışmada, Psikiyatri rotasyonunun sahada karşılaşılan sorunları çözmeye etkili olduğunu düşünenler, katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktadır ve katılımcıların yarıya yakını rotasyon sürecinde aldıkları eğitimin çekirdek eğitim müfredatı ile kısmen uyumlu olduklarını düşünmektedir. Bu çalışmalar da bulgularımızı destekler niteliktedir.

Katılımcıların klinik öz yeterliliklerini değerlendirdikleri anket sorularında en yüksek puanı “Anksiyete bozukluğu olan hastayı tanıyabilirim.”, “Depresyonu olan hastaya doğru tanı koyabilirim.”, “Anksiyete bozukluğu olan hastayı gerektiğinde sevk edebilirim.” yanıtları çıktı. Akalın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada<sup>63</sup>

depresyon tanısı koyma sıklığının birinci basamakta  $>50\%$  olduğu gösterilmiştir. Ayrancı ve arkadaşları<sup>54</sup> yaptıkları çalışmada, depresyon teşhisini koyup tedavi ettiklerini; birinci basamakta en sık yazılan ilaçların antidepresanlar olduğunu istatistiksel olarak ortaya koymuşlardır. Bu çalışmalar aile hekimlerinin depresyon hastalarına tanı koyup tedavi etme hususunda kendilerini yeterli gördükleri şeklinde yorumlanabilir. Gürlek ve arkadaşları yaptıkları çalışmada<sup>56</sup> birinci basamak hekimlerinin bilgi düzeylerinin tanı koymada yetersiz olduğunu, hekimlerin psikiyatriye karşı ön yargılı oldukları, eğitim alma konusunda da isteksiz olduklarını ortaya koymuştur. Bu durumun sebebinin günümüz koşullarında hekimlik meslek şartlarının zorlaştırılması, malpraktis davalarının artması, psikiyatri uzmanları varken pratisyen hekim olarak sorumluluk almak istememeleri, hastalığın takip süresinin uzun olması, tedaviye hangi ilaçla başlayacaklarını bilmemeleri ve ilaçlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları, rotasyonda aldıkları eğitim sonrası yeterince tatmin olmuş hissedememeleri, gidilen rotasyondaki hekimlerle yeterince bilgi alışverişinde bulunamamaları, üzerlerinde çok fazla sorumluluk hissettiklerinden daha fazla sorumluluk almak istememeleri, psikiyatrik hastaların kendi güvenlikleri açısından ekstra tehlike oluşturduğu düşüncesi şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların uzmanlık türü SAHU olanların puanı anlamlı olarak daha yüksekti( $p<0.05$ ). Katılımcılardan SAHU olanlar AHU olanlara göre daha yüksek oranla Psikiyatri rotasyonunu eğitim olarak yeterli görmüşlerdir. ( $p<0,01$ ). Asistan hekimlerin yaşları ile Psikiyatri rotasyonu klinik temel yetkinlik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ( $r=0,196$ ,  $p<0,01$ ). Uğurlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada<sup>53</sup>, 1 Eylül 2003-31 Aralık 2003 tarihleri arasında pratisyen hekimlere uzman psikiyatristler tarafından eğitim verilmesinin, talepte bulunan pratisyen hekimlere psikiyatri uzmanının yanında uygulamalı eğitim imkanı verilmesi ve eğitimlerin 2004 yılında sürekli hale getirilmesi birinci basamaktaki hekimlerin tanı koymadaki yetkinlikleri artırdığı görülmüştür. Saygılı<sup>64</sup> ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, katılımcıların Kanıta Dayalı Tıbbın klinik tecrübeleriyle birleştirildiğinde Aile Hekimliği asistanlarının birinci basamakta sunulan sağlık hizmeti kalitesini artırdığına inandıklarını ortaya koymuştur.2004 yılında Aile Hekimliği'ne geçiş eğitimlerinin kanıta dayalı tıbbın yaygınlaştırılması SAHU'ların öncesinde klinik deneyimlerini artırdığını

göstermiştir. Saruç ve arkadaşları yaptıkları çalışmada<sup>20</sup>; 1961’de İtalya’da başlayan 30 senede<sup>65</sup> tüm Avrupa’ya sonrasında tüm dünyaya yayılan toplum temelli ruh sağlığı stratejisinin yaygınlaştırılmasıyla birinci basamak hekimlerinin bu süreçte aktif rol aldıklarını göstermiştir. Bu sayede ağır psikolojik hastalıklara sahip bireylerin topluma dönüşü hızlandırılmıştır. Türkiye’de 2011’de URSEP planının yapılmasıyla toplum temelli ruh sağlığı geliştirilmesi amaçlanmıştır. URSEP birinci basamak pratisyen hekimleri kapsamaktadır. Bu planla birinci basamak hekimlerinin psikiyatri eğitimine önem verilmiştir. Böylelikle birinci basamak hekimlerinin psikiyatrik tanı koymada yetkinliklerinin artmış olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Asistan hekimlerden psikiyatri rotasyonunu tamamlayanların, eğitimin ve eğitim süresinin yeterli bulanların klinik temel yetkinlikler puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Arslan<sup>15</sup> yaptığı çalışmada, katılımcılar Psikiyatri rotasyon süresinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Yine aynı çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının psikiyatri rotasyonuna başlamadan önce eğitim içeriğini araştırmadıklarını ortaya koydu. Yıldırım ve arkadaşları yaptıkları çalışmada<sup>16</sup> aile hekimlerinin mecburi rotasyon sürelerini yeterli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmada ayrıca, katılımcılar psikiyatri rotasyon eğitimlerini yetersiz bulmaktaydı. Bu duruma rotasyon alınan klinikteki rotasyon olmayan asistan hekim sayısının fazla olması, muayene odalarının az kişi durabilecek şekilde olması, aile hekimi asistanlarının hak ettikleri değeri diğer klinik branşlar arasında görememesi, aile hekimi asistanlarının iş gücü olarak görülmesinin (Arslan<sup>15</sup> yaptığı çalışmada, açık uçlu sorulara verilen yanıtlarda katılımcıların çoğunun gidilen rotasyonlarda iş gücü ihtiyaçlı personel eksikliği ihtiyacını karşıladıklarını düşündüklerini beyan etmişlerdir.) neden olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde ve dünyada birinci basamakta psikiyatri rotasyonuna yönelik çalışma azlığından tartışmaya eklenebilecek yeterince çalışma bulunamamıştır. Tartışmanın daha kapsamlı yapılabilmesi için sosyodemografik özellikler artırılabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimlikleri kişilerin ilk başvurdukları; akut, kronik, hafif ve ağır şikayetlerle gelen hastalara tanı koyulup çoğunun tedavisinin gerçekleştirildiği yerdir. Hastalar tanı aldıktan sonra tedavisi yapıp sorunun direk çözümlendiği yer olması sebebiyle de sağlık sisteminin temelinde yer almaktadır. Birinci basamak hekimliği 2000’li yıllarda yerini daha da sağlamlaştırıp sağlık sisteminin merkezinde yerini almıştır. Aile hekimliği çoğu hastayı direk görüp tedavi ederek sağlık sisteminin hem yükünü azaltmış hem de ülkeye sağlıktan dolayı binecek olan maddi yükü azaltmıştır.<sup>66</sup>

Aile hekimleri hastaları tedavi ederken Francis Weld Piebody’nin de makalesinde bahsettiği gibi ‘‘Hastalığın tedavisi kişiye özel olmayabilir, fakat hastanın tedavisi kişiye özel olmalıdır.’’ sözüyle hastaya spesifik tedavi planlanmaktadır. Aile hekimleri bütün sorunlarla ilk karşılaşan hekimlerdir. Bu da onların eğitimini daha önemli hale getirmektedir.<sup>57</sup> Aile hekimliğinin kurulması, sistemin işlev kazanması, çekirdek yetkinliklerin belirlenmesi, eğitim içeriğinin oluşturulması uzun zaman almıştır.<sup>67</sup>

Aile hekimlerinin 36 aylık eğitimlerinin<sup>68</sup> 18 ayı rotasyonlarda<sup>23</sup> geçmekte olup 2 ayı Psikiyatri rotasyonuna<sup>23</sup> ayrılmıştır. Bu kadar kısa sürede çekirdek eğitim müfredatındaki konulara hakim olunmasının beklenmesi, eğitim sürecinin asistan hekimler açısından verimli geçmesinin önemini göstermektedir.

Günümüzde hemen hemen her insan hayatında bir dönem ruhsal sıkıntı yaşamıştır. Bu sıkıntılı sürecin uzaması, erken fark edilmemesi ise hem kişinin hayatına hem devletin ekonomisine büyük zarar vermektedir.

Araştırmamızın sonucu olarak;

- 1) Aile hekimliği asistan hekimleri Psikiyatri rotasyonunu nitelik ve süre açısından yeterli görmektedir.
- 2) Aile hekimliği asistan hekimleri çekirdek müfredata göre edinilmesi gereken klinik ve girişimsel yetkinlikler konusunda kendilerini yeterli hissetmektedir.

3) Aile hekimliği asistan hekimleri kendilerini Psikiyatride sık görülen hastalıklardan olan ‘‘depresyon, anksiyete’’ konularında yeterli hissetmektedir, bulgularına rastladık.

Çeşitli hastanelere uygulanan anketimizde bu sonuçlara ek olarak asistan hekimlerin eğitimin daha da iyileşitilmesi adına nerileri mevcuttu. Bunlar;

- Rotasyonlarda polikliniklere ağırlık verilmesi
- Yanında bulunduğumuz psikiyatri hekiminin yanında aktif olarak hastanın tanı tedavi sürecinde rol alınması
- Eğitim toplantılarında birinci basamak hekimlerine yönelik eğitimlerin artırılması
- Psikiyatri rotasyonu 4 aya çıkarılması
- Vaka sunumlarının artırılması
- Rotasyon eğiticilerinin daha disiplinli davranmaları,
- Eğitici çeşitliliğinin arttırılması,
- Hasta görüşmelerine etkin olarak katılım sağlanması şeklindeydi.

Çoğunluğun psikiyatri rotasyon eğitimini yeterli gördüğü bu çalışmada önerilere dikkat edilmesi azınlığı oluştan asistan hekimlerin de Psikiyatri rotasyonundan memnuniyetlerinin artmasını sağlayabilir.

## 7. KAYNAKÇA

1. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskuguncel/article/view/5000076377>
2. Creese AL, Martin JD, Visschedijk JHM. Health systems for the 21st century. *World Heal Stat Q*. 1998;51(1):21-27.
3. Yer KARİ, İş GEL, Rmes Tİİ, et al. ÖRGÜTLERDE KAR İ YER YÖNET İ M İ , KAR İ YER PLANLAMASI, KAR İ YER GEL İŞ T İ RMES İ ve B İ R KAR İ YER GEL İŞ T İ RME PROGRAMI OLARAK KOÇLUK UYGULAMALARI. Published online 2007.
4. RIGHTS UDOH. *No Tit. psle*. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
5. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2006;9(3):78-87.
6. DÜNDAR M, EMEKLİ R, ŞENER E. Anadolu'daki Tıbbın Doğuşu, Dünyadaki İlk Tıp Okulu Olarak: Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Darüşşifası. *Bilimname*. 2019;2019(39):79-103. doi:10.28949/BILIMNAME.594087
7. Faculty I. İzmir Tıp Fakültesi Dergisi Mikroorganizmaların Keşfi ve Mikrobiyolojinin Tarihçesi. 2022;1(2):49-55.
8. BARIŞ M, ERTİN H, TEMEL MK. Penicillin as a Medical Milestone, a Military Trump, and a Political Tool in the Second Quarter of the Twentieth Century. *Turkiye Klin J Med Ethics-Law Hist*. 2020;28(2):173-187. doi:10.5336/mdethic.2019-71330
9. Cannon WB. ORGANIZATION FOR PHYSIOLOGICAL HOMEOSTASIS.
10. Hekimliği Ai. AİLE HEKİMLİĞİ Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 15.11.2017. Published online 2017.
11. Prof D, Karaoğlu N. TÜRKİYEDekiAiHekimliği UzmanlÖğrencileriniEğitim Ve Çalışma KoşullariHakkındakiGörüşleri. Published online 2020.
12. Leeuwenhorst. The General Practitioner In Europe : A Statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practise. *Netherlands*. Published online 1974.
13. İlğün G, Şahin B. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Derg*. 2016;19(2):115-130.
14. WONCA. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE WONCA EUROPE 2011 Edition 1. Published online 2011:1-33. <http://www.woncaeurope.org/>
15. Arslan EM. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim sürecindeki rotasyon uygulamalarının ve rotasyon uygulamaları hakkında görüşlerinin değerlendirilmesi = Evaluation of the rotation practices of family medicine residency students in the education process and t. Published online 2021. Accessed September 4, 2022. <https://acikerisim.sakarya.edu.tr/handle/20.500.12619/98188>
16. Yıldırım B, Eğici MT. On-Site Training of Family Medicine and Training Family Health Centers with the Perspective of Family Medicine Residents. *Ankara Med J*. 2018;18(3). doi:10.17098/amj.461389

17. Metsemakers JF. Türkiye’de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşüncüler. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2012;16(1):23-34. doi:10.2399/tahd.12.023
18. Birliği türk tabipler. asistan hekimin hakları var. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
19. Gözen Ö, Buz S. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma Protective and Preventive Community Mental Health Services in Turkey: A Qualitative Research about Experiences of Social Workers and Patients. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry.* 2020;12(1):18-42. doi:10.18863/pgy.662628
20. Saruc S, Kilic KA. Social Profile of Patients Receiving Service from Community Mental Health Center and Provided Services in the Center. *J Soc Soc Work.* 2015;26(2):53-72.
21. Abay AR, Çölgeçen Y. Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilit Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg.* Published online 2018. doi:10.26466/opus.484950
22. Atici E. Hasta -Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2007;33(1):45-50.
23. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ ASİSTAN EL KİTABI ARALIK 2013, TRABZON Doç. Dr. Turan Set.
24. Young A. Internalizing and externalizing medical belief systems: An Ethiopian example. *Soc Sci Med.* 1976;10(3-4):147-156. doi:10.1016/0037-7856(76)90041-X
25. Kazancıoğlu A. Türkiye’de Tıp Tarihi.
26. Aysel BAŞER Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi U, Şemikler Aile Sağlığı Merkezi N, Şahin Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı H. ATATÜRK’TEN GÜNÜMÜZE TIP EĞİTİMİ. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2017;16(48):70-83. doi:10.25282/TED.298428
27. Gürpınar E, Coşkun HŞ, Şenol Y, Boneval C, Alimoğlu MK, Gültekin M. Review of Undergraduate Medical Education Program on the Basis of the National Core Curriculum: Akdeniz University Faculty of Medicine Experience. *Akdeniz Med J.* 2015;1(1):12-24. doi:10.17954/amj.2015.03
28. Baykan Z, Naçar M, Poyrazoğlu MH. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Hakkındaki Düşünceleri. *Konuralp Tıp Derg.* 2018;10(2):230-234. doi:10.18521/ktd.337684
29. Hekimliği A, Klinikleri T, Med J. Dikici ve ark. Published online 2007.
30. Çalışanlarının AH, Hekimliği A, Hakkındaki U, et al. Investigating the Opinions of Employees Working in Family Medicine About Family Medicine Practice. *Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2016;19(2):115-130.
31. Uygulama AH, Nerede E, Kadar N, Ve N, Zaman N, Kara IH. PreDiabetes and new diabetes mellitus based on OGTT applied for obese and overweight individuals View project Examination of Serum Cholesterol, Vitamin B12 and Heavy Metals in Patients with Suicide Attempts, who Applied to Research Hospital Emergency Serv. Published online 2016. doi:10.18521/ktd.50170
32. Lukas W. aile hekimliği eğitimi. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>

33. Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Kapsamlı Bakım Yeterliliği ve Değerlendirilmesi Comprehensive Care and its Evaluation in Family Medicine. *Eurasian J Fam Med.* 2012;1(1):23-28.
34. Mengüllüoğlu Özgül N. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmesinin Aile Hekimliği Uzmanlık Tezlerine Etkisi. *Uzm Tezi.* Published online 2015:106.
35. Görgün M. Aile Sağlığı Merkezlerinin HastaMerkezliAile SağlığıMerkeziÖlçütleri AçısındDeğerlendirilmesi. Published online 2015.
36. Gör Kadir ÖZDEMİR Danışman A, Ungan M. AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI: ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ VE ÖZELLİKLERİ.
37. Hekimliği Anabilim Dalı -Aile Hekimliği Şefliği A, Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurulu A, Hekimliği Şefi A. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programı.
38. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. *Tıpta Uzm Kurulu.* Published online 2019:30.
39. พวงพกา มะเสนา และประพนต นันทียะกุล. *Aile Hekimliği Ders Notları.* Vol 4.; 2557.
40. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile Hekimlerinin, Aile hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Derg.* 2012;51(1):21-29. <http://egetipdergisi.com.tr/tr/issue/31431/343922>
41. Ünüoğlu İ. *Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi.*; 2012. [www.akademiayinevi.com](http://www.akademiayinevi.com)
42. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. The Development of Family Medicine as a Discipline in Turkey Aging-Friendly PHC Toolkit View project OBSTACLE study View project. Published online 2011. doi:10.5490/gerofam.2010.1.1.4
43. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar/ Organization and Earnings in Discipline of Family Medicine. Accessed November 13, 2022. <https://www.researchgate.net/publication/345829711>
44. Týp K, Yaman H, Kara ÝH, et al. Yaman H ve ark. MAKALE. *Dergisi.* 2011;3(3):1-6. Accessed September 5, 2022. [www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr](http://www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr)
45. ر. ال ديد ن زيد ن. tababet uzmanlık tüzüğü. 2005;(1).
46. PRN Aile Hekimliği. Accessed November 16, 2022. [http://www.prndergi.web.tr/index.php?cat=article\\_summary&PID=507](http://www.prndergi.web.tr/index.php?cat=article_summary&PID=507)
47. Aslan D, Özyurt A. *XIV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı.*; 1994.
48. ORAL PDET. RUHSAL HASTALIKLAR VE ÇALIŞMA YAKLAŞIMI.
49. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2020-2023). Published online 2023.
50. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Derg.* Published online 2018:8-14.
51. Sandmire HF, Austin SD, Bechtel RC. Experience with 40,000 Papanicolaou smears. *Obstet Gynecol.* 1976;48(1):56-60.
52. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. *Türkiye Psikiyatr Derneği.* 2008;11(2).

53. UĞURLU M, SOYDAL T. TÜRKİYE’De Ruh Sağli Hizmetlerini Birinci Basamak Sağli Hizmetlerine Entegrasyon Birinci Basamakta Ruh Sağli Ğ Eğitim Programı. *Kriz Derg.* 2004;12(1):041-045. doi:10.1501/kriz\_0000000204
54. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağli Ğ Hizmetlerinin De Ğ erlendirilmesi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2002;13(2):115-124.
55. Yıldız Y, Sunay D, Akkuş MA. Aile Hekimli Ğ i Uzmanlarının Depresyon Tedavisine Bakışı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.* 2018;7(2):62-71.
56. Yüksel EG, Kin EOT a Ş. Türkiye ’ de hekimler ve t ı p fakültesi ö ğ rencilerinin ruhsal hastal ı klara yönelik tutum ve bilgileri The attitudes and knowledge of the physicians and the medical school students towards mental disorders in Turkey. *Anatol J Psychiatry.* 2005;6(February):113-121.
57. Bektemur G, Arıca S, Gençer MZ. How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey? *Ankara Med J.* 2018;18(3). doi:10.17098/amj.461442
58. Matorin AA, Ruiz P. Training family practice residents in psychiatry: An ambulatory care training model. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(3):327-336. doi:10.2190/4H82-ECXQ-889E-7VY0
59. Triana AC, Olson MM, Trevino DB. A new paradigm for teaching behavior change: Implications for residency training in family medicine and psychiatry. *BMC Med Educ.* 2012;12(1):1-6. doi:10.1186/1472-6920-12-64
60. Leigh H, Stewart D, Mallios R. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs. Part II. What skills and diagnoses are taught, how adequate, and what affects training directors’ satisfaction? *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(3):195-204. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.10.004
61. Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2010;2(3):318-332. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076393>
62. Özden A. Yıllarında Yatırılan Hastalar Arası Karşılaştırma. 1992;3:144-149.
63. Akalın E, Cimili C, Kuzhan E. Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2002;11(2):58-62.
64. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. *SDÜ Sağlık Bilim Derg.* 2013;4(3):104-110.
65. Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye’ deki Toplum Ruh Sağli Ğ i Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2016;2(2):1-5. doi:10.30934/kusbed.358560
66. Baran Çeçem K, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa’da Aile Hekimli Ğ i Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. *Ankara Med J.* 2015;15(3):153-160. doi:10.17098/amj.34358
67. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M, et al. Aile Hekimli Ğ i Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi Field Training in Postgraduate Family Medicine Education. *Ankara Med Journal, Cilt.* 2012;12(1):16-21.
68. Kurulu TU. KARAR TUTANAĞI. Published online 2018:1-4.